

---

# Dépistage : investissons notre capital santé

**NOTE D'ACTION** - MARS 2025




*Think tank* de référence en France et en Europe, l'Institut Montaigne est un espace de réflexion indépendant au service de l'intérêt général. Ses travaux prennent en compte les grands déterminants économiques, sociétaux, technologiques, environnementaux et géopolitiques afin de proposer des études et des débats sur les politiques publiques françaises et européennes. Il se situe à la confluence de la réflexion et de l'action, des idées et de la décision.

NOTE D'ACTION - Mars 2025

# Dépistage : investissons notre capital santé



*Les notes d'action de l'Institut Montaigne identifient un enjeu spécifique et formulent des recommandations opérationnelles à destination des décideurs publics et privés.*



**Note  
d'éclairage**

Se situer  
et rendre  
intelligible notre  
environnement

**Note  
d'enjeux**

Poser des  
constats et  
identifier des  
problématiques

**Note  
d'action**

Formuler  
des recom-  
mandations  
opérationnelles

**Opération  
spéciale**

Sonder,  
chiffrer,  
expérimenter

**Rapport**

Analyser  
et proposer  
collégalement  
des solutions  
de long terme

La prise de conscience réelle bien que tardive des pouvoirs publics en faveur de la prévention reste très en deçà de ce que font nos voisins et paraît inadaptée au vieillissement et à l'évolution des pathologies chroniques qui caractérisent désormais notre santé. Un jeune adulte sur deux et un adulte sur trois ne se sentent pas concernés par le dépistage. Pourtant la prévention pourrait réduire par deux nos protocoles curatifs et par trois les décès constatés.

Notre focale sur le curatif nous coûte cher, non seulement en termes financiers (avec un déficit de la sécurité sociale qui pourrait atteindre 22 milliards d'euros en 2025, du jamais vu hors période de crise) mais également en termes de vie en bonne santé (un quart des 45-54 ans cumulant déjà au moins deux pathologies chroniques). La prise en charge totale par l'assurance maladie de nos pathologies n'incite pas les patients à préserver leur capital santé et à se projeter dans une responsabilisation proactive. Si nous voulons préserver notre modèle de santé universel, il est urgent de revoir nos modalités de prise en charge et d'embrasser le préventif au même titre que le curatif en incitant très directement pouvoirs publics, professionnels du secteur et citoyens.

Marie-Pierre de Bailliencourt,  
**Directrice générale de l'Institut Montaigne**

---

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale et des ordonnances de 1945 concrétisant la création de la sécurité sociale, le Ministre Arthaud rappelait « le but essentiel de mon ministère est de restaurer la santé de la nation française (...) développer la prévention, car mieux vaut prévenir que guérir, et dépister la maladie doit être notre première préoccupation »<sup>1</sup>. Quarante ans plus tard, **si 92 % des Français souhaitent maintenir la solidarité pour le risque santé<sup>2</sup>, le système de protection sociale vacille, avec un déficit de la sécurité sociale en 2024 dégradé à hauteur de 15,3 milliards d'euros<sup>3</sup>. Dans un tel contexte, la prévention et notamment le dépistage doivent redevenir la première préoccupation pour résoudre la difficile équation de faire perdurer la qualité du système de santé sans mettre en péril sa survie.**

La prévention, aux bénéfices économiques et sanitaires avérés, a pourtant tardé à être investie à sa juste valeur par les pouvoirs publics alors même qu'elle pourrait être centrale. **Dans ce contexte, les politiques de dépistage – qui visent à détecter la présence d'une maladie à un stade précoce chez des personnes a priori en bonne santé – n'ont jusqu'alors pas permis à la France d'atteindre des taux de participation satisfaisants.** Ainsi, le taux de dépistage du cancer du sein dans l'Hexagone (45 % en 2022<sup>4</sup>) inférieur de 10 points à la moyenne de l'OCDE (55,1 %<sup>5</sup>) et de plus de trente points avec le Danemark (80 %<sup>6</sup>). Or, la littérature est sans appel : **près d'un tiers de l'ensemble des décès pourraient être évités grâce à la prévention et à des interventions plus efficaces et plus rapides** selon l'OCDE<sup>7</sup>. Par ailleurs, **un cancer diagnostiqué précocement conduit à des protocoles de**

<sup>1</sup> Ina. (1946). Discours du ministre de la Santé publique sur la nécessité d'une politique de santé publique.

<sup>2</sup> Institut Montaigne. (2025, janvier). Le Baromètre des Territoires : France désenparée et en quête de tranquillité.

<sup>3</sup> Les Echos. (2025, mars). Le déficit de la Sécurité sociale moins élevé que prévu.

<sup>4</sup> Sécurité sociale. (2024). Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale. Annexe 1 Maladie.

<sup>5</sup> OCDE. (2023). Panorama de la Santé : Europe.

<sup>6</sup> Eurostat. (2024, juillet). Cancer screening statistics.

<sup>7</sup> OCDE. (2023). Panorama de la santé.

**traitement deux à quatre fois moins coûteux que ceux proposés suite à un diagnostic à un stade plus avancé<sup>8</sup>.** Avec un des restes à charge pour le patient les plus faibles d'Europe<sup>9</sup>, l'investissement dans le domaine de la prévention secondaire (vaccination et dépistage) n'a eu que de maigres résultats. Si la soutenabilité du système doit être une priorité, celle d'améliorer le dépistage sur le territoire l'est tout autant et ne penser ce dernier qu'à travers les investissements afférents n'est plus suffisant. **Près d'un tiers des Français (29 %<sup>10</sup>) ne se sentiraient pas suffisamment concernés ou à risque pour réaliser un acte de dépistage (ce chiffre passe à près d'un jeune sur deux de 18 à 24 ans<sup>11</sup>).** Face à un tel constat, financer toujours davantage des politiques de prévention sans comprendre les causes d'une si faible adhésion citoyenne n'aurait que peu d'effet. Il est donc urgent de s'attarder sur les limites actuelles du dépistage pour définir les leviers d'amélioration à mettre en œuvre.

**Afin de créer les conditions les plus favorables à un changement de paradigme, cette note s'attache à définir les barrières au dépistage individuel de l'adulte pour l'ensemble des pathologies non transmissibles (dont les trois cancers d'ores et déjà ciblés par des campagnes de dépistage) et propose des solutions pour les surmonter.** Compte tenu de la prévalence de pathologies chroniques et de la croissance des coûts afférents pour lesquelles le dépistage dépend grandement de la volonté individuelle, le choix a été fait d'analyser le dépistage tant des cancers que de l'endométriose, l'ostéoporose, l'Alzheimer, le diabète, l'insuffisance rénale chronique et le risque cardio-vasculaire. Dans ce contexte, **une culture du dépistage, au-delà des silos pathologiques et inculquée au citoyen dès l'enfance, doit être une priorité** pour assurer la mise en œuvre d'un véritable virage

<sup>8</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2017). *Le diagnostic précoce du cancer permet de sauver des vies et d'abaisser le coût du traitement.*

<sup>9</sup> DREES. (2020). « Comparaisons internationales de la dépense courante de santé et du reste à charge », dans *Les dépenses de santé en 2019.*

<sup>10</sup> Verian pour l'Institut Montaigne. (2024, juillet). *Sondage « Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé ».*

<sup>11</sup> *Ibid.*

préventif en France. Tant que le dépistage sera incompris des Français et perçu comme une porte d'entrée vers la maladie, les résultats ne changeront pas. **Or, entre 25 et 28 % des personnes interrogées refusent de s'informer sur les questions de santé par crainte de l'anxiété générée par ces informations**<sup>12</sup>. Tant que des pathologies telles que le diabète, l'ostéoporose ou l'insuffisance rénale chronique verront leur dépistage limité – la prise en charge des patients restera retardée. Ainsi, entre 2018 et 2022, **la prévalence du diabète a augmenté de 7,7 % touchant environ 4,3 millions de Français en 2022 alors que la Cour des comptes notait pourtant une année plus tôt une sous-estimation de sa prévalence de 26 %**<sup>13</sup>.

Cette note formule des recommandations concrètes afin de **mettre en lumière le potentiel du dépistage, encore sous-utilisé et de le définir comme premier maillon d'un parcours de santé. Il s'agira notamment de penser le dépistage avec le citoyen, en tenant compte de ses préférences, ses peurs, ses barrières pour élaborer une politique de prévention qui puisse répondre à ses préoccupations**. Cette même méthode doit être suivie pour définir une communication adaptée aux Français dans toute leur diversité (de tout âge, en tout lieu et de toute catégorie socio-économique). De même, il est essentiel **de s'extirper des silos à travers lesquels le dépistage est considéré**. Il doit devenir une action de santé comme celle de faire une activité physique ou de suivre une hygiène bucco-dentaire. Les dépistages actuels sont souvent pensés par pathologie, et les mois qui les portent le démontrent. Malheureusement, le nombre de pathologies à dépister dépasse le nombre de mois dans l'année et aucune ne doit éclipser l'autre : **tout dépistage est crucial, tant qu'il est le bon pour soi. Dans ce contexte, le repérage est clé et nécessitera également une plus grande personnalisation pour répondre au mieux au besoin de chacun**. Enfin, tous les citoyens ont un rôle à jouer pour faire

<sup>12</sup> Verian pour Harmonie Santé en partenariat avec l'INSERM. (2025, février). Fake news et santé : comment faire face ?

<sup>13</sup> Cour des comptes. (2021, novembre). La politique de prévention en santé : les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies.



perdurer un système social auquel les Français sont attachés. Il est donc essentiel de se donner les moyens pour que chacun y prenne toute sa place – citoyens, professionnels de santé, employeurs, acteurs publics – et ce, pour qu'enfin **le dépistage soit pensé comme un acte de santé inestimable tant pour l'individu que pour la pérennité du système dans son ensemble.**

Aujourd'hui, le dépistage semble mal-aimé en France, symptomatique d'une attention majeure portée au curatif vis-à-vis du préventif dans l'Hexagone. **Pour demain, il est encore temps de le rendre essentiel dans le parcours de santé des Français afin de faire perdurer le système de soins auquel ils sont attachés, et cela, grâce à eux.**

## Créer une nouvelle culture du dépistage en France : passer du curatif au préventif

### Objectif 1

Positionner la prévention comme clé de voûte d'une politique de santé ambitieuse et efficiente en France.

**Recommandation 1 : mieux comprendre les freins et les barrières au dépistage des Français, pour renforcer l'efficacité de la politique de dépistage.**

Cela nécessitera de réaliser une étude des barrières au dépistage et de penser les campagnes autour d'actions et d'objectifs particuliers par groupes populationnels (les jeunes, les personnes éloignées du soins, les personnes inquiètes, les personnes qui ne prennent pas le temps...) afin de **remettre les préférences du citoyen au cœur de l'élaboration de la politique de dépistage.**

**Recommandation 2 : définir un acteur de référence clairement identifiable en charge de la politique de prévention.**

Afin de **renforcer la lisibilité et l'efficacité de la politique de prévention, un seul acteur de référence doit piloter cette dernière.** Alors qu'aujourd'hui plusieurs acteurs sont en première ligne sur ces

sujets, un choix apparaît d'importance pour définir un chef de file qui pourrait ainsi être Santé Publique France dont trois des six missions<sup>14</sup> apparaissent particulièrement en lien avec les enjeux de la politique de prévention (la promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé, le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé et la surveillance de l'état de santé des populations) mais dont le budget et le nombre de collaborateurs aujourd'hui ne permettent pas de répondre à l'investissement humain nécessaire pour mettre en œuvre une politique ambitieuse de prévention. La CNAM pourrait également être un acteur à considérer particulièrement avec le choix fait de centraliser auprès d'elle l'envoi des invitations pour les campagnes de dépistage organisé, les actions de communications menées et leur lien avec les professionnels qui mettent en œuvre la prévention sur le territoire. Ce constat est également motivé par la qualité des informations disponibles à la CNAM et son enveloppe budgétaire affiliée à la prévention. En tout état de cause, il sera nécessaire que l'acteur chef de file identifié assure une collaboration avec les autres acteurs centraux à la mise en œuvre de cette politique (HCSP, DREES, DGS, DGOS, ARS, INCa, HAS...) autour de cet acteur de référence.

— **Recommandation 3 : faire du dépistage pluri-pathologique une priorité de santé publique.**

Afin de concrètement aller au-delà d'un dépistage pensé et conseillé aux citoyens uniquement par silo pathologique, **une feuille de route dédiée permettra d'élaborer un cadre clair du suivi des dépistages et plus largement de la prévention pluri-pathologique.** Cette feuille de route dépistage s'attachera également à **distinguer les missions de Mon espace santé et d'Améli en proposant d'axer « Mon espace santé » sur le préventif et « Améli » sur le curatif.** Ceci, dans le but de rendre ainsi

<sup>14</sup> Santé publique France (2025, février). Qui sommes-nous ?

plus lisible la distinction entre ces deux plateformes pour les citoyens et permettre d'encourager l'usage de Mon espace santé à travers l'utilisation des sciences comportementales pour tirer profit de cette application.

Par ailleurs, cette feuille de route définira également de **nouveaux protocoles de dépistage visant des pathologies aujourd'hui encore mal diagnostiquées que sont notamment Alzheimer, l'endométriose ou l'ostéoporose** et visera à améliorer la représentation des femmes dans les cohortes d'essais cliniques en faisant de ce sujet une priorité pour assurer la justesse des protocoles mis en œuvre pour tous les Français sans biais de genre.

Enfin, il s'agira de **construire des habitudes de dépistage pour les citoyens en mettant en place un parcours personnalisé de prévention ,et notamment de dépistage**, grâce aux données disponibles sur Améli et Mon espace santé. Dans cette optique, un bilan prévention entre 25 et 45 ans devrait être proposé afin d'assurer un suivi du parcours de prévention sans interruption. Ce dernier pourra être défini comme réalisé dans le cadre des examens demandés notamment pour l'obtention d'un prêt ainsi que lors de la grossesse des femmes.

---

## Objectif 2

Créer une conscience sanitaire éclairée chez les Français : développer un intérêt pour la préservation de son capital santé.

---

**Recommandation 4 : communiquer et informer largement sur le dépistage pluri-pathologique et améliorer les connaissances des Français en santé.**

Il est nécessaire pour introduire en France une véritable conscience sanitaire d'élaborer une **stratégie de communication et d'informations autour du dépistage** portée par l'acteur de la prévention défini en recommandation n° 2 en y introduisant la notion de « préservation du capital santé ». Cette stratégie comprendra une campagne de sensibilisation en recourant aux témoignages de personnalités afin de sensibiliser sur l'intérêt du dépistage et d'éviter comme unique porte parole des personnes ayant eu un dépistage positif. Pour les 96 % des jeunes utilisant les réseaux sociaux pour s'informer en santé ce type de campagne est essentiel<sup>15</sup>. Dans ce sens, une campagne de communication sur le dépistage pluri-pathologique devra être menée avec des « ambassadeurs » du capital santé contenant des messages précis issus de l'analyse des enjeux de prévention par cible (âges, catégories socio-économiques, risques de santé...).

**Par ailleurs, cette stratégie de communication devra également s'attacher à améliorer le référencement des pages de santé institutionnelles sur internet.** Plusieurs recherches menées sur un navigateur ont déterminé que pour des informations recherchées sur des politiques fiscales (ex : impôt) ou du travail (« fiche de paie ») les résultats provenaient majoritairement de sources nationales et notamment institutionnelles. Dans le cas des recherches de termes génériques de santé (« prévention », « cancer ») des sites étrangers ou non institutionnels sont davantage référencés dans les cinq premières recherches. Afin d'assurer une information de qualité et de confiance pour les citoyens, l'enjeu de référencement des pages santé doit être pris en compte.

Enfin, **elle visera à mieux informer les citoyens sur le coût de la santé** et notamment le coût évité grâce à des actions de prévention primaire/secondaire à travers une communication réalisée par l'acteur désigné comme chef de file prévention et envoyée annuellement aux citoyens. Cet envoi aura vocation à devenir personnalisé grâce aux données

<sup>15</sup> Verian pour Harmonie Santé en partenariat avec l'INSERM. (2025, février). Fake news et santé : comment faire face ?

existantes et soulignant à travers une check-list les manquements afin de proposer des rendez-vous pour réaliser les dépistages nécessaires.

**Recommandation 5 : éduquer et former les citoyens de demain aux enjeux de santé et à leur rôle dans la préservation du système de santé publique.**

Compte tenu du contexte géopolitique, et dans le cadre du renforcement du service national universel<sup>16</sup> sur les enjeux de défense, une autre échéance de formation de jeunes sur les enjeux de santé doit être considérée. En ce sens, il peut être envisagé de prévoir dans le cadre de la refonte<sup>17</sup> à venir de la journée défense et citoyenneté – JDC, un temps de sensibilisation dédié à la santé au-delà de la formation aux premiers secours déjà existantes par le passé. Cela serait l’occasion de former les jeunes aux enjeux du système de soins (compréhension du modèle de santé français, d’une l’ordonnance, du parcours de soins…) et de prévention (utilité des dépistages et vaccinations, comportements vertueux…) afin de lutter contre la désinformation et renforcer la conscience sanitaire des futures générations.

<sup>16</sup> Franceinfo. (2025, mars). Emmanuel Macron annonce « une grande refonte » du Service national universel et évacue le retour d'un service militaire obligatoire.

<sup>17</sup> Le Figaro. (2024, novembre). Levée des couleurs, cohésion : Sébastien Lecornu détaille la « militarisation » de la Journée Défense et Citoyenneté.

## Passer de l'intention à l'action : atteindre des objectifs ambitieux de dépistage pour toutes les pathologies majeures ciblées

### Objectif 3

Améliorer l'accès aux dépistages des Français à risque et les plus éloignés du système de santé.

#### Recommandation 6 : assurer le repérage des publics à risque.

Afin de proposer un outil unique de repérage, il est nécessaire de mutualiser les quizz interactifs de repérage des différentes pathologies existants en un *CheckSanté* unique. Par la suite, les médecins pourront indiquer une mention « prévention » sur les ordonnances pour les patients nécessitant de réaliser un test « CheckSanté ». Ces questionnaires en ligne « CheckSanté » pourront être réalisés au sein des pharmacies soit sur le smartphone des patients soit grâce à l'aide du pharmacien.

#### Recommandation 7 : faire que tous les Français se dépistent en renforçant les actions ciblées des publics les plus éloignés du système de santé.

Une mesure en ce sens visera à **mettre en place des prises de rendez-vous automatisées et des invitations personnalisées** (à travers les données d'Améli) pour les dépistages obligatoires en priorité pour les publics les plus éloignés du soins. Une fois le patient informé de son rendez-vous pris, il pourra à tout moment modifier ce dernier grâce à un partenariat avec une plateforme de prise de rendez-vous.

#### **Objectif 4**

Surpasser d'ici à 2030, la moyenne européenne pour les dépistages organisés autour des cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus.

#### **Recommandation 8 : inciter davantage les professionnels de santé à dépister leurs patients sur ces cancers ciblés.**

Dans le cadre de la refonte de la rémunération sur objectifs de santé publique à travers le déploiement du forfait médecin traitant (FMT), prévoir d'inclure les médecins non traitants dans cet effort préventif grâce à des rémunérations spécifiques selon des objectifs de dépistage. Il s'agira également d'inclure d'autres acteurs dans la réalisation des bilans préventions et des dépistages existants (masseurs-kinésithérapeutes, aide-soignants, assistants médicaux par exemple).

#### **Recommandation 9 : inciter les comportements vertueux des citoyens face à la prévention.**



Afin d'assurer l'adhésion des citoyens, une mission d'information (parlementaires, Cour des Comptes, IGAS...) visant à **analyser les bénéfices et les limites des politiques d'incitation au dépistage pourrait être réalisée**. Cette mission serait une opportunité d'analyser, avant tout déploiement, les impacts potentiels et les leviers de mise en œuvre de plusieurs types d'incitations :

- « positive » en visant par exemple les catégories de populations les plus précaires en réduisant ainsi le montant de la C2S avec participation financière (« reste à charge ») pour les bénéficiaires qui effectuent les actes de dépistage demandés ;
- « négative » en visant par exemple à limiter la transmission automatique des informations par carte vitale lorsque les dépistages obligatoires n'ont pas été réalisés malgré des rappels.

## Margaux Tellier-Poulain

---

Margaux Tellier-Poulain est responsable de projets santé et protection sociale à l'Institut Montaigne depuis novembre 2023. Avant de rejoindre l'Institut Montaigne, Margaux était conseillère affaires sociales et droits des Femmes au Sénat. À ce titre, elle a notamment suivi les trois derniers projets de loi de financement de la sécurité sociale, la loi bioéthique ainsi que les propositions de lois examinées par la commission des affaires sociales au Sénat. Margaux a un parcours international avec des expériences à la Fondation Clinton à New York City ou encore à la Commission européenne. Elle avait également été assistante chargée de projet à l'Institut Montaigne en 2020.

Ses thèmes de recherche sont le financement de la sécurité sociale, la prévention, l'accès aux soins, l'innovation en santé, le handicap, la protection de l'enfance et les politiques d'autonomie.

Margaux est diplômée d'un Bachelor of Arts de l'Université McGill, d'un master en Affaires publiques européennes de University College London et du master d'Affaires publiques de Sciences Po Paris.

<b>Avant-propos</b> .....	5
<b>Synthèse</b> .....	6
<b>Synthèse des propositions</b> .....	10
<b>Introduction</b> .....	21

## 1

<b>Des actions publiques aux résultats insuffisants malgré un engagement continu mais hétérogène des pouvoirs publics</b> .....	30
<b>1.1. Un engagement soutenu en faveur du dépistage avec une variabilité importante selon le type de pathologie</b> .....	30
<b>a. L'optimisation du dépistage avec une prise en charge organisée de certains cancers</b> .....	30
<b>b. D'autres pathologies à prévalence croissante bénéficient en revanche d'un dépistage non structuré toujours en phase progressive de développement</b> .....	45
<b>c. Des maladies moins connues, parfois tabous, dont le dépistage mal structuré ne permet pas la prise en charge adéquate des patients</b> .....	55
<b>1.2. Le dépistage est une étape clé trop souvent négligée, ce qui limite le diagnostic précoce</b> .....	63

<b>a.</b> Le dépistage : un mal-aimé resté trop souvent inconnu de ceux qui en bénéficieraient le plus .....	63
<b>b.</b> Un accès au dépistage hétérogène et inégal du fait d'une offre encore très portée par les généralistes .....	77
<b>c.</b> Un dépistage insuffisant cause l'errance diagnostique : un coût pour la société et un risque pour le patient .....	86

## 2

<b>Assumer une politique de dépistage ambitieuse pour tous</b> .....	91
<b>2.1.</b> Créer une nouvelle culture du dépistage en France, marquant un vrai tournant du curatif au préventif .....	92
<b>2.2.</b> Passer de l'intention à l'action – atteindre des objectifs ambitieux de dépistages pour toutes les pathologies majeures .....	119
<b>Liste des acronymes et des abréviations</b> .....	140
<b>Bibliographie</b> .....	142
<b>Remerciements</b> .....	158

Dans un contexte budgétaire tendu, la France investit environ 15 milliards d'euros en prévention, ce chiffre agrégeant deux composantes très différentes : les programmes institutionnels de prévention (6 milliards d'euros jusqu'en 2019) et les actes de prévention remboursés, estimés en 2016 par la DREES à 9 milliards d'euros<sup>18</sup>. Ainsi, la part du PIB consacrée à la prévention représente donc 0,63 %<sup>19</sup>, proche des États-Unis, du Royaume-Uni ou de l'Allemagne, avec des résultats, en terme de prévention secondaire notamment (vaccination et dépistage) souvent bien inférieurs aux taux de ces autres pays. Malgré ces investissements conséquents, la France souffre d'une participation insuffisante aux programmes de dépistage et à la vaccination pour pouvoir produire de réels effets significatifs sur la santé des patients et sur les dépenses de santé. **Près d'un tiers des Français (29 %<sup>20</sup>) ne se sentiraient pas suffisamment concernés ou à risque pour réaliser un acte de dépistage (ce chiffre passe à près d'un jeune sur deux de 18 à 24 ans<sup>21</sup>)**. De surcroît, 44 % des citoyens estiment que les recommandations de prévention en santé sont anxiogènes<sup>22</sup>. Il existe donc un véritable enjeu d'éducation et d'incitation des Français à aller vers davantage de prévention en santé afin de se donner les moyens d'atteindre les objectifs fixés qui ne parviennent pas à être réalisés.

Selon la Haute Autorité de santé (HAS), un dépistage vise à « détecter la présence d'une maladie à un stade précoce chez des personnes *a priori* en bonne santé et qui ne présentent pas encore de symptômes apparents »<sup>23</sup>. L'objectif est donc « de diagnostiquer la maladie le plus tôt possible afin de la traiter rapidement et ainsi freiner ou stopper sa

<sup>18</sup> *Cour des comptes. (2021). La politique de prévention en santé.*

<sup>19</sup> *Ibid.*

<sup>20</sup> *Verian pour l'Institut Montaigne. (2024, juillet). Sondage « Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé ».*

<sup>21</sup> *Ibid.*

<sup>22</sup> *Fondation Roche. (2024, octobre). Observatoire de l'accès au numérique en santé, 2<sup>e</sup> édition : Améliorer la prévention en santé des publics vulnérables.*

<sup>23</sup> *Haute Autorité de Santé (HAS). (2016, mai). Dépistage : objectif et conditions.*

progression ». **Un dépistage cible une population considérée comme plus à risque de développer la maladie et à qui l'on propose un examen médical ou un test à intervalle régulier et pendant une durée déterminée.** En cas de résultat positif ou suspect, des examens complémentaires doivent confirmer le diagnostic et des traitements peuvent être mis en œuvre<sup>24</sup>.

Le dépistage et le diagnostic sont donc des notions inextricablement liées. Elles appartiennent à un processus en trois étapes :

- 1) Le test de dépistage : l'objectif d'un test de dépistage est d'intégrer dans une filière de soins appropriée une sous-population plus à risque de développer une maladie que la population générale.
- 2) Ensuite, un diagnostic est effectué en cas de test positif. Il consiste à identifier une maladie à partir des symptômes observés et d'effectuer une entrée dans un parcours de soins spécifique pour le patient.
- 3) Enfin, une intervention est conduite en fonction du diagnostic, qu'il s'agisse de l'entrée dans un parcours de soins, d'une simple surveillance et/ou d'un plan de prévention personnalisé.

En France, les politiques de dépistage structurées sont actuellement resserrées sur des campagnes en population générale. Il existe en effet trois grands programmes de dépistage du cancer : le dépistage du cancer du sein, le plus ancien, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus. **Cependant, leur efficacité demeure insuffisante en comparaison aux autres pays européens : le taux de participation au dépistage du cancer du sein en France (45 % en 2022) est inférieur de 12 points à la Belgique (57 %) et de plus de 30 points**

<sup>24</sup> *Ibid.*

**avec les résultats du Danemark (80 %) <sup>25</sup>. Ce retard <sup>26</sup> est également visible pour les dépistages du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus pour lesquels les taux de participation français sont très éloignés des objectifs européens allant de 45 à 80 selon les pathologies <sup>27</sup>.**

En complément de ces programmes de dépistage organisé, un dépistage individuel existe. Il repose sur une démarche personnelle dans laquelle le patient sollicite de lui-même ou se voit proposer un dépistage par un professionnel de santé. Le dépistage individuel n'est pas encadré par un cahier des charges, mais par des recommandations *ad hoc* de la HAS et ne bénéficie donc pas d'une démarche d'assurance-qualité. Par exemple, une mammographie réalisée en dépistage individuel ne comporte pas à ce jour de 2<sup>e</sup> lecture <sup>28</sup>, comme c'est le cas aujourd'hui dans les mammographies réalisées dans le cadre des campagnes de dépistage.

**L'objectif de ces différents actes de dépistage est donc de diagnostiquer la maladie le plus tôt possible afin de la traiter rapidement. Or, l'acte de dépistage ne peut se suffire à lui-même en ce qu'il n'indique qu'une probabilité d'être malade : il doit nécessairement s'accompagner d'un diagnostic en cas de test positif qui devra lui-même entraîner une prise en charge, marquant ainsi l'entrée du patient dans un parcours de soins adapté. Un diagnostic précoce permet de traiter la maladie avec moins d'interventions invasives, d'apporter une meilleure qualité de vie pour le patient, de limiter la durée du traitement, et, pour les cancers notamment, d'augmenter les chances de survie <sup>29</sup>.**

<sup>25</sup> Eurostat. (2024, juillet). *Cancer screening statistics*.

<sup>26</sup> Sécurité sociale. (2024). *Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale. Annexe 1 Maladie*.

<sup>27</sup> Union européenne. (2025, février). *Cancer Screening Campaign*.

<sup>28</sup> IGAS. (2022, janvier). *Dépistage organisé des cancers en France*.

<sup>29</sup> Société canadienne du cancer. *Quels sont les avantages et les limites des examens réguliers de dépistage du cancer ?*

Pour autant, malgré une dépense annuelle importante (incluant le reste à charge des patients) estimée à environ 600 millions d'euros pour les trois programmes de dépistages organisés (cancer du sein, colorectal et du col de l'utérus)<sup>30</sup>, les taux d'adhésion de la population aux dépistages du cancer sont bien inférieurs aux cibles fixées par l'Union européenne. Ainsi, en 2022, 34,3 % des 50 à 74 ans ont effectué un dépistage du cancer colorectal alors que l'objectif européen est de 45 % de la population cible<sup>31</sup>. La France se plaçant en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE en termes de taux d'adhésion aux trois programmes de dépistages organisés<sup>32</sup>.

**Les personnes présentant les taux d'adhésion au dépistage parmi les plus faibles sont également celles qui sont les plus éloignées du système de soins. La participation aux programmes de dépistage connaît ainsi un gradient social décroissant entre les populations les plus aisées et les plus défavorisées**<sup>33</sup>. En effet, les publics avec un bas niveau de degré de qualifications, sans emploi, célibataires ou sans complémentaire santé indiquent davantage ne pas avoir été dépistés<sup>34</sup>. La question de l'accessibilité géographique se pose également : les personnes vivant en zone rurale ont tendance à moins participer que celles vivant dans les zones urbaines. En 2014, le taux de dépistage concernant le cancer du sein pouvait varier de 36 à 81 % selon le territoire<sup>35</sup>.

**Outre des inégalités dans le déploiement de ces dépistages, leur mise en œuvre est aussi hétérogène selon les pathologies couvertes par les programmes.** Ainsi, les maladies chroniques font encore rarement l'objet de repérage et de dépistage systématiques, alors que

<sup>30</sup> IGAS. (2022, janvier). *Dépistage organisé des cancers en France*.

<sup>31</sup> Cour des comptes. (2021). « *La politique de prévention en santé* ».

<sup>32</sup> OCDE. (2022). *Panorama de la Santé : Europe*.

<sup>33</sup> Poiseuil M. (2022). *Participation aux dépistages du cancer du sein chez la femme et survie après un cancer du sein selon le dépistage et les inégalités sociodémographiques*.

<sup>34</sup> Sicsic J., & Franc C. (2014). *Obstacles to the uptake of breast, cervical, and colorectal cancer screenings: what remains to be achieved by French national programmes? BMC Health Services Research*.

<sup>35</sup> INCa. (2020). *Disparités territoriales de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus. Journées scientifiques sur le dépistage des cancers*.



leur prévalence est croissante et que le manque de connaissances des patients interpellent. Le nombre de personnes atteintes de maladies cardiovasculaires a augmenté de 0,5 point entre 2015 et 2022, représentant une hausse de plus de 678 000 individus<sup>36</sup>. Le diagnostic précoce est pourtant d'autant plus important que le diagnostic tardif de ces pathologies a un impact considérable sur le taux de survie des patients.

Ainsi, chaque mois supplémentaire de retard dans le traitement du cancer augmente de 10 % le risque de décès<sup>37</sup>. De même, le diagnostic précoce du diabète est essentiel pour équilibrer la glycémie du patient et prévenir l'aggravation de la maladie et les complications cardiovasculaires du diabète : macroangiopathie & microangiopathie<sup>38</sup>.

Les bénéfices ne se limitent pas à l'amélioration de la santé des patients, mais contribuent également à la soutenabilité financière du système de protection sociale. Les protocoles proposés aux malades ayant été diagnostiqués de façon précoce sont 2 à 4 fois moins coûteux que ceux proposés aux malades dont le cancer a été diagnostiqué à un stade plus avancé<sup>39</sup>. Dans un contexte de retour du déficit structurel de l'Assurance maladie, de 15,3 milliards d'euros en 2024<sup>40</sup>, et estimé à 16 milliards en 2025, et 20 milliards en 2028<sup>41</sup>, accroître l'efficacité de la dépense publique est d'autant plus central. **Or, si la prévalence des principales pathologies affectant les Français demeure stable ces dernières années, les dépenses associées à leur prise en charge, elles, sont à la hausse.** Entre 2018 et 2022, la prévalence du diabète a augmenté de 7,7 % (touchant environ 4,331 millions de Français en 2022) alors même qu'en 2021, la Cour des comptes notait une sous-estimation de

<sup>36</sup> Assurance maladie. (2021). *Data pathologies*.

<sup>37</sup> Hanna T. P., King W. D., Thibodeau S., Jalink M., Paulin G. A., Harvey-Jones E., & al. (2020). *Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis*. *BMJ*.

<sup>38</sup> Assurance maladie. (2023). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*, (p. 79).

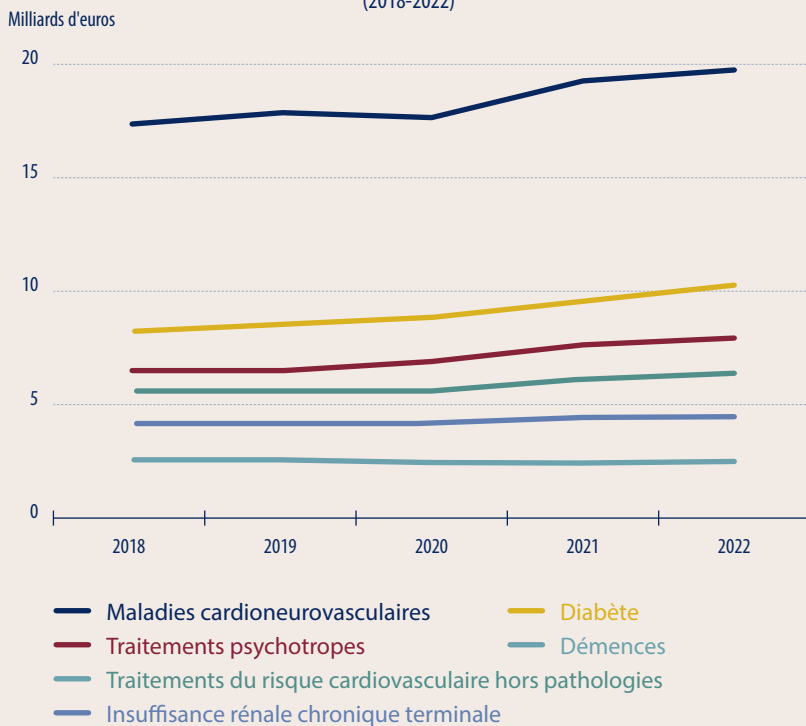
<sup>39</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2017). *Le diagnostic précoce du cancer permet de sauver des vies et d'abaisser le coût du traitement*.

<sup>40</sup> Les Echos. (2025, mars). *Le déficit de la Sécurité sociale moins élevé que prévu*.

<sup>41</sup> Commission mixte paritaire. (2024, novembre). *Projet de loi de financement de la sécurité sociale*.

sa prévalence de 26 %<sup>42</sup>. Cette tendance illustre l'urgence à dépister et donc diagnostiquer le plus tôt possible ces pathologies, dans un double objectif de renforcement des bénéfiques pour la santé des patients et d'efficacité de la dépense publique.

**Graphique n° 1 • Dépenses globales par pathologie par an (2018-2022)**



Source : Assurance maladie, « Data Pathologies », juillet 2024.

<sup>42</sup> Cour des comptes. (2021, novembre). La politique de prévention en santé : les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies.

La pandémie de Covid-19 a profondément influencé la perception du dépistage et son usage en population générale. La propagation rapide du virus a contraint à une réaction rapide et exhaustive mettant en évidence l'intérêt des autotests et de campagnes de dépistage massif pour endiguer la maladie. Ainsi, 86 210 000 tests RT-PCR, 82 140 000 tests antigéniques et 6 732 000 tests salivaires ont été réalisés en 2021<sup>43</sup>. Cette période a par ailleurs conduit l'ensemble des pays européens à accroître leurs dépenses en prévention, de 143 % en moyenne entre 2017 et 2022<sup>44</sup>. Cette hausse a servi à financer les programmes de vaccination et de dépistage. Or, au cours de la même période, les dépenses en prévention de la France ont connu une progression légèrement inférieure, de 135 % – signe d'un sous-investissement français en comparaison à ces homologues européens dans le domaine préventif (l'Allemagne ayant augmenté ses dépenses de prévention de 207 % sur la même période). Parallèlement, les mesures de confinement ont parfois retardé le diagnostic de pathologies autres que la Covid, ainsi les retards cumulés du dépistage du cancer du côlon ont entraîné des retards de diagnostic et de chirurgies risquant des pertes de chance pour les patients<sup>45</sup> qui devront être évalués pour tenter d'optimiser notre système préventif.

Comment expliquer de tels retards de dépistages organisés par des campagnes nationales structurées et largement financées ? Comment assurer que la peur du diagnostic n'entache pas l'accès au dépistage ? Comment renforcer la compréhension de l'intérêt d'un dépistage ?

L'objectif de cette note d'action n'est donc pas tant de soutenir un élargissement des programmes existants avec une augmentation des dépenses de santé affectées que de promouvoir une approche intégrative et ciblée du dépistage, en fonction des facteurs de risques des individus. Un tel ciblage peut permettre d'élaborer une médecine du

<sup>43</sup> DREES. (2023, février). Bilan 2022 du dépistage du Covid-19 : 17 % de tests en moins qu'en 2021 mais trois fois plus de cas détectés.

<sup>44</sup> Eurostat. (2023, novembre), Health care expenditure by function.

<sup>45</sup> Assurance maladie. (2022). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses (p. 5).

« juste soin », avec des prises en charges précoces et graduées. L'innovation en matière de santé jouera un rôle central dans cette personnalisation du dépistage<sup>46</sup>. Ainsi, les possibilités offertes par le développement de l'intelligence artificielle permettront de décupler le développement d'approches individuelles. L'étude prospective MASAI réalisée en Suède a montré que l'utilisation de l'intelligence artificielle comme outil de triage augmente le nombre de cancers détectés et diminue de 50 % la nécessité d'une double lecture humaine<sup>47</sup>. Il s'agit également de permettre à chacun de devenir acteur de sa santé et de mettre le dépistage au cœur d'une culture du soin et des parcours afférents.

Cette note d'action traite du diagnostic précoce de l'ensemble des pathologies non transmissibles, plutôt que de se focaliser sur une seule, afin de créer les conditions les plus favorables à un changement de paradigme. Le choix d'analyser le dépistage des pathologies non transmissibles s'explique par des motivations différenciées à se faire dépister si ce dernier pourrait permettre d'arrêter la transmission d'une pathologie ou de protéger des proches. De plus, elle vise le dépistage de l'adulte afin d'analyser les freins et barrières pour le dépistage individuel à son propre profit et non les dépistages pour l'enfant qui est une décision de l'adulte responsable légal pour autrui. La sélection du dépistage pluri-pathologies de l'adulte s'entend compte tenu des enjeux actuels dans l'adhésion au dépistage organisé mais également à la prévalence de pathologies chroniques pour lesquelles le dépistage dépend grandement de la volonté individuelle. Une culture du dépistage, au-delà des silos pathologiques, inculquée au citoyen dès l'enfance puis renforcée par un système de soins adapté et des structures de dépistage renforcées, apparaît comme essentiel pour répondre encore davantage à l'enjeu de soutenabilité et d'efficacité du système ainsi que d'assurer

<sup>46</sup> Ministère de la Santé. (2023). *Octobre Rose : l'intelligence artificielle au service d'une prise en charge personnalisée et anticipée*.

<sup>47</sup> Lång K., Josefsson V., Larsson A. M. (2023). *Artificial intelligence-supported screen reading versus standard double reading in the Mammography Screening with Artificial Intelligence trial (MASAI): a clinical safety analysis of a randomised, controlled, non-inferiority, single-blinded, screening accuracy study*. *The Lancet. Oncology*, 24(8).

la mise en œuvre d'un véritable virage préventif en France. Cette note propose donc, plutôt qu'une opposition entre dépistage en population générale et approche individuelle, une voie de complémentarité entre ces deux approches afin de permettre le déploiement du juste de dépistage et d'assurer un diagnostic précoce pour toute la population française.

Dans ce contexte, la note formule des recommandations concrètes afin de mettre en lumière le potentiel du dépistage, encore sous-utilisé et de le définir comme premier maillon du parcours de soins. Elle s'attache également à recentrer la conception du dépistage autour du citoyen, ses préférences, ses peurs, ses barrières pour penser la politique de prévention avec eux et non pour eux. Cela, afin de viser à enfin atteindre et même surpasser les moyennes européennes dans les taux d'adhésions aux campagnes organisées et de renforcer le dépistage des autres pathologies pour lesquelles l'action de chacun – citoyen, professionnels de santé, employeurs, acteurs publics – est essentielle.

# 1 Des actions publiques aux résultats insuffisants malgré un engagement continu mais hétérogène des pouvoirs publics

## 1.1. UN ENGAGEMENT SOUTENU EN FAVEUR DU DÉPISTAGE AVEC UNE VARIABILITÉ IMPORTANTE SELON LE TYPE DE PATHOLOGIE

- a. L'optimisation du dépistage avec une prise en charge organisée de certains cancers

*La population française est dépistée pour trois cancers depuis le début des années 2000, dont deux concernent exclusivement les femmes*

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), **le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée**, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue<sup>48</sup>. En clair, il s'agit de distinguer au sein d'un groupe de personnes ayant l'air en bonne santé, celles qui le sont et celles qui sont à risque de ne pas l'être (ce qui devra être validé ou invalidé par un diagnostic). **Le dépistage est à différencier du diagnostic** (qui agit sur la base de symptômes plus ou moins clairs) en ce qu'il peut s'appliquer à des personnes apparemment indemnes de la maladie recherchée. Au sein de la notion de dépistage il convient ensuite de différencier entre **dépistage individuel** et **dépistage populationnel**.

<sup>48</sup> Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). (2004, mai). Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ?

L'un des axes principaux de la stratégie française de dépistage est la généralisation progressive de **programmes de dépistage organisé**. On parle de dépistage organisé lorsque les pouvoirs publics invitent à intervalles réguliers une partie de la population à pratiquer un examen après avoir identifié les personnes asymptomatiques remplissant les critères du dépistage dans le but de poser un diagnostic. Techniquement, le processus prend fin à la prise en charge du malade.

Le dépistage organisé vise à massifier la participation des populations tout en luttant contre les inégalités d'accès. En France, depuis les années 1990, de tels programmes sont expérimentés au niveau local puis **déployés au niveau national**<sup>49</sup> **pour trois cancers** : le cancer du sein (2004), le cancer colorectal (2008) et celui du col de l'utérus (2018).

**Le dépistage organisé du cancer du sein s'effectue en 2004** dans tous les départements, avec la mise en place d'un programme national doté d'un cahier des charges publié par arrêté. Ce dépistage est proposé à toutes les femmes de 50 à 74 ans à risque moyen, c'est-à-dire sans symptôme apparent ni facteur de risque particulier. Ces dernières sont invitées tous les deux ans à réaliser une mammographie, *via* un courrier, un email ou SMS d'invitation envoyé par leur CPAM de rattachement. Les femmes sont ensuite invitées à se rendre chez un radiologue agréé, avec la possibilité de prendre rendez-vous en ligne sur le site JeFaisMonDépistage, géré par l'Institut national du cancer et l'Assurance maladie. L'examen, qui comprend une mammographie et un examen clinique des seins, est pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, sans avance de frais. Si aucune anomalie n'est décelée, la mammographie est relue par un second radiologue expert. Le dépistage organisé procède donc d'une double lecture : les radiologues « premiers lecteurs » doivent lire au moins 500 mammographies par an, quand les radiologues assurant la deuxième lecture doivent s'engager à lire au moins 1 500 mammographies par an<sup>50</sup>.

<sup>49</sup> INCa. (2012). *Rapport Éthique et dépistage organisé sur cancer du sein en France*.

<sup>50</sup> INCa. (2024, septembre). *Le programme de dépistage organisé des cancers du sein*.

**Le cancer colorectal est dépisté de façon structurée et généralisée depuis 2008.** Il est proposé tous les deux ans à toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans, également à risque moyen, ne présentant ni symptômes, ni antécédents personnels ou familiaux de cancer touchant le côlon ou le rectum. Il consiste en deux étapes : tout d'abord la réalisation d'un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles, suivie d'une coloscopie en cas de positivité du test. Les personnes peuvent se procurer le kit de dépistage chez leur médecin ou leur pharmacien, avec ou sans invitation, ou en le commandant sur un site dédié, uniquement avec une invitation<sup>51</sup>.

**Enfin, un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est mis en place depuis 2018.** Il concerne l'ensemble des femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans. Pour les femmes entre 25 et 29 ans, le test de dépistage est réalisé par examen cytologique ou examen des cellules prélevées lors du frottis du col de l'utérus. Pour les femmes de 30 ans à 65 ans, le test de dépistage est le test HPV-HR ou détection des virus HPV-HR. À la différence de l'examen cytologique qui s'intéresse à l'aspect des cellules, ce test cherche la présence du virus HPV à haut risque chez les femmes. Il remplace ainsi l'examen cytologique du frottis<sup>52</sup>. Contrairement aux deux autres dépistages organisés, ici seules les femmes n'ayant pas réalisé de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le temps imparti prévu selon leur tranche d'âge, reçoivent une invitation à se faire dépister par la CNAM<sup>53</sup> (depuis l'arrêté du 16 janvier 2024<sup>54</sup>).

<sup>51</sup> INCa. (2024, février). *Le programme national de dépistage du cancer colorectal.*

<sup>52</sup> Assurance maladie. (2024, juillet). *Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.*

<sup>53</sup> INCa. (2024, juin). *Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.*

<sup>54</sup> Arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers.



*Le dépistage organisé des cancers est passé d'une gestion par les départements à un pilotage national, sans avoir encore su trouver un modèle réellement lisible et efficace du fait de la multiplicité des acteurs*

De 1963 à 2004, l'organisation des dépistages est confiée aux départements, qui ont parmi leurs missions les politiques de solidarité et d'action sociale « la lutte contre le cancer organisée (...) et la surveillance après traitement des anciens malades »<sup>55</sup>. Trois acteurs distincts interviennent alors :

- le département, *via* les structures de gestion financées par les conseils départementaux et les organismes d'Assurance maladie pour déployer le dépistage ;
- l'Assurance maladie, co-financier et force d'appui technique ;
- l'État, qui définit et régule les dépistages organisés des maladies aux conséquences mortelles évitables depuis 1998<sup>56</sup>.

Cet enchevêtrement de compétences a pour effet de complexifier la gestion et réduit l'effectivité des programmes. En particulier, l'absence d'obligation précise sur le niveau de participation financière de chaque département donne lieu à des ruptures d'égalité dans l'accès au dépistage. **Le dépistage est recentralisé suite à la loi du 13 août 2004<sup>57</sup>, relative aux libertés et aux responsabilités locales, en raison d'un regain d'intérêt politique pour le sujet :**

- En France, le Gouvernement fait de la généralisation du dépistage du cancer du sein une priorité nationale en 2000. Cependant, à cette époque, seuls 32 départements ont mis en place un programme de dépistage<sup>58</sup>. Devant cette inadéquation évidente entre les objectifs et les résultats effectifs, la prise en charge du dépistage est transférée à l'État en 2004.

<sup>55</sup> Loi n° 63-1241 du 19 décembre 1963 (Art. L. 1423-1 du Code de la santé publique).

<sup>56</sup> IGAS. (2023, juin). *Santé, pour une politique de prévention durable*.

<sup>57</sup> Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

<sup>58</sup> *Ibid.*

- Au niveau communautaire aussi, le Conseil européen s’empare du sujet et publie une recommandation le 2 décembre 2003, (récemment élargie aux cancers du poumons, de la prostate et de l’estomac dans une recommandation du 9 décembre 2022<sup>59</sup>) visant à accélérer et homogénéiser le déploiement de programmes structurés dans les États membres. Des objectifs de participation sont établis pour les populations cible : 45 % pour le dépistage organisé du cancer colorectal, 70 % pour le dépistage organisé du cancer du sein et 80 % pour le dépistage organisé du cancer du col de l’utérus<sup>60</sup>.

Toutefois, le fait de ramener la gestion du dépistage au **niveau de l’État n’a pas permis d’en simplifier la gouvernance**, qui demeure éclatée entre les régions, le ministère de la santé en centrale, l’Assurance maladie, l’Institut national du Cancer (INCa), la Haute Autorité de Santé (HAS) et les agences régionales de santé (ARS).

## Les acteurs publics du dépistage en France sont multiples

### Acteurs publics :

- **L’État et l’Assurance maladie** coordonnent les programmes de dépistage, dont la compétence a été recentrée au niveau de l’État en 2004.

<sup>59</sup> *Recommandation du Conseil du 9 décembre 2022 sur le renforcement de la prévention par la détection précoce : une nouvelle approche de l’Union européenne en matière de dépistage du cancer remplaçant la recommandation 2003/878/CE du Conseil 2022/C.*

<sup>60</sup> *Recommandation du Conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer (2003/878/CE).*

- **Les régions** pilotent les programmes de dépistage par l'intermédiaire de leurs ARS, en lien avec le directeur coordonnateur régional de la gestion du risque de l'Assurance maladie et le directeur de l'association régionale des caisses de mutualité sociale agricole.
- **Les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC)**<sup>61</sup> déploient ensuite le dépistage localement. Ces centres ont une triple mission de formation, d'information et de sécurisation du dispositif, définies par un cahier des charges publié par un arrêté datant du 23 mars 2018. Les CRCDC sont notamment chargés d'organiser la formation des médecins et autres professionnels de santé sur les dépistages. Ils participent à la sensibilisation et à l'information des populations concernées, et assurent le suivi des dépistages en sécurisant les fiches des personnes ciblées et en collectant les données pour le pilotage et l'évaluation des programmes.
- **La Direction générale de la santé (DGS)** organise le pilotage stratégique des programmes de dépistage, en coordination avec le directeur de la sécurité sociale (DSS), les organismes d'Assurance maladie, l'Institut National du Cancer et Santé publique France (INCa)<sup>62</sup>.
- **La Haute Autorité de santé (HAS)** élabore des recommandations de pratiques professionnelles qui servent de base aux cahiers des charges de chaque dépistage. Le pilotage de la communication et la conception des documents et outils des programmes de dépistage sont assurés par l'Institut national du cancer.

<sup>61</sup> IGAS. (2022, janvier). *Le dépistage organisé des cancers en France*.

<sup>62</sup> INCa. (2024, septembre). *Le programme de dépistage organisé des cancers du sein*.

- Enfin, **les Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM)** conduisent certaines actions d'aller-vers, collectives et individuelles au niveau local avec des appels téléphoniques de relance (« appels sortants ») pour les personnes n'ayant pas réalisé leur dépistage après plusieurs relances.

#### **Autres acteurs :**

- **Les professionnels de santé** (médecins traitants et spécialistes, pharmaciens, sage-femmes, infirmiers, médecine du travail notamment).
- **Les associations** : Fondation ARCAD, Ligue contre le cancer, Agir pour le cœur des femmes sont autant d'acteurs engagés par des actions de prévention et de dépistage en complément des mesures prises par les pouvoirs publics.
- **Les fédérations** : plusieurs fédérations sont actives dans l'élaboration d'outils dépistage c'est notamment le cas de la Fédération française des diabétiques<sup>63</sup> qui a mis en place un auto-questionnaire pour évaluer son risque de diabète, de même les travaux de la Fédération française de cardiologie<sup>64</sup> pour les risques cardiologiques ou encore la Fédération addiction pour le test des lésions du foie<sup>65</sup>.
- **Les mutuelles et complémentaires santé** : à travers des actions de prévention, d'information et d'aller-vers sur leurs plateformes numériques, auprès de leurs adhérents ainsi qu'en lien avec les entreprises dans le cadre de contrats collectifs.

<sup>63</sup> Fédération Française des Diabétiques. (2024). Test d'évaluation du risque de diabète en 3 minutes.

<sup>64</sup> Fédération Française de Cardiologie. (2024). Je me teste.

<sup>65</sup> Fédération Addiction. (2023, juin). Dépistage et suivi des maladies du foie et hépatites : répondez au questionnaire !

**La multiplicité des acteurs impliqués dans le dépistage entraîne encore aujourd’hui des pertes d’efficacité du fait d’une organisation territoriale complexe et traduit le manque de lisibilité du mode de gestion des politiques de prévention au sens large.**

*Plus largement, la lutte contre le cancer en France s’organise autour de plans nationaux actualisés régulièrement*

La lutte contre le cancer s’est structurée dès 2003 autour de plans nationaux (trois plans se sont succédés entre 2003 et 2019), portés au plus haut niveau de l’État. Ces plans servent à mobiliser et coordonner les acteurs de santé publique autour du dépistage, de l’organisation des soins et de la recherche. Ces plans s’étaient inscrits dans une démarche de sensibilisation générale par les pouvoirs publics autour des cancers, où ces derniers avaient été nommés « Grande cause nationale » cinq fois entre 1977 et 1989.

En février 2021, le président de la République, Emmanuel Macron, dévoile sa **stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030**. Cette stratégie décennale fixe l’objectif ambitieux de réduire le nombre de cancers évitables de 60 000 par an à 2040 (153 000 cancers étaient considérés comme évitables en 2021) avec un million de dépistages supplémentaires d’ici 2025 (environ 9 millions de dépistages sont réalisés chaque année) permis par trois **axes d’amélioration**<sup>66</sup> :

- L’amélioration de l’accès aux dépistages avec des dépistages proposés post intervention de prévention ou de soins non programmés et des outils d’information mis à disposition des professionnels de santé et médicosociaux de premier contact.

<sup>66</sup> INCa. (2021, février). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : Des progrès pour tous, de l’espoir pour demain* (p. 16).

- Un élargissement des bornes d'âge et des personnes à qui des recommandations sont adressées, dans l'attente de la mise en place d'un dépistage de précision.
- Le développement du dépistage de précision pour mieux prendre en compte les risques individuels et l'intégration plus rapide des innovations technologiques aux programmes de dépistages, après évaluation.

**Cette stratégie a été enrichie en continu sur la question du dépistage à travers la mise en œuvre de recommandations de plusieurs rapports de l'INCa.**

À la suite du premier rapport d'évaluation de la stratégie décennale, remis au président de la République par l'INCa<sup>67</sup> en février 2022, des **efforts de facilitation de l'accès au dépistage** ont été mis en place par l'envoi postal à domicile d'un kit pour le dépistage du cancer colorectal.

Un deuxième rapport d'évaluation<sup>68</sup> paru en 2023 a quant à lui mis la focale **sur l'amélioration de la qualité du programme** de dépistage organisé du cancer du sein. À la suite, une enveloppe de 10 millions d'euros est provisionnée en 2022 pour le remplacement des équipements les plus anciens du parc des mammographes.

Un troisième rapport dresse un bilan à mars 2024 de la stratégie<sup>69</sup> avec parmi ses suites concrètes l'expertise d'un **programme pilote de dépistage organisé des cancers des poumons**, pour en étudier l'opportunité et les modalités. Au lancement de la stratégie décennale, le président avait en effet souligné la nécessité d'inclure le cancer du

<sup>67</sup> INCa. (2022, février). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : 1<sup>er</sup> rapport au président de la République.*

<sup>68</sup> INCa. (2023, avril). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, 2<sup>e</sup> rapport au président de la République.*

<sup>69</sup> INCa. (2024, mars). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, 3<sup>e</sup> rapport au président de la République.*

poumon aux grands programmes de dépistage : chez l'homme âgé de 45 à 64 ans, ce cancer est la première cause de décès, et en progression constante chez les femmes.

Le rapport de mars 2024 reprend quant à lui la **feuille de route « priorité dépistages » pour 2024-28 et propose des améliorations :**

- la prise en compte des dépistages des cancers dans les bilans prévention ;
- la rénovation de l'organisation des dépistages organisés des cancers avec la redéfinition des missions des CRCDC et la mise en place d'un système national pour les invitations et les relances ;
- le renforcement des actions d'aller-vers avec une mobilisation systémique d'opérations d'aller-vers collectives et individuelles vers les publics précaires, fragiles et éloignés des systèmes de santé par l'Assurance maladie ;
- sur le volet innovation, la feuille de route prévoit la poursuite du suivi des études en cours sur l'IA et de la recherche sur les biomarqueurs et l'IA pour la radiologie et l'anatomopathologie. Sont présentés les résultats d'études sur les dépistages personnalisés, notamment l'étude MyPebs<sup>70</sup>, financée par l'Union européenne, qui compare une stratégie de dépistage personnalisée selon le profil de risque des personnes au dépistage standard.

*Malgré l'intensité croissante mise sur les dépistages organisés des trois cancers, la participation reste insuffisante et décroissante.*

En France, les politiques de dépistage sont basées sur des campagnes nationales en population générale, qui comportent de nombreuses limites : l'absence de ciblage limite la capacité à atteindre les publics les plus éloignés ; une surreprésentation des catégories

<sup>70</sup> MyPeBS. (2023). *Qu'est-ce que MyPeBS ?*

socio-professionnelles élevées dans les participants au dépistage présente le risque d'une allocation inefficace des ressources investies dans ces programmes sur le plan de l'équité. Enfin, la complexité de la gouvernance du dépistage, comme vu précédemment, limite son efficacité opérationnelle.

De fait, force est de constater que **les taux d'adhésion de la population française aux dépistages du cancer restent inférieurs aux cibles fixées par l'Union européenne**<sup>71</sup>. La France se place également en dessous de la moyenne des pays de l'OCDE en termes de taux d'adhésion aux trois programmes de dépistages organisés<sup>72</sup>. Ainsi, en 2022, 34,3 % des 50 à 74 ans ont effectué un dépistage du cancer colorectal alors que l'objectif bas européen est de 45 % de la population cible. Concernant le dépistage du cancer du sein, on note que seules 45 % des femmes âgées de 50 à 74 ans ont effectué le dépistage alors que l'objectif européen est de 70 %. Toujours en 2022, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus était de 60 %<sup>73</sup>, soit très inférieur à l'objectif satisfaisant européen de 80 % d'ici à 2025<sup>74</sup>.

<sup>71</sup> Cour des comptes. (2021). *La politique de prévention en santé*.

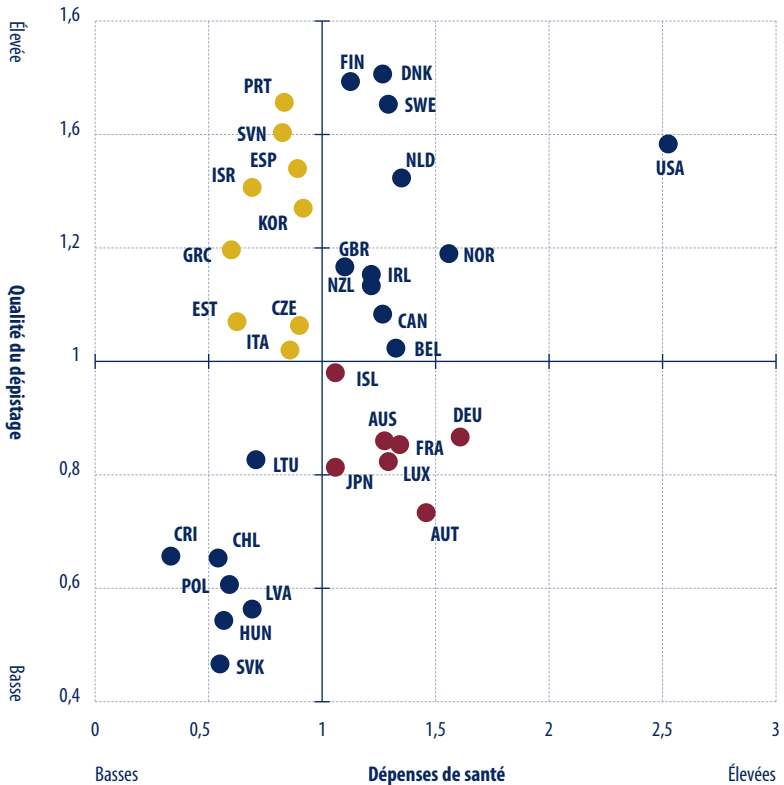
<sup>72</sup> OCDE. (2022). *Panorama de la Santé : Europe*.

<sup>73</sup> OCDE/Commission européenne. (2025). *Profils sur le cancer par pays : France 2025*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/00068bb5-fr>.

<sup>74</sup> Sécurité sociale. (2024). *Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale. Annexe 1 Maladie*.



Graphique n° 2 • Taux de dépistage du cancer du sein et dépenses de santé



Source : OCDE Panorama de santé 2023.

***Au-delà des trois dépistages organisés, d'autres types de cancer bénéficieraient d'une sensibilisation renforcée de leurs actes de dépistages associés***

En premier lieu, le **cancer bronchopulmonaire** (également appelé « cancer du poumon ») mériterait que davantage d'attention soit portée à l'organisation de son dépistage, au regard de sa prévalence non-négligeable et de la charge financière que représente sa prise en charge pour le système de protection sociale. En effet, la prévalence du cancer bronchopulmonaire s'élevait à 0,24 % en population générale en 2022<sup>75</sup>, étant ainsi le quatrième cancer le plus fréquent, après le cancer du sein de la femme (2,05 %), de la prostate (1,67 %), et colorectal (0,54 %). De plus, le cancer bronchopulmonaire est le cancer responsable du plus grand nombre de décès chaque année en France (plus de 33 000<sup>76</sup>). Cela s'explique notamment par son diagnostic souvent tardif et son pronostic fréquemment très mauvais, avec un taux de survie à 5 ans de 20 %<sup>77</sup>.

En outre, au regard des dépenses moyennes par patient remboursées par l'Assurance maladie, le cancer bronchopulmonaire est un cancer sans équivalent. Avec 18 929 € dépensés en moyenne par patient en 2022<sup>78</sup>, le cancer bronchopulmonaire est, de loin, le cancer le plus coûteux à traiter, représentant plus du triple de frais que le second cancer le plus coûteux par patient, le cancer du sein de la femme (5 711 € en moyenne par patient pour la même année). De plus, là où le cancer colorectal, par exemple, n'a pas observé de hausse manifeste des dépenses moyennes par patient entre 2015 et 2022 (+2,3 %), le cancer bronchopulmonaire suit une trajectoire bien plus ascendante (+69,9 %)<sup>79</sup>. Il existe donc un réel enjeu sanitaire et financier à examiner plus précisément la question du dépistage du cancer bronchopulmonaire.

<sup>75</sup> Assurance maladie. (2024, juillet). *Data pathologies : Cancers.*

<sup>76</sup> HAS. (2022, février). *Dépistage du cancer du poumon : la HAS recommande l'engagement d'un programme pilote, communiqué de presse.*

<sup>77</sup> *Ibid.*

<sup>78</sup> Assurance maladie. (2024, juillet). *Data pathologies : Cancers.*

<sup>79</sup> Assurance maladie. (2024, juillet). *Data pathologies : Cancers.*

Le dépistage du cancer du poumon n'est pas encore organisé à grande échelle en France. Toutefois, en 2022, la HAS a actualisé son avis en recommandant la mise en place d'un programme pilote pour évaluer les conditions nécessaires à un dépistage efficace et sécurisé<sup>80</sup>. Plusieurs études montrent que le dépistage par scanner à faible dose réduit la mortalité spécifique du cancer du poumon, notamment l'étude NELSON qui a constaté une réduction du risque de décès à 10 ans de 24 % chez les hommes et de 33 % chez les femmes<sup>81</sup>. Cependant, des défis subsistent, notamment en matière de surdiagnostic et de risque de résultats erronés (faux positifs ou négatifs). Les projets pilotes en cours, soutenus par l'INCa, dont l'étude CASCADE<sup>82</sup>, visent à préciser les modalités optimales avant un éventuel déploiement national. Il s'agira également de définir les moyens d'assurer un diagnostic ciblé alors que les cancers du poumon sont également significatifs chez des personnes n'ayant jamais fumé<sup>83</sup>.

En second lieu, les **cancers de la peau**, ou cancers cutanés, sont parmi les cancers les plus fréquents en France avec 141 000 à 243 000 cas par an, selon Santé Publique France<sup>84</sup>. Liés à l'exposition des peaux claires au soleil, ces derniers sont de deux types : les carcinomes (90 % des cas, bénins si le pronostic est établi rapidement) et les mélanomes (plus rares et plus dangereux). La détection du cancer de la peau se fait par l'observation de signes visibles tels que l'apparition de taches sur la peau, l'apparition de lésions, leur aspect (irrégulier) et leur évolution<sup>85</sup>. Cette analyse, si elle est simple et efficace pour dépister notamment les carcinomes, doit être faite par un dermatologue, une spécialité en forte tension : le nombre de praticiens en dermatologie a chuté de plus de

<sup>80</sup> HAS. (2022, février). *Dépistage du cancer du poumon : la HAS recommande l'engagement d'un programme pilote*, communiqué de presse.

<sup>81</sup> APHP. (2024, juillet). *Dépistage du cancer du poumon par scanner faible dose : l'AP-HP poursuit l'étude pilote CASCADE, financée par l'Inca et le ministère des Solidarités et de la Santé*.

<sup>82</sup> *Ibid.*

<sup>83</sup> LoPiccolo J., Gusev A., Christiani D. C., & Jänne P. A. (2024). Lung cancer in patients who have never smoked - an emerging disease. *Nature reviews. Clinical oncology*, 21(2), 121–146.

<sup>84</sup> Santé publique France. (2023, juillet). *Cancers de la peau*.

<sup>85</sup> Site de Médecin Direct. (2024, janvier). *Cancer de la peau : symptômes diagnostic et traitement*.

20 % en France avec 3 542 dermatologues en activité en 2007, contre seulement 2 798 au 1<sup>er</sup> janvier 2023<sup>86</sup>.

Ainsi, le cas du cancer de la peau traduit bien les enjeux multidimensionnels du dépistage : bien que facile à dépister et fréquente, cette pathologie pâtit de la faible disponibilité des professionnels de santé habilités à le dépister. Ce cas plaide donc d'abord pour une plus forte mise à profit des progrès du numérique, notamment de l'IA, qui offre des qualités nouvelles d'analyse d'images, qui se prêteraient bien au diagnostic visuel du cancer cutané. Mais aussi, une réflexion polyvalente et décloisonnée sur la mise en œuvre d'une stratégie de dépistage efficace doit être menée, en partant de l'offre de soins disponible.

L'Australie, qui présente une des prévalences les plus fortes de cancers cutanés au monde, avec deux australiens sur trois affectés au cours de leur vie, offre un modèle intéressant. À date, le gouvernement ne pratique pas de dépistage populationnel<sup>87</sup> car ses bénéfices ne sont pas avérés : la maladie n'engage pas de pronostic vital systématiquement et les méthodes de dépistage disponibles sont considérées non-optimales pour de la détection à grande échelle. En revanche, le gouvernement investit dans des programmes ciblés<sup>88</sup> reposant sur une meilleure utilisation de la donnée et de la prévention sur les risques de l'exposition prolongée au soleil.

D'autres cancers méritent aussi une attention particulière sans pour autant qu'un dépistage en population générale ne soit bénéfique, et c'est d'ailleurs là tout l'équilibre à trouver entre dépistage en population générale et dépistage individuel ciblé. En effet, le cas du **cancer de l'ovaire** démontre de l'intérêt avant toute chose du suivi des facteurs de

<sup>86</sup> Montel N., Quéreux G. (2023, décembre). Pénurie de dermatologues : c'est pour les 10 prochaines années que ça va être le pire, Santé Magazine.

<sup>87</sup> Australian Government, Department of Health and Aged Care. (2017, août). Skin cancer screening – position statement.

<sup>88</sup> Australian Government, Department of Health and Aged Care. (2024, octobre). National targeted skin cancer screening to be accelerated with \$10.3 million investment.

risque des patientes. Cette pathologie est diagnostiquée dans 70 % des cas<sup>89</sup> à un stade avancé car ses symptômes ne lui sont pas spécifiques : fatigue, perte de poids, troubles digestifs, perturbation des règles, saignements, essoufflement... Chaque année ce cancer touche plus de 5 000 femmes en France autour de 65 ans<sup>90</sup>. Les données scientifiques disponibles démontrent qu'un dépistage systématique, *via* un dosage sanguin et une échographie, ne réduirait pas efficacement le taux de mortalité des patientes<sup>91</sup>. Il est donc nécessaire de construire des stratégies de dépistage basées sur l'identification de facteurs de risques spécifiques, notamment chez les patientes présentant des antécédents familiaux ou des altérations génétiques. Le taux de survie à cinq ans des femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire est inférieur à 30 % si le diagnostic est tardif et à l'inverse plus de 90 % des patientes survivront si la maladie est détectée à un stade précoce<sup>92</sup>. Ainsi, le dépistage individuel ciblé de ce cancer et le suivi attentif des femmes à risque doit être une priorité.

**Au-delà des cancers, de nombreuses pathologies mériteraient d'être incluses dans une politique ambitieuse de dépistage, au vu tant de leur incidence croissante que des coûts de prise en charge importants qu'elles génèrent.**

**b. D'autres pathologies à prévalence croissante bénéficient en revanche d'un dépistage non structuré toujours en phase progressive de développement**

Si orienter les campagnes de dépistage vers les pathologies les plus prévalentes est nécessaire pour bâtir une politique de prévention

<sup>89</sup> Commission européenne, *Recherche et innovation (mai 2023). De nouveaux outils de détection précoce du cancer de l'ovaire sauveront des vies.*

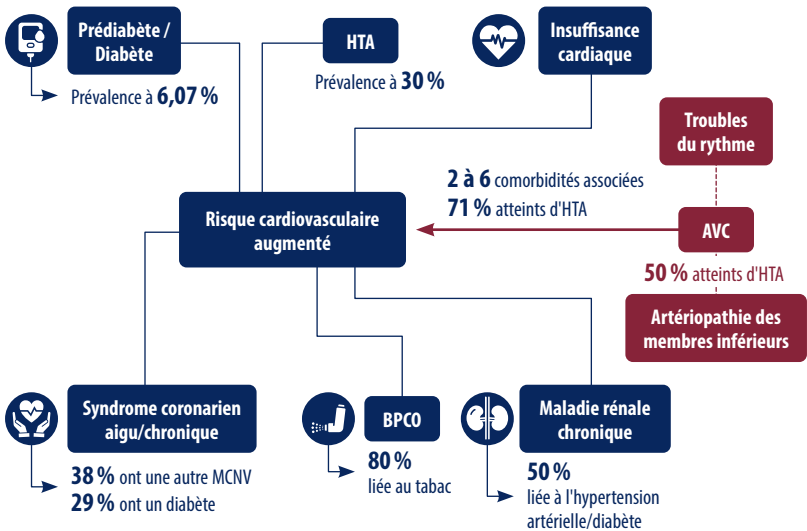
<sup>90</sup> Institut Curie (n.d.), *Cancer de l'ovaire.*

<sup>91</sup> Fondation pour la recherche sur le cancer (février 2025). *Cancers de l'ovaire : les symptômes et le diagnostic.*

<sup>92</sup> Commission européenne, *Recherche et innovation (mai 2023). De nouveaux outils de détection précoce du cancer de l'ovaire sauveront des vies.*

efficente, il est par ailleurs indispensable de prendre en compte les **interdépendances de certaines pathologies chroniques** afin de cibler au mieux les populations à dépister le plus urgemment. Dans son rapport *Charges et Produits pour l'année 2025*<sup>93</sup>, la CNAM recommande ainsi d'organiser des **dépistages croisés** pour les individus à risque de développer, ou d'ores et déjà atteints, de maladies cardiovasculaires, d'insuffisance rénale chronique ou de diabète, entre autres, au vu des liens observés entre ces pathologies. L'objectif de ces dépistages croisés étant de réduire la part des hospitalisations tardives des patients pour qui les risques de développer des pathologies liées sont élevés.

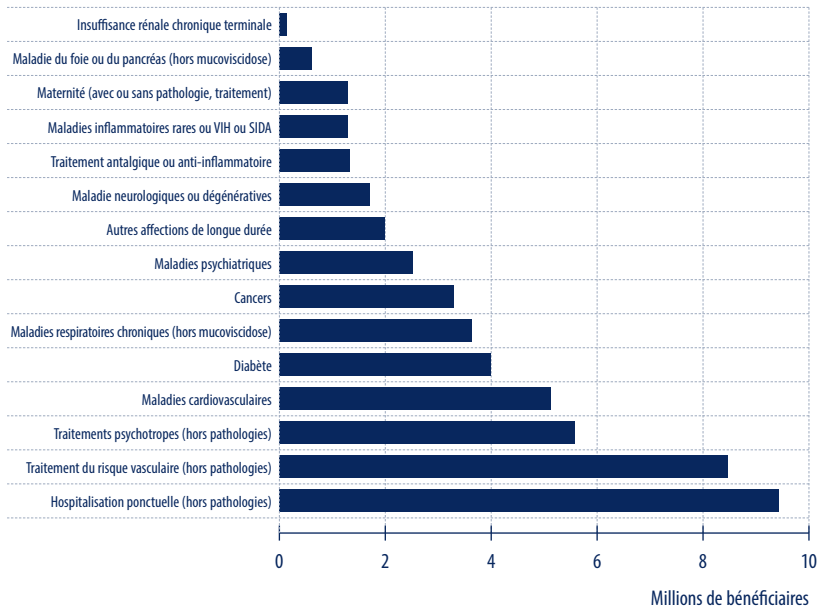
Graphique n° 3 • Maladies cardiovasculaires et associées



Source : Assurance maladie, Rapport « Charges et Produits pour 2025 », juillet 2024, p. 100.

<sup>93</sup> Assurance maladie. (2024, juillet). Charges et Produits pour 2025.

### Graphique n° 4 • Nombre de bénéficiaires pris en charge en 2019 pour chaque catégorie de pathologie, traitements chroniques ou épisodes de soins fréquents, graves ou coûteux



**Lecture :** la somme des bénéficiaires de chaque catégorie est supérieure à l'ensemble des bénéficiaires car un individu peut souffrir de plusieurs pathologies. Les groupes de pathologies sont définis uniquement sur le champ des bénéficiaires dans l'année.

**Champ :** 2019, bénéficiaires tous régimes, France.

Source : DREES, *L'état de santé de la population en France, septembre 2022* p. 12..

*La mise en place progressive d'un dépistage ciblé du risque cardiovasculaire a permis d'améliorer les diagnostics précoces, dont les femmes sont encore trop souvent sous-représentées.*

**Le dépistage des maladies cardiovasculaires est un enjeu majeur de santé publique.** Selon un rapport de l'OMS de 2020, les maladies cardiovasculaires sont maintenant la première cause de mortalité dans le monde et en France où elles touchent particulièrement les plus de 65 ans<sup>94</sup>. En 2022, près de 45 milliards d'euros dépensés par l'Assurance maladie concernent les maladies cardiovasculaires<sup>95</sup>. Ainsi, bien que selon Eurostat<sup>96</sup>, la France connaît le plus faible taux de mortalité dû aux maladies cardiovasculaires en Europe (169,9 décès en moyenne pour 100 000 habitants en 2021, soit 20,9% de l'ensemble des causes de décès, contre 32,4% en moyenne pour l'UE), le coût de la prise en charge de cette pathologie et la dynamique de dépenses particulièrement importante impose une action préventive forte (+13,9% soit plus de 2,4 Mds€ entre 2018 et 2022).

**Les maladies cardiovasculaires (MCV)** recouvrent une large gamme d'affections telles que l'infarctus du myocarde, la dyslipidémie, l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque, et les maladies des artères. Elles sont liées à des facteurs de risque bien connus comme le tabagisme, le surpoids, la sédentarité, le diabète ou encore l'hypertension artérielle. En France, plus de 15 millions de personnes étaient prises en charge pour maladie cardio-neurovasculaire, risque cardiovasculaire ou diabète en 2022<sup>97</sup>.

Des actions de dépistage ciblées ont été mises en place, notamment dans le cadre de la médecine du travail. Elles consistent à évaluer les

<sup>94</sup> OMS. (2020, décembre). *Les 10 principales causes de mortalité*.

<sup>95</sup> Assurance maladie. (2024, novembre). *Présentation lors du Colloque exceptionnel : Maladies cardiométaboliques, tous concernés ! de la Fondation pour l'Innovation en Cardiométabolisme et Nutrition*.

<sup>96</sup> Eurostat. (2022). *Causes of death - diseases of the circulatory system, residents, 2021*.

<sup>97</sup> Ministère de la Santé. (2024, octobre). *Maladies cardio-neurovasculaires*.



risques cardiovasculaires chez les personnes présentant des facteurs de risque bien identifiés, avant l'apparition de symptômes : l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète de type 2 et les antécédents familiaux. **Toutefois, paradoxalement, les programmes de dépistages des MCV restent sous-développés par rapport à sa prévalence.**

Tout d'abord, on constate une **plus faible participation aux dépistages des femmes** qui se sentent insuffisamment concernées par ces maladies<sup>98</sup>. Ainsi, alors que la mortalité cardiovasculaire a diminué depuis 20 ans chez les hommes, on constate une augmentation du taux de femmes de moins de 65 ans hospitalisées pour un infarctus du myocarde entre 2008 et 2013, particulièrement chez les 45-54 ans (+4,8 % par an)<sup>99</sup>. Il convient de souligner que ces maladies représentent la première cause de mortalité des femmes, responsables de 35 % de leurs décès dans le monde<sup>100</sup>. Ce constat plaide pour un ciblage renforcé des femmes et une stratégie d'information différenciée.

Ensuite, une stratégie durable de dépistage des maladies cardiovasculaires ne peut être pensée qu'en lien avec la **prévention et la limitation des comportements à risque**, liés à l'alimentation, le tabagisme et la consommation d'alcool notamment. Les études montrent que 80 % des accidents cardiovasculaires seraient évitables avec une information, une éducation à la santé et un dépistage dédié<sup>101</sup>.

Dans les années à venir, les maladies cardiovasculaires vont donc devoir occuper une place croissante dans les politiques de prévention et de dépistage, qui demeurent très focalisées sur les cancers, bien que les

<sup>98</sup> Woodward M. (2019). *Cardiovascular Disease and the Female Disadvantage*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1165.

<sup>99</sup> Gabet A, Danchin N, Olié V. (2016). *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de Santé publique France*, n° 7-8 (p. 100-108).

<sup>100</sup> Collaborators GBDCoD. (2018). *Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. *The Lancet*, 392(10159), (p. 1 736-88).

<sup>101</sup> OMS. (2021, juin). *Maladies cardiovasculaires*.

taux de mortalité aient convergé ces dernières années. Au niveau européen, une coalition informelle d'acteurs a été mise en place et soutenue par le « Heart group » du Parlement européen au sein duquel un appel à action à été pris en juin 2021 pour faire des maladies cardiovasculaires une priorité de l'action européenne<sup>102</sup>. Cet enjeu a également pris une place majeure dans l'action du Conseil européen qui enjoint la Commission européenne à s'en saisir rapidement en décembre 2024. Une des demandes concerne tout particulièrement le besoin de renforcer la prévention et la mise en œuvre de programmes de détection afin de limiter les décès dus à ces maladies qui comptent pour 1/3 des décès au niveau européen<sup>103</sup>.

Il est important également de constater le manque de connaissances des citoyens sur ces pathologies quand 65 % des Français n'ont jamais entendu parler des maladies cardiométaboliques (MCM) et que 62 % pensent qu'il est possible d'en guérir alors même que ces dernières sont des maladies chroniques qui évoluent tout au long de la vie<sup>104</sup>.

*L'insuffisance rénale chronique est une maladie insidieuse et coûteuse, au dépistage actuellement inefficace*

La maladie rénale chronique résulte d'un fonctionnement dégradé des reins qui ne filtrent plus correctement le sang de l'organisme. **Cette maladie concerne 5,7 millions de patients**<sup>105</sup> en France, les personnes âgées étant particulièrement exposées, ainsi que les personnes atteintes de diabète, d'affections cardiovasculaires ou d'obésité<sup>106</sup>.

<sup>102</sup> Heart Group, European Parliament. (2021, juin). MEP Heart Group Statement The EU funding landscape: promoting research and innovation for cardiovascular health.

<sup>103</sup> Conseil européen. (2024, décembre). Cardiovascular health: Council calls for more robust efforts to help prevent cardiovascular diseases.

<sup>104</sup> IFOP pour l'IHU ICAN. (2024). Baromètre Cardiométabolisme – 2<sup>e</sup> édition.

<sup>105</sup> IRDES. (2018, octobre). Atlas de l'insuffisance rénale chronique terminale en France.

<sup>106</sup> Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Ministère de la Santé. (2016, mars). Maladie rénale chronique.

On parle **d'insuffisance rénale chronique** quand la capacité des reins à filtrer le sang passe en dessous d'un certain seuil. L'évolution naturelle de cette maladie est plus ou moins lente et peut aller jusqu'à la perte totale de la fonction rénale. On entre alors dans un cas **d'insuffisance rénale terminale**, nécessitant un traitement de suppléance par dialyse et/ou greffe de rein. Si le risque d'atteindre le stade d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est relativement faible, de l'ordre de 1,4 %, ce stade de la maladie est caractérisé par un taux de mortalité très élevé, 10,6 % toutes prises en charge confondues<sup>107</sup>. En France, en 2020, 91 875 personnes étaient en insuffisance rénale chronique terminale (avec 11 437 nouveaux patients en 2019)<sup>108</sup>. Le nombre de personnes en traitement de suppléance augmente en moyenne de 4 % par an ces dernières années<sup>109</sup> avec un besoin de prise en charge important. L'Institut Montaigne avait analysé dans la note *Finances publiques : la fin des illusions*<sup>110</sup> l'intérêt d'une meilleure prise en charge de cette pathologie notamment en favorisant des soins plus propices à une vie plus confortable. La Cour des comptes avait ainsi souligné qu'une prise en charge plus efficiente de l'insuffisance rénale chronique terminale permettrait de générer 0,9 Md€ d'économies<sup>111</sup>.

**À son stade terminal, l'insuffisance rénale a des conséquences graves nécessitant une prise en charge dans le temps long.** Or, cette maladie a une évolution progressive et souvent silencieuse à ses débuts, qui complexifie son dépistage<sup>112</sup> et mène à un sous-diagnostic avec des patients qui consultent globalement « trop tardivement » : près de 30 % des patients commencent encore un traitement en dialyse en

<sup>107</sup> IRDES. (2018, octobre). *Atlas de l'insuffisance rénale chronique terminale en France*.

<sup>108</sup> Assurance maladie. (2024, juillet). *Maladie rénale chronique et insuffisance rénale chronique : définition et causes*.

<sup>109</sup> HAS. (2023, septembre). *Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC)*.

<sup>110</sup> Bourquard V, Ecalle F et Thomas-Darbois L. (2024, octobre). *Finances publiques : la fin des illusions*. Institut Montaigne, (p. 86).

<sup>111</sup> Cour des comptes. (2017, novembre). *Rapport public thématique, l'avenir de l'assurance maladie, Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs*.

<sup>112</sup> Assurance maladie. (2024, juillet). *Maladie rénale chronique et insuffisance rénale chronique : définition et causes*.

urgence et près de 40 % d'entre eux n'ont pas bénéficié au préalable d'une consultation avec un néphrologue.

**Les conséquences pour le système de soin sont non-négligeables :**

les patients atteints d'une IRCT bénéficient d'une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie des dépenses qui lui sont liées (en tant qu'affection longue durée). Les dépenses d'Assurance maladie pour l'insuffisance rénale chronique terminale ont atteint 4,37 milliards d'euros en 2022<sup>113</sup> (avec une augmentation de 2,4 % par an en moyenne depuis 2013 selon un récent rapport de la Cour des comptes)<sup>114</sup>. 43 086 € par patient par an sont en moyenne dépensés dans le cadre des insuffisances rénales chroniques avec de forts écarts selon les modalités de prise en charge considérées<sup>115</sup>. La dialyse concerne plus de 80 % des dépenses pour 55 % des patients traités<sup>116</sup>. En moyenne le coût d'une dialyse est de 62 952 € par patient par an, 71 154 € pour ceux ayant été greffés dans l'année et de l'ordre de 13 445 € pour ceux en suivi de greffe<sup>117</sup> sans prendre en compte les coûts liés à la prise en charge des complications cardio-neurovasculaires ni à celle du diabète. Dans ce contexte, les actions de dépistage de la maladie rénale chronique doivent être amplifiées et davantage orientées vers les personnes présentant des facteurs particuliers de risque<sup>118</sup>.

<sup>113</sup> Assurance maladie. (2022). *Data pathologies*.

<sup>114</sup> Cour des comptes. (2020, mars). *Rapport à la commission des affaires sociales du Sénat : l'insuffisance rénale chronique terminale*.

<sup>115</sup> Assurance maladie. (2022). *Data pathologies*.

<sup>116</sup> *Ibid.*

<sup>117</sup> Assurance maladie. (2022). *Data pathologies*.

<sup>118</sup> *Ibid.*

*La prévalence croissante du diabète est souvent sous-estimée en raison des difficultés liées au dépistage individuel de la pathologie*

Le diabète est devenu **en 2010 la plus importante des affections de longue durée (ALD)** : depuis 20 ans, l'incidence du diabète de type 1 progresse de 4 % par an<sup>119</sup> et apparaît de plus en plus précocement, notamment chez les enfants de moins de 5 ans<sup>120</sup>.

Le diabète est une maladie métabolique qui se traduit par une hyperglycémie chronique, porteuse à terme de complications micro et macro vasculaires sévères et invalidantes. Il existe deux types de diabète :

- **le diabète de type 1** se caractérise par une production insuffisante d'insuline, hormone qui doit être administrée quotidiennement et survient très tôt dans la vie du sujet affecté ;
- **le diabète de type 2** modifie la façon dont l'organisme utilise le sucre comme source d'énergie et empêche l'organisme d'utiliser correctement l'insuline, ce qui peut entraîner une forte glycémie s'il n'est pas traité<sup>121</sup>. Le diabète de type 2 est lié aux comportements alimentaires de l'individu et évolue souvent sans aucun symptôme pendant plusieurs années, la glycémie augmentant progressivement. La prévalence du diabète de type 2 diagnostiqué est de l'ordre de 4,5 %<sup>122</sup> de la population générale en France avec près de 3,9 millions de patients diagnostiqués en 2021<sup>123</sup>.

Le diabète de type 2, qui représentait plus de 90 % des cas en France en 2020<sup>124</sup>, est souvent diagnostiqué par hasard, à l'occasion d'une analyse de sang<sup>125</sup>. Par conséquent, le nombre de personnes diagnostiquées

<sup>119</sup> Santé Publique France. (2022, novembre). *Diabète : données.*

<sup>120</sup> IGAS. (2012, avril). *Évaluation de la prise en charge du diabète.*

<sup>121</sup> OM. (2024, novembre). *Diabète.*

<sup>122</sup> Centre Européen d'Étude du Diabète (CEED). (2021). *Diabète et complications : diabète de type 2.*

<sup>123</sup> International Diabetes Federation. (2021). *France Diabetes Report 2000 – 2045. IDF Diabetes Atlas 10<sup>th</sup> edition.*

<sup>124</sup> Assurance maladie. (2021, novembre). *Le diabète en France : les chiffres 2020.*

<sup>125</sup> Assurance maladie. (2024, octobre). *Symptômes et diagnostic du diabète.*

sous-estime le nombre réel de personnes atteintes en France, ne prenant pas en compte les diabétiques diagnostiqués non traités sur le plan pharmacologique, ni les diabètes non diagnostiqués. Entre 2018 et 2022, la prévalence du diabète a augmenté de 7,7 % (touchant environ 4,331 millions de Français en 2022) alors même qu'en 2021, la Cour des comptes soulignait ainsi une sous-estimation de sa prévalence de 26 %<sup>126</sup> : **5 millions de français seraient concernés par le diabète, dont un quart sans le savoir**. Cette hausse de la prévalence s'inscrit également par une hausse de 24 % des coûts de sa prise en charge (soit plus de 2 milliards d'euros<sup>127</sup>). Ainsi, en 2022, plus de 10 milliards d'euros ont été dédiés à la prise en charge du diabète, soit 2 296 € par patient par an (dont plus de 85 % en soins de ville)<sup>128</sup>, ce qui s'inscrit dans la moyenne légèrement inférieure des autres pays européens selon la Fédération internationale du diabète<sup>129</sup>.

**Malgré cette tendance préoccupante, une étude récente de l'Ifop pour Sanofi alerte sur le recul du dépistage ces 12 dernières années** : alors que 56 % des Français disaient avoir réalisé un dépistage en 2009, ils ne sont plus que 46 % en 2023<sup>130</sup>. Cette même étude révèle que 35 % des personnes diabétiques estiment que le diagnostic de leur diabète a été tardif, et 57 % chez les 15-34 ans<sup>131</sup>. Un dépistage rapide est pourtant crucial car il permet de dépister chez les patients un stade « pré-diabétique », réversible. Aujourd'hui, 10 % des Français de 40-54 ans sont pré-diabétiques<sup>132</sup>, le repérage précoce de ces citoyens est donc essentiel. Ce diagnostic ne peut se faire que par une prise de sang sur prescription de glycémie pour être remboursé. Aucune possibilité individuelle d'auto-test n'existe réellement à ce jour malgré

<sup>126</sup> Cour des comptes. (2021, novembre). *La politique de prévention en santé : les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies*.

<sup>127</sup> 2 016 452 846 €, exactement (Assurance maladie. (2024). *Données pathologies*).

<sup>128</sup> Assurance maladie. (2022). *Data pathologies*.

<sup>129</sup> International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas*.

<sup>130</sup> Sanofi. (2023, novembre). *Les Français face au diabète : net recul du dépistage malgré une maladie en progression*, communiqué de presse.

<sup>131</sup> Sanofi. (2023, novembre). *Les Français face au diabète : net recul du dépistage malgré une maladie en progression*, communiqué de presse.

<sup>132</sup> Santé publique France (2025, janvier). *Adultes et avancée en âge*.

certaines avancées. Pour autant, la simplicité des tests de bandelettes urinaires réalisés par les médecins traitants chez les enfants permettent une détection précoce du diabète. Leur utilisation accrue par d'autres acteurs de santé pourrait être pertinente.

- c. Des maladies moins connues, parfois tabous, dont le dépistage mal structuré ne permet pas la prise en charge adéquate des patients

*Maladies neurologiques :  
démences dont Alzheimer*

Le coût global des maladies neurologiques ou dégénératives en France est estimé à près de 8 Mds€ en 2022 pour 1,8 million de patients. Entre 2015 et 2022, la maladie d'Alzheimer touche à elle seule entre 710 000 et 750 000 patients par an dont 69% de femmes<sup>133</sup>. Si la prévalence de cette maladie neurodégénérative est donc relativement stable sur les dix dernières années, les coûts par patient sont, eux, en hausse (+5% entre 2015 et 2022). Ceci est potentiellement lié à la longévité croissante des populations, y compris des personnes atteintes d'Alzheimer dont la maladie peut être reconnue au titre d'affection de longue durée (ALD) et à ce titre justifier des examens et des soins pris en charge intégralement par l'Assurance maladie tout au long de la vie. Des études récentes<sup>134</sup> ont démontré qu'un dépistage précoce de la maladie permet une réduction de 20% des coûts de prise en charge : un accès rapide au traitement renforce son efficacité et évite que la maladie ne se complique et n'entraîne un suivi d'autant plus lourd du fait de la perte d'autonomie notamment. Une étude menée au Royaume-Uni a ainsi démontré une baisse des dépenses de santé (de l'ordre de 3 600 £ soit près de 4 300 €) mais également en coûts sociétaux (de l'ordre de 7 750 £ soit près de 9 200 €) grâce à

<sup>133</sup> Selon les *chiffres de l'Assurance Maladie*.

<sup>134</sup> *Alzheimers-Association. (2018). Alzheimer's disease facts and figures.14(3): 367-429.*

un dépistage précoce<sup>135</sup>. Qui plus est, non-diagnostiquée, une personne atteinte de la maladie peut aussi avoir des comportements dangereux pour autrui (ex. sur la route). Or, on estime que 50 % des malades d'Alzheimer ne sont pas ou sont mal diagnostiqués en France<sup>136</sup>.

La détection de cette pathologie repose en effet sur l'observation de comportements traduisant une baisse graduelle de certaines capacités cognitives chez la personne atteinte : pertes de mémoire, difficultés à effectuer des actions simples du quotidien, humeurs changeantes et une forme d'apathie sont autant de signaux faibles qui ensemble constituent un faisceau d'indices de la maladie d'Alzheimer et évoluent dans le temps. Le médecin traitant assure la première évaluation des symptômes de la maladie d'Alzheimer<sup>137</sup> grâce à des tests permettent d'évaluer la fonction mentale et l'état du patient, comme le MMSE (*Mini-Mental State Examination*) mais aussi une étude des antécédents familiaux, qui sont un premier facteur de risque. Une fois un pré-diagnostic éventuel établi par le médecin généraliste, une consultation auprès d'un spécialiste de la mémoire est proposée : divers examens (sanguins, IRM) sont réalisés pour confirmer le diagnostic et éliminer d'autres affections possibles (d'autres types de maladies neuro-génératives, notamment).

Par conséquent, le dépistage d'Alzheimer dépend en grande partie de la capacité effective (accessibilité de l'offre de soins) mais aussi de l'initiative du patient d'aller consulter son médecin, une fois ses propres symptômes repérés. Or, il est logique de déduire que l'impact de cette pathologie altère progressivement la propension des personnes à déclencher un tel examen : on l'a vu, Alzheimer s'accompagne d'une baisse générale de motivation, des difficultés à s'organiser et à percevoir correctement la réalité. Si la famille et l'entourage sont déterminants dans l'identification précoce de la maladie, se pose toujours

<sup>135</sup> Getsios D, Blume S, Ishak KJ, Maclaine G, Hernández L. (2012). *An economic evaluation of early assessment for Alzheimer's disease in the United Kingdom*. *Alzheimers Dement*.

<sup>136</sup> *Vaincre Alzheimer*. (2024, septembre). *Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer : 10 axes de recherche clés en 2024*.

<sup>137</sup> *Assurance maladie*. (2025, mars). *Les symptômes et le diagnostic de la maladie d'Alzheimer*.



le problème des personnes isolées ou dont les liens familiaux se sont distendus, entre autres, du fait de la maladie.

Alternativement, la généralisation du dépistage précoce d'Alzheimer est de plus en plus accessible suite aux progrès récents de la science et de la technologie en la matière<sup>138</sup> : analyse des biomarqueurs sanguins et d'autres fluides biologiques ainsi que l'amélioration globale des analyses faites de l'imagerie grâce à l'IA, sont autant de moyens de dépister la maladie avant des symptômes graves et donc visibles. La maladie d'Alzheimer est une affection de longue durée qui touche majoritairement les plus de 65 ans<sup>139</sup> : elle est susceptible de devenir un enjeu et un poste de dépense croissant à mesure que la durée de vie s'allonge (+3 ans pour les femmes entre 1997 et 2017 et +4,9 ans pour les hommes, fortement due à une baisse de la mortalité aux âges élevés<sup>140</sup>). Pour diminuer l'occurrence de cas graves, des échéances automatiques de dépistage pour les personnes dans le « grand âge » pourraient être mises en place, en plus d'une sensibilisation accrue des populations aux premiers symptômes, *via* des campagnes de communication adaptées.

*Si l'endométriose est à présent pleinement investie  
en tant que sujet de santé publique, le manque d'information  
sur cette maladie entrave l'efficacité de son diagnostic*

L'endométriose est une maladie gynécologique chronique qui se caractérise par le développement de la muqueuse utérine, l'endomètre, en dehors de l'utérus. Elle s'accompagne de divers symptômes qui vont de douleurs pelviennes sévères à l'infertilité, dont elle est la première cause chez les femmes<sup>141</sup>. Bien qu'elle affecte environ 10 % des femmes

<sup>138</sup> Vaincre Alzheimer. (2024, septembre). *Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer : 10 axes de recherche clés en 2024*

<sup>139</sup> Institut Pasteur Lille. (2023, septembre). *Alzheimer et âge : quand la maladie peut-elle apparaître ?*

<sup>140</sup> Selon *les chiffres de l'Insee* (2019).

<sup>141</sup> Dr Chrysoula Zacharopoulou. (2022, janvier). *Rapport de proposition d'une stratégie nationale contre l'endométriose (2022-2025)*.

en âge de procréer – soit **entre 1,5 et 2,5 millions de femmes**<sup>142</sup> –, **ce n'est qu'en mars 2021 que l'État français s'est emparé pleinement du sujet** en lançant une stratégie nationale pour lutter contre l'endométriose, visant à améliorer la recherche, l'identification et la gestion de la maladie. Ainsi en 2023, plus de 16 000 femmes ont été diagnostiquées et ont bénéficié d'une affection longue durée pour (ALD 31), soit 2 fois plus qu'en 2020 signe d'un nouveau regard porté sur l'endométriose. Pour autant, la maladie demeure toujours mal connue et les pouvoirs publics et les autorités sanitaires ne disposent que de données chiffrées quant aux coûts induits par cette affection. La Stratégie nationale de lutte contre l'endométriose mentionne un coût total (indirect et direct) en termes de dépenses de santé de 10 milliards d'euros<sup>143</sup>. Une étude réalisée en 2011 démontrait un coût par patiente de 9 579€ par an comprenant ainsi le coût de la perte de productivité et le coût en dépenses de santé<sup>144</sup>.

Le cas de l'endométriose traduit l'impact que peuvent avoir la société civile et les médias sur la prise en charge d'une problématique de santé publique initialement sous-investie. Découverte à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle par le médecin Karel Rokitansky, l'endométriose est restée largement méconnue des professionnels de santé et absente du débat public jusqu'à récemment. **Les associations** sont les premiers moteurs du portage politico-médiatique du sujet. Entre 2011 et 2014, quatre associations<sup>145</sup> sont créées et organisent la première marche contre l'endométriose en mai 2014. **La presse s'empare progressivement du sujet** : le journal *Le Monde* publie trois articles sur l'endométriose entre 2014 et 2015, contre un seul article publié sur le sujet jusqu'alors, en 1985<sup>146</sup>.

<sup>142</sup> *Ibid.*

<sup>143</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *Stratégie nationale de lutte contre l'endométriose.*

<sup>144</sup> Simoens S. et al. (2012). *The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres.* *Hum Reprod* (5) 1292-9.

<sup>145</sup> *EndoMind, Contre l'Endométriose, Mon Endométriose Ma Souffrance et Ensemble contre l'Endométriose.*

<sup>146</sup> Lorriaux A. (2015, décembre). *Comment l'endométriose s'est imposée dans le débat public.*

C'est dans ce contexte qu'une **action étatique** se structure finalement en 2019 avec la mise en place de groupes de travail successifs avec les associations<sup>147</sup>. Ce processus culmine avec le lancement d'une stratégie nationale de lutte contre l'endométriose en mars 2021. L'État organise depuis des campagnes de sensibilisation régulières, la dernière datant de mai 2024. L'Australie a mis en œuvre depuis 2018 un plan à hauteur de 87 millions d'euros<sup>148</sup> afin d'améliorer le dépistage, les connaissances et le traitement de l'endométriose. En comparaison en France, le budget alloué à la recherche sur l'endométriose est de 25 millions d'euros<sup>149</sup>.

Enfin, **l'industrie** s'intéresse au sujet. Pour tenter de réduire le délai du diagnostic, la start-up française Ziwig crée une innovation permettant avec un échantillon de salive, d'analyser des microARN par séquençage à Haut Débit (NGS) en faisant appel à l'intelligence artificielle (IA)<sup>150</sup>. La Haute Autorité de santé a autorisé la prise en charge du dispositif dans le cadre du « forfait innovation » (prise en charge dérogatoire et temporaire pour faciliter l'accès précoce des patients à des technologies innovantes). Le remboursement à 100% par la Sécurité sociale du test salivaire a par ailleurs été mis en œuvre le 10 février 2025 ce qui devrait améliorer le diagnostic précoce de plusieurs milliers de femmes<sup>151</sup>.

**Malgré les progrès réalisés, le principal défi de l'endométriose demeure encore le diagnostic, en retard de sept ans en moyenne**<sup>152</sup>, du fait de la non-spécificité des symptômes, attribuables à d'autres affections<sup>153</sup>. À cela s'ajoute l'efficacité très limitée des outils de diagnostic, lequel repose sur un bilan d'imagerie (échographie, IRM pelvienne) qui ne permet pas d'identifier les lésions superficielles ou minimes.

<sup>147</sup> Association EndoFrance. (2022, janvier). *Les actions auprès des ministères*.

<sup>148</sup> Australian Gouvernement Departement of Health and Aged Care. (2024, mars). *What we're doing about endometriosis*.

<sup>149</sup> Ministère de la santé (2022, février). *Stratégie nationale contre l'endométriose*.

<sup>150</sup> Ziwig. (2024). *Découvrir Ziwig Endotest*.

<sup>151</sup> Ministère de la Santé. (2025, février). *Diagnostic de l'endométriose : Catherine Vautrin et Yannick Neuder actent la prise en charge d'un test salivaire à compter du 11 février 2025*.

<sup>152</sup> Dr Chrysoula Zacharopoulou. (2022, janvier). *Rapport de proposition d'une stratégie nationale contre l'endométriose (2022-2025)*.

<sup>153</sup> OMS. (2023, mars). *Endométriose*.

Il faut souvent procéder à une coelioscopie pour confirmer le diagnostic en cas de symptômes résistants à un traitement bien conduit ou dans la perspective d'un désir de grossesse<sup>154</sup>. De plus, une fois le diagnostic établi, l'identification du traitement le plus adapté peut s'avérer également difficile dans nombre de cas. Par exemple, le service [deuxiemeavis.fr](https://www.deuxiemeavis.fr), qui permet aux patients confrontés à des problèmes de santé complexes d'obtenir un avis médical spécialisé en ligne<sup>155</sup>, note des divergences sur la prise en charge chirurgicale dans 80 % des cas d'endométriose concernés par une chirurgie – qui représentent 35 % du total des cas d'endométriose analysés par [deuxiemeavis.fr](https://www.deuxiemeavis.fr). **L'endométriose est donc une maladie courante dont le parcours de soins adéquat est en cours de structuration grâce à une communication nouvelle sur le sujet mais dont le difficile diagnostic persiste.**

*L'ostéoporose, pathologie silencieuse dont le diagnostic tardif empêche la prise en charge adéquate*

Si, selon l'INSERM, le nombre de personnes atteintes d'ostéoporose en France est estimé à près de 4 millions en 2019, soit 5,5 % de la population totale<sup>156</sup>, cette maladie reste notoirement difficile à dépister du fait de l'absence de symptômes à ses débuts. L'ostéoporose s'attaque au squelette avec une diminution de la masse de l'os et une dégradation de la structure du tissu qui le compose, augmentant considérablement le risque de fractures<sup>157</sup>. Elle touche principalement les femmes au moment de la ménopause, moment d'une chute rapide des taux d'œstrogènes, provoquant une accélération de la perte osseuse pendant 5 à 10 ans<sup>158</sup>.

<sup>154</sup> HAS. (2017, décembre). *Prise en charge de l'endométriose*.

<sup>155</sup> Site internet de [Deuxième Avis.fr](https://www.deuxiemeavis.fr).

<sup>156</sup> Inserm. (2023, octobre). *Ostéoporose : des os fragilisés à risque de fracture*.

<sup>157</sup> *Ibid.*

<sup>158</sup> *Ibid.*

L'ostéoporose est donc le plus souvent diagnostiquée à la suite d'une fracture non traumatique, dite de fragilité, à la suite d'un traumatisme de faible énergie équivalent au plus à une chute de sa propre hauteur en marchant<sup>159</sup> : les fractures de hanche représentent environ 50 000 cas par an chez les femmes, et 16 000 cas chez les hommes, en 2017<sup>160</sup>. La gravité de l'ostéoporose tient surtout au fait qu'elle est à l'origine d'une morbi-mortalité importante avec 20 % de complications postopératoires et 30 à 50 % de réduction de l'autonomie. 10 à 30 % des patients deviennent dépendants, 25 % entrent en institutions spécialisées et 20 à 24 % décèdent dans l'année<sup>161</sup>. Là encore, l'ostéoporose manque de chiffres précis concernant les coûts directs et indirects. Il est pour autant estimé dans une étude que les fractures ostéoporotiques sévères coûtent près de 7 milliards d'euros pour l'année 2019 soit 2,6 % des dépenses de santé<sup>162</sup>. L'ostéoporose est donc un cas éloquent de maladie invisible, peu dépistée mais touchant une part large de la population avec des répercussions importantes sur la demande et les coûts supportés par le système de soin sur le long-terme : en 2034, 610 000 personnes pourraient être concernées par cette maladie, dont la prévalence n'a cessé d'augmenter ces dernières années<sup>163</sup>.

De fait, les données montrent que le dépistage reste encore insuffisant en France. Moins de 10 % des femmes qui ont eu une fracture sévère (vertèbre, fémur, bassin) reçoivent un traitement approprié de l'ostéoporose<sup>164</sup>. Si le diagnostic de la maladie peut être réalisé grâce à la mesure de la densité minérale osseuse (DMO) par ostéodensitométrie et par l'analyse des facteurs de risque de fractures ostéoporotiques, cet examen reste peu répandu : le site de l'Assurance maladie indique encore que l'ostéodensitométrie n'est utile que chez les personnes présentant des facteurs de risques médicaux d'ostéoporose<sup>165</sup>.

<sup>159</sup> Assurance Maladie. (2024, septembre). *Ostéoporose : diagnostic et évolution*.

<sup>160</sup> Haute Autorité de Santé. (2017, juin). *Orthogériatrie et fracture de la hanche*.

<sup>161</sup> *Ibid.*

<sup>162</sup> Bouvard B., Legrand E. (2024, juillet). *Coûts des fractures ostéoporotiques sévères*. *Revue du Rhumatisme*, 91(4), (p. 521-526).

<sup>163</sup> Inserm. (2023, octobre). *Ostéoporose : des os fragilisés à risque de fracture*.

<sup>164</sup> Inserm. (2023, octobre). *Ostéoporose : des os fragilisés à risque de fracture*.

<sup>165</sup> Assurance Maladie. (2024, septembre). *Ostéoporose : diagnostic et évolution*.

Ainsi, l'examen de référence reste la femme ménopausée avec un ou plusieurs facteurs de risque : « un antécédent de fracture du col sans traumatisme chez un parent du 1<sup>er</sup> degré; un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 19; une ménopause précoce (avant 40 ans), un antécédent de corticothérapie de plus de trois mois consécutifs »<sup>166</sup>. Cependant, autour de 65 ans, 39% des femmes seraient concernées par l'ostéoporose, taux qui atteint 70% à partir de 80 ans et plus. Il y a donc un décalage entre la cible des dépistages et l'incidence de cette maladie.

Pensé souvent en silo afin de répondre aux particularités des pathologies, **le dépistage ne parvient pas à devenir un acte de santé au cœur de la stratégie préventive de la politique menée par les pouvoirs publics**. En ce sens, il apparaît particulièrement pertinent de considérer qu'au-delà des limites spécifiques – politiques, scientifiques ou technologiques – au dépistage efficace de certaines pathologies, l'entrée dans le parcours de soin par le dépistage peine à se généraliser en France et ailleurs du fait de facteurs plus globaux. Ainsi les biais qui caractérisent l'attitude des individus au dépistage, la faible littératie en santé et les inégalités socio-économiques sont des freins majeurs. Par ailleurs, la structure actuelle de l'offre de dépistage, qui repose largement sur les médecins généralistes, crée de fait des contraintes importantes dans un contexte où leurs effectifs sont limités et inégalement répartis sur le territoire et où la durée des consultations se réduit. In fine, cette conjonction de facteurs induit une errance diagnostique coûteuse pour la société bien que difficile à évaluer précisément du fait du manque de données adaptées. Penser le dépistage comme une pratique à ancrer dans les habitudes de bien-être des Français est majeur pour parvenir à répondre efficacement au défi induit par le dépistage. Rendre ce dernier plus efficient, en mettant une attention particulière sur la compréhension des facteurs limitants, qu'importe la pathologie, permettrait sans doute d'en contraindre la portée pour trouver la ligne de crête de bonnes pratiques à mettre en œuvre dans une vision pluri-pathologique.

<sup>166</sup> *Ibid.*

## 1.2. LE DÉPISTAGE EST UNE ÉTAPE CLÉ TROP SOUVENT NÉGLIGÉE, CE QUI LIMITE LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE

- a. Le dépistage : un mal-aimé resté trop souvent inconnu de ceux qui en bénéficieraient le plus

*Des pensées limitantes liées à une mauvaise analyse des coûts et bénéfices d'un dépistage*

La faible percée du dépistage dans les mœurs en France traduit des facteurs psychologiques, qui dépassent la simple question du dépistage et touchent souvent au rapport des individus au thème de la maladie, au risque et la perception erronée qu'ils peuvent s'en faire. Ainsi, alors que 79 % des Français estiment que la santé peut être influencée par l'adoption de comportements de prévention, ils sont 44 % à estimer que les recommandations de prévention en santé sont anxiogènes<sup>167</sup>.

**La peur de la maladie et plus spécifiquement l'appréhension de certaines pratiques de dépistage jouent un rôle majeur.** Ainsi, entre 25 et 28 % des personnes interrogées refusent de s'informer sur les questions de santé par crainte de l'angoisse générée par ces informations<sup>168</sup>. Participer à un dépistage peut donner l'impression d'être déjà concerné par la maladie recherchée et contribuer à un sentiment de vulnérabilité. En effet, le modèle de Kőszegi (2003) théorise que, en présence d'une aversion à l'information liée à l'anxiété, l'individu, tirant sa perception de l'utilité du dépistage de ses croyances sur son état de santé futur, aura tendance à retarder l'acte de dépistage afin d'éviter une mise à jour négative de ses anticipations<sup>169</sup>. On constate fréquemment des stratégies d'évitement chez les individus : selon une étude récente publiée

<sup>167</sup> Fondation Roche. (2024). *Observatoire du numérique en santé, 2<sup>nd</sup> édition, (p. 24).*

<sup>168</sup> Verian pour Harmonie Santé en partenariat avec l'INSERM. (2025, février). *Fake news et santé : comment faire face ?*

<sup>169</sup> Hirsch E., Weil-Dubuc P.-L., Moser S. J., Coutellec L. (2016, septembre). *Approches éthiques des maladies neuro-dégénératives : Repenser l'idée de maladie. Les cahiers de l'espace éthique.*

par Ouest France<sup>170</sup>, 32 % des personnes interrogées craignent d'être atteintes par une maladie du fait de certains signes. Cependant, plus de la moitié (56 %) d'entre eux préfèrent aussi ne pas y penser et ne consultent pas. En ce sens, 31 % des personnes de catégories modestes, interrogées par Verian pour l'Institut Montaigne, indiquent que la peur de l'annonce des résultats est un frein au dépistage, soit 7 points de pourcentage de plus que pour la totalité des personnes interrogées<sup>171</sup>. Ces préoccupations sont exacerbées chez les chômeurs, où 40 % redoutent les résultats.

En effet, au-delà de la peur de la maladie en elle-même, l'appréhension d'un désagrément associée à certains examens de dépistage peut être rédhibitoire, notamment pour 31 % des Français interrogés, selon un récent sondage réalisé par Verian pour l'Institut Montaigne<sup>172</sup>. Le dépistage du cancer colorectal, par exemple, est considéré comme invasif par beaucoup. Dans des cas comme celui-ci, la stratégie de communication mise en œuvre sera particulièrement déterminante pour compenser l'inaccessibilité de la procédure de dépistage. À noter que des efforts de communication quant au dépistage du cancer colorectal ont été mis en place par l'Assurance maladie à partir de 2024, lorsque plus de 100 conseillers téléphoniques, répartis dans sept centres d'appel sur le territoire national, ont été chargés d'accompagner les personnes à risque les plus vulnérables vers l'accès aux soins<sup>173</sup>. Même dans le cas du dépistage du cancer du sein, mieux connu, les freins principaux restent la peur de l'examen et celle du résultat. Dans ce contexte, il est crucial de prendre en compte l'impact des faux positifs sur les dépistages futurs, une recherche a ainsi démontré la baisse dans les dépistages réalisés les années suivant un faux positif. Lorsque le deuxième test était un faux

<sup>170</sup> IFOP. (2023, juillet). *Les Français, l'information santé et la peur de la maladie. Étude Ifop / Capital Image.*

<sup>171</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). *Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé.*

<sup>172</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). *Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé.*

<sup>173</sup> OCDE/Commission européenne. (2025). *Profils sur le cancer par pays : France 2025, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/00068bb5-fr>.*



positif, qu’importe le résultat du premier dépistage, la probabilité de retourner pour un troisième dépistage était plus basse<sup>174</sup>.

**Parmi ces déterminants « psychologiques » et limitants, on constate à l’inverse un biais d’optimisme assez répandu** qui consiste à sous-estimer les risques que l’on encourt, liés à l’âge, à la consommation de tabac ou d’alcool, par exemple. Selon un rapport de la DREES de 2017, près de 7 Français sur 10 âgés de 16 ans et plus se perçoivent en bonne ou en très bonne santé, une proportion stable depuis 2008<sup>175</sup>. Les femmes sont moins susceptibles que les hommes de se considérer en bonne santé du fait, d’une part, de leur probabilité accrue d’être en incapacité par rapport aux hommes à cause de leur espérance de vie à la naissance plus élevée<sup>176</sup> et, d’autre part, des représentations différenciées de la « bonne santé » les amenant à davantage se soucier de leur santé et à consulter les professionnels de santé<sup>177</sup>. De manière assez large sur les différentes franges de la population française interrogées, le fait de ne pas se sentir à risque ou concerné est l’un des freins importants au dépistage. Ainsi, 29 % des personnes interrogées l’indiquent mais cela est particulièrement marqué pour les chômeurs interrogés (38 %), les jeunes de 18 à 24 ans (48 %), les cadres et professions intellectuelles (41 %) <sup>178</sup>.

Tout le défi réside donc dans le fait de construire un discours pédagogique sur le dépistage qui rappelle la différence entre le fait d’être en bonne santé et le fait de ne pas avoir de symptômes visibles, sans pour autant créer une sur-incitation au diagnostic, qui deviendrait coûteuse et contre-productive. En effet, le « surdiagnostic » est un phénomène

<sup>174</sup> Miglioretti Diana L. et al. (2024, septembre). Association Between False-Positive Results and Return to Screening Mammography in the Breast Cancer Surveillance Consortium Cohort. *Ann Intern Med*, Vol. 177 (10).

<sup>175</sup> DREES. (2017). *Rapport sur l’état de santé de la population en France*.

<sup>176</sup> DREES. (2021, février). *Causes des problèmes de santé, accès aux soins et Assurance maladie : l’opinion des Français selon leur état de santé*.

<sup>177</sup> Polton D. (2016, décembre). *Égalité femmes-hommes en matière de santé et de recours aux soins. EN3S, Regards*, 50 (pp. 35-45).

<sup>178</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). *Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé*.

où des maladies, bien réelles mais aux impacts variables sur la santé du patient, sont détectées grâce à un dépistage, conduisant à des traitements sans bénéfice pour la santé qui, pourtant, peuvent provoquer un état d'anxiété et des effets secondaires importants. Dans le cas du cancer de la prostate, le surdiagnostic peut concerner de 30 à 50 % des cas<sup>179</sup>, détectant des lésions qui n'auraient pas causé de symptômes durant la vie des patients.

**En renforcement de cette tendance optimiste, une confiance excessive en la capacité du système de soin à prendre en charge les pathologies, quel que soit le stade d'avancement :** 92 % des Français portent une confiance forte dans les professionnels de santé et le corps médical<sup>180</sup>. Si ce niveau de confiance élevé est une bonne nouvelle, il est problématique quand il induit une prise de risque excessive, en ignorant l'impact *du moment* de la prise en charge sur les chances de guérison mais aussi le coût global de l'intervention<sup>181</sup>. Des études récentes ont montré que dans le cas des maladies cardiovasculaires, – dont le dépistage demeure peu organisé, comme évoqué précédemment – un dépistage précoce basé sur l'identification de certains facteurs de risques (hypercholestérolémie, diabète, etc.) pourrait permettre une prise en charge immédiate et éviter l'accident cardiovasculaire (AVC), l'infarctus, ou autre, avec pour effet de réduire considérablement les dépenses de santé et la mortalité.

**De fait, la gratuité du système de soins en France peut, dans certains cas, réduire la perception de responsabilité des individus,** qui n'éprouvent que peu des conséquences financières ou organisationnelles liées à leur prise en charge. Des mesures visant à incarner et représenter les coûts humains et financiers de la prise en charge peuvent être envisagées pour informer les individus sur les conséquences de la non-gestion de leur propre état de santé, y compris par le dépistage.

<sup>179</sup> INCa. (2024). *Le dépistage du cancer de la prostate en question.*

<sup>180</sup> Leem. (2019). *La santé vue par les Français.*

<sup>181</sup> Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé. (2004, mai). *Guide méthodologique : Comment évaluer a priori un programme de dépistage ?*

L'entrée dans le parcours de soin par le dépistage dans un modèle d'État providence « à la française » fondé sur une forte mutualisation des risques (prélèvements obligatoires et cotisations importantes pour une prise en charge importante par la puissance publique en cas de matérialisation du risque couvert), constitue un changement d'éthos majeur et complexe à déployer.

**Enfin, la procrastination et le « biais du présent »** (soit la tendance à moins s'inquiéter de faits lointains ou des risques non-avenus), sont d'autres freins évidents au dépistage. En ce sens, les outils numériques ouvrent des potentialités clés pour massifier l'incitation au dépistage, encore trop peu exploitées à date. Par ailleurs, il y a chez les individus une tendance importante à séparer le concept même de maladie de leur vie. En effet, il est très difficile de communiquer sur la maladie : tant qu'un individu n'est pas dans un parcours de soins à proprement parler, il ne se sent pas concerné.

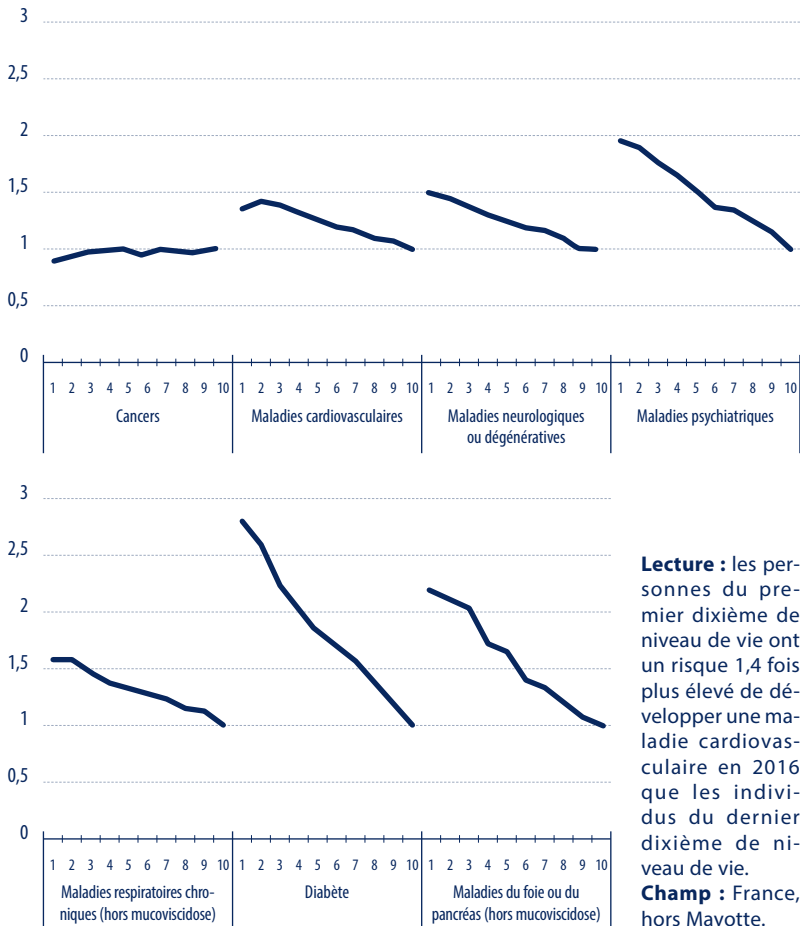
*La fracture socio-économique est le défi majeur  
des politiques de dépistage : les moins susceptibles  
de participer au dépistage sont aussi ceux qui  
en ont le plus besoin, et inversement*

Les inégalités de santé sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » observées entre des groupes sociaux selon la définition de Santé publique France<sup>182</sup>. Ainsi, la DREES note une différence marquée dans le risque de développer une des principales pathologies chroniques selon le dixième de niveau de vie<sup>183</sup>. L'écart le plus marqué est dans le cas du diabète avec un risque pour une personne du premier dixième de niveau de vie de développer la pathologie près de 2,7 fois plus élevé que les individus du dernier dixième de niveau de vie.

<sup>182</sup> Santé publique France. (2024, décembre). *Inégalités sociales et territoriales de santé*.

<sup>183</sup> Le premier dixième de niveau de vie correspond aux 10 % d'individus les plus modestes.

**Graphique n° 5 • Risque standardisé de développer une maladie chronique selon le dixième de niveau de vie et la catégorie de maladie**



**Lecture :** les personnes du premier dixième de niveau de vie ont un risque 1,4 fois plus élevé de développer une maladie cardiovasculaire en 2016 que les individus du dernier dixième de niveau de vie.  
**Champ :** France, hors Mayotte.

Source : DREES, *L'état de santé de la population en France, septembre 2022*, p. 14.

Par ailleurs, dans un récent bulletin épidémiologique, Santé publique France note que seuls 11 % de la population présentent une santé cardiovasculaire idéale. Cette dernière diffère grandement selon le niveau d'éducation : 4 % des personnes n'ayant pas le bac contre 21 % chez celles ayant un niveau d'éducation supérieur<sup>184</sup>.

Bien déployée, une stratégie de dépistage dite « de masse », ciblant la population entière, contribue directement à réduire ces inégalités de santé : des personnes qui n'auraient pas normalement consulté un médecin sont poussées à le faire, sans attendre de présenter des symptômes apparents. Ainsi, malgré un taux d'adhésion insatisfaisant, les dépistages organisés en population générale des cancers ciblés renforcent sans doute la linéarité du risque standardisé de développer des cancers selon le dixième de niveau de vie. À l'inverse, une politique de dépistage qui ne parviendrait qu'à toucher les ménages les plus favorisés, deviendrait contre-productive : un tel état de fait ferait bénéficier de façon disproportionnée les populations les moins à risque et annulerait les effets « redistributifs » du dépistage de masse.

**En résumé, l'opportunité et l'efficacité d'une politique de dépistage dépend cruciallement de sa capacité à atteindre les personnes les plus à risque. Or, la capacité et la volonté des personnes de participer à un dépistage dépend pour beaucoup de leurs situations économique et sociale.**

De façon générale, la participation aux programmes de dépistage connaît un gradient social décroissant entre les populations les plus aisées et les plus défavorisées<sup>185</sup>. La réalisation de test de dépistage est très différenciée entre catégories socio-professionnelles avec les CSP+ qui indiquent plus de réalisation de dépistage sur toutes les pathologies mentionnées que les CSP- avec des écarts allant de 3 à 14 points de

<sup>184</sup> Santé publique France. (2025, mars). *Les maladies cardiovasculaires en France : un impact majeur et des inégalités persistantes*.

<sup>185</sup> Poiseuil Marie. (2022). *Participation aux dépistages du cancer du sein chez la femme et survie après un cancer du sein selon le dépistage et les inégalités sociodémographiques*.

pourcentage d'écart (14 points de pourcentage pour les risques cardiovasculaires, et 11 points de pourcentage d'écart pour les IST et le cancer colorectal)<sup>186</sup>. Dans ce contexte, l'avance des frais représente un frein pour 37 % des répondants de catégorie modeste quand ce frein n'est significatif que par 9 % des répondants provenant de catégorie aisée<sup>187</sup>.

Selon la DREES, toutes choses égales par ailleurs, vivre sous le seuil de pauvreté monétaire multiplie par 1,6 le risque de renoncer à des soins, tandis qu'être pauvre en conditions de vie le multiplie par 3,2<sup>188</sup>. Plusieurs facteurs expliquent ce résultat :

- **Un des principaux défis du dépistage est lié à la littératie en santé** : l'incompréhension et la méconnaissance des sujets de santé amènent des difficultés à comprendre l'opportunité du dépistage, l'appropriation d'outils, aussi innovants soient-ils. En ce sens, le niveau d'éducation peut influencer sur la participation au dépistage. Par exemple, 29 % des personnes sans diplôme ou ayant conclu un enseignement secondaire ou technique court affirment avoir réalisé un dépistage d'IST, contre 48 % des personnes titulaires d'un enseignement supérieur de deuxième ou troisième cycle<sup>189</sup>. De même, les individus issus de milieux modestes ont moins tendance à effectuer des actions de dépistage que les catégories moyennes supérieures et aisées, ce qui est particulièrement marqué concernant le cancer colorectal (22 % contre 49 % et 47 %, respectivement), le cancer de la prostate (4 % contre 12 % et 21 %), le risque cardiovasculaire (25 % contre 45 % et 44 %), et le diabète (36 % contre 42 % et 44 %)<sup>190</sup>.

<sup>186</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). *Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé.*

<sup>187</sup> *Ibid*

<sup>188</sup> DREES. (2021, juillet). *Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres.*

<sup>189</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). *Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé.*

<sup>190</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). *Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé.*

- Ensuite, les ménages les moins aisés résident plus fréquemment dans les zones les moins bien dotées en services publics de proximité (zone péri-urbaines, QPV, rurales ou ultra-marines) et bénéficient de fait d'une offre de soins plus réduite<sup>191</sup>. Ces populations sont donc d'autant plus susceptibles de renoncer à des actes de santé, soit parce que les infrastructures nécessaires sont peu accessibles, soit parce que les dépenses de santé les moins urgentes auront plus de chance d'être sacrifiées pour des raisons économiques. **En ce sens, les actions d'aller-vers sont un pilier essentiel de toute politique de dépistage.** Une réflexion peut aussi être menée autour des « lieux » du dépistage pour augmenter son accessibilité, à l'instar de ce qui a été mis en place pendant la pandémie de Covid-19 avec les pharmacies.
- Aller se faire dépister revient à **investir aujourd'hui pour bénéficier demain** : cette action de gestion du risque peut être contre intuitive, tant neuro-psychologiquement que cognitivement et constitue un grand vecteur d'inégalités sociales puisque les populations les plus vulnérables sont moins susceptibles de se projeter vers l'avenir. Ce facteur est d'autant plus fort à surmonter que l'examen est pénible, comme dans le cas du cancer colorectal. On constate aussi une tendance plus forte au « fatalisme » propre à certaines cultures avec des personnes qui croient moins à leur pouvoir d'agir sur la maîtrise de leur propre santé.

Une tendance importante semble se dégager : le taux de dépistage est généralement plus haut dans les catégories sociales les plus élevées. Ainsi, concernant le cancer du sein, la DREES souligne que « Les inégalités persistent malgré les campagnes de dépistage généralisées du cancer du sein (...) En 2019, en effet, 31 % des femmes de 50 à 74 ans avaient eu une mammographie de dépistage de cancer du sein en France métropolitaine depuis plus de deux ans, voire jamais mais c'était

<sup>191</sup> Vigneron E. (2017, août). *Les déserts médicaux se créent aussi là où on ne les attend pas. Observatoire des inégalités.*

le cas de 39 % des femmes les plus modestes (dont le niveau de vie est inférieur au premier quintile) contre seulement 24 % des femmes les plus aisées (dont le niveau de vie est supérieur au dernier quintile) »<sup>192</sup>. Cependant, cette tendance peut varier notamment quand elle est conjuguée à un déterminisme de genre : ainsi, les femmes ayant un niveau socioéconomique plus élevé participent moins au dépistage des maladies cardiovasculaires que celles ayant un niveau socio-économique bas, et ces dernières ont un taux encore plus faible que les hommes<sup>193</sup>.

Par ailleurs ce constat est corroboré par la compréhension de ce qui constitue un acte de dépistage ou pas, pour laquelle un écart est notable entre les catégories aisées et les plus modestes avec de 10 à 20 points de pourcentage d'écart. Quand 72 % des personnes de catégories aisées interrogées estiment que des actes d'imageries peuvent être des actions de dépistages, seules 50 % des personnes de catégories modestes indiquent cela. Les comparaisons sont similaires pour la prise de sang (85 % vs 64 %) ou les examens cliniques comme la palpation mammaire (82 % vs 57 %) ou encore la prise de tension artérielle (62 % vs 41 %) <sup>194</sup>.

**Le défi des inégalités est d'autant plus grand que les facteurs socio-économiques tendent à se cumuler entre eux**<sup>195</sup> et à amplifier leur impact sur le recours au dépistage : les publics avec un bas niveau de qualifications, sans emploi, célibataires ou encore sans complémentaire santé sont encore moins susceptibles de s'être fait dépister<sup>196</sup>.

<sup>192</sup> DREES. (2022). *L'état de santé de la population en France*, (p. 40).

<sup>193</sup> INSERM. (2022). *L'influence du genre dans la participation aux programmes de dépistage cardiovasculaire*.

<sup>194</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). *Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé*.

<sup>195</sup> DREES. (2022). *L'état de santé de la population en France*, (p. 41).

<sup>196</sup> Sicsic et Franc. (2014). *Obstacles to the uptake of breast, cervical, and colorectal cancer screenings: what remains to be achieved by French national programmes? BMC Health Services Research*.



**De façon plus problématique encore, la santé est marquée par un déterminisme fort : les maladies qui se manifestent à 60-65 ans sont souvent liées à des habitudes et conditions de vie formées dès 20-25 ans.** Outre la question génétique, les comportements des personnes jouent un rôle majeur. Ainsi plus de 40 % des cancers seraient liés aux modes de vie et aux facteurs environnementaux<sup>197</sup>. De plus, certaines caractéristiques socio-économiques impactent l'adoption de comportements à risque : le cas de l'alimentation est particulièrement éloquent, où la littérature scientifique documente une corrélation relativement négative entre le prix et la qualité nutritionnelle des aliments, poussant ainsi les catégories moins favorisées à consommer des produits transformés, gras, et sucrés entraînant des risques de développer des maladies cardiovasculaires et un diabète de type 2<sup>198</sup>. De la même façon, on constate une plus grande difficulté à arrêter de fumer pour les personnes socialement défavorisées, plus grosses consommatrices de tabac<sup>199</sup>.

**Ce constat souligne avec force la nécessité de penser dépistage et prévention de façon conjointe.** De façon générale, la culture du soin en France reste encore trop focalisée sur les leviers curatifs, bien que la prévention ait pris une place plus importante ces dernières années.

Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2023 et 2024 instaurent des rendez-vous prévention 100 % remboursés par l'Assurance maladie pour toutes les personnes à des âges clés de la vie entre : 18 et 25 ans ; 45 et 50 ans ; 60 et 65 ans ; 70 et 75 ans<sup>200</sup>. Ce dispositif personnalisé permettant à chacun d'échanger avec un professionnel de

<sup>197</sup> Institut national du cancer (INCa). (2020, juillet). *L'Institut national du cancer rappelle les conseils de prévention face aux principaux facteurs de risque évitables de cancers, communiqué de presse.*

<sup>198</sup> Institut Montaigne. (2024, octobre). *Rapport Fracture alimentaire : maux communs, remède collectif.*

<sup>199</sup> Santé publique France. (2024, décembre). *Inégalités sociales et territoriales de santé.*

<sup>200</sup> Gouvernement. (2023, décembre). *Les principales mesures de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024.*

santé autour de ses habitudes de vie (alimentation, sommeil, activité physique, santé mentale, santé sexuelle...). Les bilans de prévention peuvent être réalisés par différents professionnels de santé : médecin, pharmacien, sage-femme ou infirmier.

*Les différences liées au genre et à l'âge plaident  
pour des stratégies différenciées*

Les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes attitudes face au dépistage. Ainsi, les femmes sont plus assidues sur le dépistage du cancer du côlon (35,3 % de participation contre 33,2 % chez les hommes en 2021-22)<sup>201</sup> mais moins pour les maladies cardiovasculaires, et ce malgré des risques croissants. Par ailleurs, 26 % des hommes interrogés considèrent le processus de dépistage complexe par rapport à 16 % des femmes interrogées<sup>202</sup>. De même, 37 % des hommes considèrent qu'ils manquent d'information (contre 30 % des femmes interrogées) et 34 % ne se sentent pas concernés quand c'est le cas de 25 % les femmes interrogées<sup>203</sup>.

Il y a donc un enjeu à renforcer les campagnes d'information de façon ciblée en fonction du genre, auquel s'ajoute la nécessité de combler les lacunes de la recherche scientifique sur les causes et les effets de différentes pathologies issues des biais de genre, dont les maladies cardiovasculaires constituent un exemple clair. En effet, la faible participation des femmes aux visites médicales préventives de risque cardiovasculaire par rapport aux hommes (de 1992 à 2011, 33,9 % des 366 270 participants à ces visites étaient des femmes<sup>204</sup>) limite la recherche et les avancées scientifiques en la matière, tandis que les maladies

<sup>201</sup> Santé publique France. (2023, mars). *Cancer colorectal : un taux de participation aux tests de dépistage stable en 2021-2022*.

<sup>202</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). *Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé*.

<sup>203</sup> *Ibid.*

<sup>204</sup> INSERM. (2022, septembre). *L'influence du genre dans la participation aux programmes de dépistage cardio-vasculaire, communiqué de presse*.

cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité chez les femmes (environ 200 décès par jour)<sup>205</sup>.

En outre, certaines tendances dans la participation au dépistage peuvent aussi varier voire s'inverser quand elles sont conjuguées à un déterminisme de genre : ainsi, les femmes ayant un niveau socio-économique plus élevé participent moins au dépistage des maladies cardiovasculaires que celles ayant un niveau socio-économique bas<sup>206</sup>.

La situation matrimoniale et familiale influe également le rapport au dépistage. Dans le cas des maladies cardiovasculaires, par exemple, des chercheurs de l'Inserm analysent que parmi les femmes – minoritaires – ayant pris part aux dépistages observés par l'étude, la plupart avaient des enfants (60%). On constate donc peut être ici l'effet incitatif de la responsabilité vis-à-vis d'autrui, qui inciterait ces femmes à se faire dépister.

De même, les jeunes ont une vision très différente du dépistage par rapport aux populations plus âgées. Tant dans la compréhension des actes de dépistage (seulement 64 % des 18-24 ans interrogés considèrent une prise de sang comme un acte de dépistage alors que c'est le cas de 89 % des répondants de plus de 65 ans) que dans la réalisation de ces derniers (ils sont 16 % des 18-24 ans interrogés à avoir été dépistés pour le diabète face à 48 % des 65 ans et plus)<sup>207</sup>. Ces différences sont également visibles dans la confiance envers certains acteurs pour réaliser les dépistages. Ainsi 71 % des 18-24 ans interrogés ont confiance en un aide-soignant et 52 % dans un membre d'une association quand 51 % des 65 ans et plus interrogés ont cette même confiance pour le premier et 34 % pour le deuxième<sup>208</sup>. À l'inverse, la confiance dans le médecin traitant/généraliste, bien que restant haute, demeure à 11 points de

<sup>205</sup> Assurance maladie. (2024, septembre). *Une campagne pour sensibiliser au risque de maladies cardiovasculaires chez les femmes.*

<sup>206</sup> INSERM. (2022). *L'influence du genre dans la participation aux programmes de dépistage cardiovasculaire.*

<sup>207</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). *Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé.*

<sup>208</sup> *Ibid.*

pourcentage plus bas que pour les 65 ans et plus (86 % et 95 % respectivement)<sup>209</sup>. Enfin, **les deux freins principaux au dépistage pour les 18-34 ans interrogés sont le manque d'information (37 % des 18-24 ans interrogés et 42 % des 25-34 ans) et le fait de ne pas se sentir à risque ou concerné** (48 % des 18-24 ans interrogés et 34 % des 25-34)<sup>210</sup>, alors même que les cas de cancer chez les moins de 50 ans ont augmenté de 80 % en 30 ans<sup>211</sup>. Il y a un enjeu fort à prendre en compte ces données afin de renforcer la connaissance et la prise de conscience de l'intérêt du dépistage pour tous et ce dès le plus jeune âge. Une stratégie différenciée pour les différentes tranches d'âge paraît d'autant plus importante que la tranche d'âge se sentant le moins concernée ou avec des perceptions erronées du dépistage est aussi celle qui n'est pas touchée par les bilans de prévention et se retrouve donc éloignée des échéances de soins, après avoir eu un parcours guidé pendant l'enfance.

**De façon générale, le dépistage répond donc encore rarement à une demande explicite des populations : ce ne sont pas les patients qui viennent au dépistage mais le dépistage qui doit venir aux personnes, a priori en bonne santé<sup>212</sup>. En cela, sauf montée en charge rapide et à souhaiter du dépistage individuel, la mise en œuvre de politiques efficaces dépend fortement de l'accessibilité de l'offre, tant sur le plan géographique que de la typologie des endroits et intermédiaires qui pratiquent et informent sur le dépistage.**

<sup>209</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). *Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé*.

<sup>210</sup> *Ibid.*

<sup>211</sup> Zhao, J. et al. (2023, septembre). *Global trends in incidence, death, burden and risk factors of early-onset cancer from 1990 to 2019*. *BMJ oncology*, 2(1).

<sup>212</sup> Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé. (2004, mai). *Guide méthodologique : Comment évaluer a priori un programme de dépistage ?*

**b. Un accès au dépistage hétérogène  
et inégal du fait d'une offre encore  
très portée par les généralistes**

*L'accès aux soins est inégalement réparti entre zones urbaines et rurales, hexagonales et outre-mer : ce paramètre affecte, comme pour le curatif, l'accès au dépistage*

L'accès aux soins demeure inégal en France : selon l'Académie nationale de médecine, 30 % de la population française vivrait dans une zone d'intervention prioritaire (ZIP), c'est-à-dire, un désert médical<sup>213</sup>. **Les perceptions exacerbent encore davantage ce constat. Ainsi, près d'un Français sur deux se considère comme vivant dans un désert médical selon l'Observatoire du Numérique en Santé réalisé par la Fondation Roche, tandis qu'ils étaient 37 % en 2021**<sup>214</sup>. En 2019, près d'1,7 million de personnes ont une accessibilité insuffisante aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes. Trois quarts de ces personnes vivent dans des territoires ruraux. Un peu plus d'une sur cinq vit dans une grande aire urbaine, deux tiers du temps, l'une des banlieues de Paris. Dans ces zones ayant une plus faible accessibilité aux soins, le risque de renoncement aux soins est accru<sup>215</sup>.

Qui plus est, dans un contexte de baisse des effectifs de médecins généralistes projetée jusqu'en 2026 selon la DREES<sup>216</sup>, pour atteindre 92 546 de professionnels, ces inégalités d'accès aux professionnels de santé (et en particulier aux généralistes libéraux) pourraient aller en s'accroissant, notamment suite à la recrudescence de polyopathologies, des maladies chroniques et à la trajectoire démographique française. À ces problématiques de volume s'ajoute un contexte budgétaire qui contraint les hôpitaux à davantage de priorisation. Enfin, le système de

<sup>213</sup> Rojouan B. (2024, novembre). *Inégalités territoriales d'accès aux soins : aux grands maux, les grands remèdes.*

<sup>214</sup> Fondation Roche. (2024). *Observatoire du Numérique en Santé, 2<sup>nd</sup> édition, (p. 23).*

<sup>215</sup> DREES. (2022). *L'état de santé de la population en France, (p. 41).*

<sup>216</sup> DREES. (2024). *Projections des effectifs des médecins.*

tarification actuel, à l'acte, ne valorise pas suffisamment la prévention, en particulier secondaire et tertiaire, en ce qu'il n'encourage pas la coordination entre les acteurs de la santé. Au contraire, la tarification à l'acte oblige le patient à établir par lui-même ces liens, ce qui nuit au développement d'une stratégie efficace de prévention et de dépistage<sup>217</sup>.

Ces différences d'accès à des professionnels de santé sont particulièrement prononcées entre l'hexagone et certains territoires ultramarins : pour le cancer du sein, le pourcentage de femmes entre 50 et 69 ans ayant réalisé une mammographie à Mayotte est dix fois moins élevé qu'en hexagone<sup>218</sup>. En 2019-2020, la participation au dépistage organisé du cancer du sein était de 17,5 % en Guyane, 36,3 % en Île-de-France, à 52,6 % dans les Pays de la Loire<sup>219</sup>. De même, à Mayotte, 85 % des hommes de 50-74 ans n'ont jamais eu de dépistage du cancer colorectal, contre 47 % en France métropolitaine<sup>220</sup> ou encore au moins deux tiers des personnes de 55-64 ans en France hors Mayotte ont vérifié leurs taux de cholestérol et de glycémie dans l'année, contre respectivement 45 % et 55 % à Mayotte<sup>221</sup>. Cette différence géographique se retrouve à l'échelle départementale avec des taux variant de 28,6 % à Paris à 55,9 % en Indre-et-Loire<sup>222</sup>. Plus généralement, dans les zones caractérisées par une plus faible accessibilité aux soins, et notamment aux médecins généralistes qui peuvent être à l'initiative du processus de dépistage, le risque de renoncement aux soins est accru<sup>223</sup>, et les territoires ruraux sont à ce titre surreprésentés<sup>224</sup>. Or, les connaissances sur les actions de dépistage n'ont quant à elles pas de différence selon le lieu de résidence des répondants entre zone urbaine ou rurale ainsi

<sup>217</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). Task Force « Réforme du Financement du système de santé », Rapport « Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné ».

<sup>218</sup> DREES. (2022). *L'état de santé de la population en France*, (p. 40).

<sup>219</sup> *Chiffres de santé publique France*.

<sup>220</sup> DREES. (2022). *L'état de santé de la population en France, synthèse*.

<sup>221</sup> DREES. (2022). *L'état de santé de la population en France*, (p. 40).

<sup>222</sup> IGAS. (2022, janvier). *Le dépistage organisé des cancers en France*.

<sup>223</sup> DREES. (2022). *L'état de santé de la population en France*, (p. 41).

<sup>224</sup> DREES. (2022). *L'état de santé de la population en France*, (p. 42).

que selon la taille de l'agglomération<sup>225</sup>. Il est essentiel d'adapter les solutions aux besoins spécifiques des populations que les habitants soient dans des zones rurales ou urbaines. Cela nécessite notamment d'améliorer la coordination entre les structures de santé locales et les centres de référence dans un objectif d'équité d'accès aux soins.

**Ces statistiques traduisent l'importance de concevoir les politiques de santé selon les réalités de chaque territoire, notamment afin d'en assurer l'accès au plus grand nombre. La coopération entre les services de l'État, les collectivités et les associations au niveau local est déterminante dans l'identification de réponses pertinentes et adaptées aux enjeux de dépistage au sein des territoires.**

*La participation à des dépistages organisés ou individuels tient en grande partie à la consultation déjà régulière d'un médecin traitant généraliste ou spécialiste dans le cas de certaines pathologies comme le cancer du sein*

En dehors des dépistages en population générale, le dépistage reste concentré autour du rôle du médecin traitant. En effet, 93 % des personnes interrogées ont confiance en leur médecin traitant/médecin généraliste pour réaliser les actes de dépistage<sup>226</sup>. Ce dernier a un rôle pivot en ce qu'il cumule les positions d'acteur, d'informateur et de relais auprès des autres professionnels de santé, tout en ayant la vision la plus globale sur les caractéristiques physiologiques mais aussi sociales du patient<sup>227</sup>. Le médecin généraliste est aussi particulièrement préposé pour le suivi des maladies chroniques. Le rôle du médecin diffère beaucoup, néanmoins : pour le suivi de l'ostéoporose chez les femmes, le dépistage du cancer du col de l'utérus et des maladies sexuellement

<sup>225</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). *Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé.*

<sup>226</sup> *Ibid.*

<sup>227</sup> Aïm-Eusébi A. et al. (2019, août). *Place des médecins généralistes dans le dispositif de prévention/dépistage des cancers en France. Bulletin du Cancer, Volume 106, Issues 7-8, (pp. 707-713).*

transmissibles mais aussi le suivi des maladies cardiovasculaires, le gynécologue joue un rôle central, par exemple<sup>228</sup>.

Bien que les médecins généralistes doivent rester au cœur de la stratégie de prévention et de dépistage, reposer sur ces seuls acteurs présente plusieurs limites :

- D’abord, l’accès à un médecin généraliste devient plus rare et, comme vu précédemment, plus inégal alors même que, pour 71 % des Français, le médecin constitue la première source d’information en matière de santé<sup>229</sup> : ainsi entre 2016 et 2019, l’accessibilité se détériore davantage dans les communes les moins bien dotées (de 1,8 à 1,6) que dans les communes les mieux dotées (5,9 à 5,7), où elle est environ trois fois plus importante à la base<sup>230</sup>.
- Ensuite, le temps disponible des soignants s’est réduit ces dernières années : plus de 8 médecins sur 10<sup>231</sup> ont constaté la détérioration de la répartition entre le temps médical et le temps administratif, qui s’illustre notamment par la baisse du nombre d’actes médicaux réalisés par médecin généraliste de 3 % depuis 2016<sup>232</sup>. Ce phénomène est vrai dans des zones rurales où l’offre est plus clairsemée mais aussi dans des zones urbaines très denses avec une demande importante et croissante.

<sup>228</sup> Rojouan B. (2024, novembre). *Inégalités territoriales d’accès aux soins : aux grands maux, les grands remèdes.*

<sup>229</sup> Verian pour Harmonie Santé en partenariat avec l’INSERM. (2025, février). *Fake news et santé : comment faire face ?*

<sup>230</sup> DREES. (2022). *L’état de santé de la population en France*, (p. 40).

<sup>231</sup> Sénat. (2022, mars). *Rapport d’information fait au nom de la commission de l’aménagement du territoire et du développement durable par la mission d’information sur les perspectives de la politique d’aménagement du territoire et de cohésion territoriale, sur le volet « renforcer l’accès territorial aux soins ».*

<sup>232</sup> *Données de l’Assurance maladie sur la démographie des médecins généralistes, citées dans Les Échos, « Ces chiffres détonants sur l’activité des médecins généralistes », décembre 2023.*



- Par ailleurs, les médecins généralistes ne sont pas suffisamment incités (financièrement) à mener des actes de prévention et de dépistage dans le cadre de leurs consultations.

L'insuffisance du temps de consultation disponible (18 minutes en moyenne<sup>233</sup>) affecte également la relation médecin/patient et peut éroder le lien de confiance créé et la transparence des patients. En effet, pour certaines typologies de patients, la culpabilité est un frein majeur : la maladie ou le fait de conserver des comportements à risque est vécue comme une faute personnelle, non communiquée au médecin.

Ce constat appelle donc à sortir d'un paradigme où seuls les médecins sont aptes à assurer la prévention et le dépistage : les sage-femmes, les infirmiers, médiateurs de santé et pharmaciens sont autant d'acteurs potentiellement relais. Les médecins généralistes se disent en faveur d'une telle délégation de certaines de leurs tâches dans le domaine de la prévention depuis plusieurs années ; en 2011, les trois quarts des médecins généralistes, se déclaraient disposés à déléguer au personnel paramédical certaines de leurs tâches dans le domaine préventif<sup>234</sup>.

La question du partage de la charge du dépistage est d'autant plus importante que pour certaines populations, il est plus facile de parler à des non-médecins. Le secteur associatif offre un relais intéressant sur les questions de prévention. De la même façon, le maillage territorial particulièrement dense des pharmacies offre des potentialités intéressantes. Enfin, il ne faut pas sous-estimer les bénéfices de la sensibilisation à la prévention en santé au sein du cadre professionnel, comme le démontre le taux de participation élevé des salariés (de 8 à 12 %<sup>235</sup>) aux opérations de l'Établissement français du sang.

<sup>233</sup> DREES. (2019, mai). *Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine.*

<sup>234</sup> Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). (2011, décembre). *Baromètre santé médecins généralistes.*

<sup>235</sup> Perrut B. (2020). *Proposition de loi facilitant le don du sang des salariés.*

*Si les nouvelles technologies offrent de nouvelles potentialités pour élargir l'accès au dépistage, elles recréent aussi des inégalités ailleurs, du fait de la fracture numérique encore importante*

La bascule des services publics en ligne est un mouvement de fond qui répond à une numérisation croissante de la société. En ce qui concerne la santé, la crise sanitaire de 2020 a marqué un tournant dans sa numérisation, développée à grande vitesse pour répondre aux enjeux soulevés par la pandémie<sup>236</sup>.

De fait, le numérique offre de nouveaux possibles déjà partiellement exploités pour restructurer l'offre de soin et accélérer le désengorgement des hôpitaux : ainsi, selon un rapport du Sénat<sup>237</sup> sur *l'IA et l'avenir des services publics*, les téléconsultations représentent 4 % de l'ensemble des consultations en médecine de ville.

Certaines pathologies se prêtent particulièrement à une digitalisation de leur dépistage : le numérique offre notamment la possibilité d'un suivi précis et affiné des pathologies des patients, certaines technologies prédictives permettant même d'anticiper les risques<sup>238</sup>. Dans le cas de maladies qui se forment progressivement comme le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires, un « monitoring » continu, grâce au numérique, des facteurs de risques permet une amélioration considérable du dépistage<sup>239</sup> : des chercheurs américains ont déjà développé un algorithme d'analyse des données de l'électrocardiogramme (ECG) capable d'identifier une hypertension pulmonaire (HTAP) jusqu'à cinq ans avant le diagnostic<sup>240</sup>. Ce type de percées technologiques laisse entrevoir la possibilité d'une stratégie de dépistage hybride avec des consultations en ligne ou en physique visant à prescrire des actes de

<sup>236</sup> Agence du numérique en santé. (2025). *La petite histoire de la e-santé*.

<sup>237</sup> Redon-Sarrazay C. et Ventalon A. (2024). *L'IA et l'avenir du service public – IA et Santé*. Sénat.

<sup>238</sup> Sinno Maïa. (2024, octobre). *Santé numérique, une avancée de plus vers la médecine de demain ?* Caisse des Dépôts.

<sup>239</sup> Haute Autorité de Santé. (2019). *Numérique : quelle (R)évolution ?*, Rapport d'analyse prospective.

<sup>240</sup> Société française de cardiologie. (2024, novembre). *Un algorithme analysant les données d'ECG pour le diagnostic précoce de l'hypertension pulmonaire*.

dépistage, dont l'analyse pourrait se faire à distance et être enrichie par une interprétation effectuée par l'IA. La Norvège, par exemple, mène une étude pilote dans l'ouest du pays depuis novembre 2024, intitulée *Artificial Intelligence in Mammography Screening in Norway (AIMS Norway)*<sup>241</sup>, qui emploie un logiciel d'IA certifié UE, Transpara<sup>242</sup>, pour soutenir l'analyse des mammographies par les radiologues et ainsi leur libérer du temps médical.

Toutefois, la fracture numérique reste une donnée importante et entraîne naturellement des difficultés d'appropriation des outils numériques de santé. De fait, l'accès aux services publics en France demeure, même aujourd'hui, caractérisé par l'omnicanalité : l'accueil des usagers par téléphone et en présentiel reste une priorité, comme le montre le déploiement du réseau des France Services, « maisons de service public » uniques où les citoyens peuvent obtenir de l'aide sur différentes démarches de l'État.

Si elle n'est pas correctement pensée, l'introduction d'une innovation peut donc déplacer voire accroître les phénomènes d'inégalités sociales. Le développement de la santé en ligne (« e-santé ») suppose d'abord d'avoir achevé une couverture numérique de bonne qualité sur l'ensemble du territoire<sup>243</sup> mais aussi de penser l'éducation et l'accompagnement nécessaires pour les personnes les plus concernées par « l'illectronisme ». Qui plus est, comme expliqué précédemment, les personnes sujettes à des difficultés d'accès au numérique sont aussi susceptibles d'être celles les plus à risque, de développer une maladie chronique notamment. Ce sont aussi souvent des personnes qui ont déjà des difficultés d'accès aux soins, pour diverses raisons : il convient donc de penser le numérique avec prudence de sorte à ne pas créer « une double peine » avec le passage au numérique.

<sup>241</sup> Hofvind S. (2024, avril). *Artificial intelligence in BreastScreen Norway – a randomized controlled trial. Cancer Registry of Norway.*

<sup>242</sup> Site web [Screenpoint medical](#).

<sup>243</sup> Redon-Sarrazy C. et Ventalon A. (2024). *L'IA et l'avenir du service public – IA et Santé. Sénat.*

Enfin, le numérique crée une tendance « décentralisatrice » du suivi patient, qui tendrait à devenir plus morcelé si ce dernier reposait davantage sur de nouveaux outils, utilisés de façon autonome pour partie. Sans la synthèse globale effectuée par le professionnel de santé dans le cadre du suivi médical, un risque de sur-diagnostic semble possible du fait d'une autonomisation croissante des personnes dans la gestion de leurs dépistages grâce à leur numérisation et leur personnalisation.

48 % des personnes interrogées indiquent effectuer les tests de dépistage recommandés selon leur sexe, âge, etc. (cancer du sein, colon, VIH...) <sup>244</sup>. Si la prévention – primaire (réduction de l'incidence d'une maladie et de ses facteurs d'apparition, *via* la sensibilisation, notamment <sup>245</sup>) et secondaire (diminution de la prévalence au sein d'une population et des facteurs de risque, par exemple *via* le dépistage précoce <sup>246</sup>) – est une priorité il faut donc autant répondre aux enjeux d'accès que continuer à toujours mieux identifier les barrières comportementales qui limitent l'action. Au sein d'un pays où le reste à charge est l'un des plus restreints au niveau mondial <sup>247</sup>, la faible adhésion au dépistage est néfaste non seulement pour la santé des Français mais également pour la soutenabilité du système.

<sup>244</sup> Fondation Roche. (2024). *Observatoire du numérique en santé*, (p. 50).

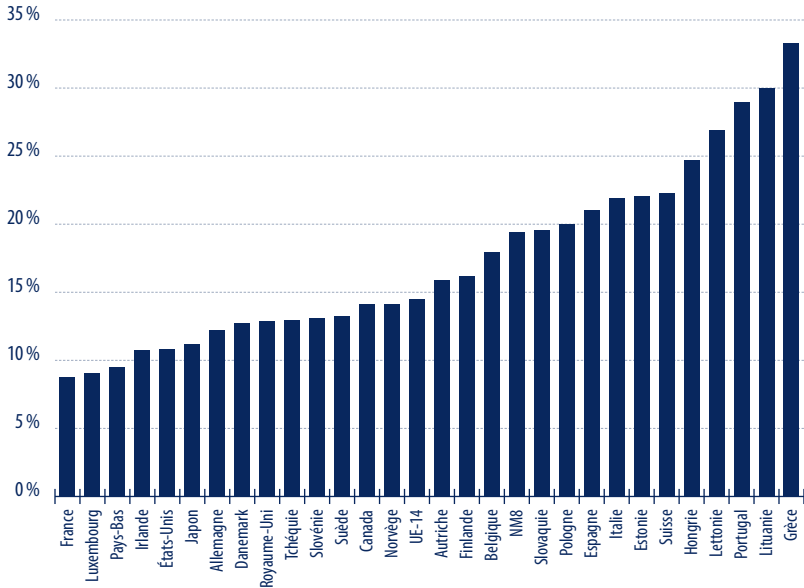
<sup>245</sup> Haute Autorité de Santé. (2018). *Présentation générale « Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives »*, (p. 4).

<sup>246</sup> *Ibid.*

<sup>247</sup> DREES. (2023, septembre). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé*.

## Graphique n° 6 • Reste à charge des ménages dans les dépenses courantes de santé en 2021 (au sens international)

(en pourcentage de l'ensemble des dépenses)



**Note :** la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) regroupe les fonctions suivantes de la DCSi : HC1 (soins courants curatifs), HC2 (soins courants de réhabilitation), HC4 (services auxiliaires), HC5 (biens médicaux).

**Lecture :** au Luxembourg, le RAC dans la DCSi s'élève à 8,4% des dépenses en 2020; en 2021, il s'établit à 8,9%, 0,5 pp de plus qu'en 2020.

Source : DREES, comptes de la santé (pour la France); OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

c. Un dépistage insuffisant cause l'errance diagnostique :  
un coût pour la société et un risque pour le patient

*Errance diagnostique : des effets concrets  
sur la société*

L'errance diagnostique fait référence à la période entre les premiers symptômes d'une maladie et son diagnostic confirmé<sup>248</sup> : dans le cas de maladies comme l'endométriose, le retard de diagnostic peut s'élever à 7 ans. Or, des dépistages accrus permettent d'accélérer l'identification d'un diagnostic et sa prise en charge. Sans cela, les patients encourent une perte de chance de guérison voire de survie due à un déclenchement des soins tardifs. De surcroît, les patients sont exposés, tout le long de la période d'errance diagnostique, à des traitements inadaptés, notamment des prescriptions excessives ou inappropriées d'antibiotiques qui contribuent directement au développement de l'antibiorésistance. Déjà un enjeu de santé publique majeur, l'antibiorésistance devrait s'intensifier à moyen terme, et causer environ 39 millions de décès dans le monde d'ici 2050, soit environ 1,91 million par an<sup>249</sup>. Cette situation engage également la responsabilité des médecins, qui doivent intégrer la prévention et le dépistage précoce pour limiter ces conséquences néfastes sur la santé publique.

Au-delà des bénéfices médicaux pour les patients, le dépistage est aussi un levier d'économies en ce qu'il permet soit de réduire le nombre de cas évitables soit de déclencher un diagnostic et une prise en charge plus tôt et moins coûteuse. Ce constat est d'autant plus prégnant dans un contexte où la longévité et la fréquence des polypathologies augmentent : 3 % de la population cumule 3 pathologies ou traitement chronique dès 45-64 ans, 8 % à 65-74 ans et 21 % au-delà de 75 ans,

<sup>248</sup> Cottet C. (2018, mai). *L'errance diagnostique : le point de vue des malades*. *Med Sci*, Volume 34.

<sup>249</sup> Institut Montaigne. (2024, octobre). *Antibiorésistance : l'épidémie à traiter*.

plus encore chez les hommes que chez les femmes<sup>250</sup>. Par conséquent, dépister les individus tôt permet donc d'éviter la prise en charge tardive non pas d'une mais de plusieurs affections, notamment pour les personnes dans le grand âge. Pourtant, l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) rapporte un niveau d'investissement bas globalement partagé par les pays de l'OCDE, qui allouent entre 2 et 4 % de leurs dépenses de santé aux activités de prévention et de dépistage, et ceux malgré leurs gains socio-économiques avérés<sup>251</sup>.

De fait, de nombreuses études documentent l'efficacité socio-économique des programmes de dépistage :

- Dans le cas du cancer du col de l'utérus un dépistage organisé tous les 10 ans apparaît comme la stratégie de référence au sens de l'analyse médico-économique<sup>252</sup>.
- Concernant les maladies cardiovasculaires, un dépistage et une prévention efficace des facteurs de risque permettent d'abaisser drastiquement le risque d'accident cardiovasculaire, et donc le coût global de la prise en charge (urgence, hospitalisation etc.)<sup>253</sup>.
- Depuis la sortie de la phase critique du Covid, les entreprises augmentent, petit à petit, leur financement de mesures de prévention pour limiter les risques d'accidents du travail. Ces mesures portent principalement sur les maladies graves (ex. cancers) et ne concernent que les salariés volontaires : en effet la prévention en entreprise s'opère encore beaucoup par bouche à oreille. Une étude

<sup>250</sup> DREES. (2022). *État de santé de la population en France*.

<sup>251</sup> Par ailleurs, l'investissement qu'y dédient les pays, mêmes les plus riches, reste très faible entre 2 % et 4 % des dépenses totales de santé.

<sup>252</sup> Barré S. et al. (2016, octobre). *Évaluation médico-économique du dépistage du cancer du col de l'utérus en France*.

<sup>253</sup> Candau M. (2015, octobre). *Plus de prévention permettrait de réduire les dépenses de santé*. Euractiv.

récente de l'OCDE<sup>254</sup> montre pourtant que les politiques de prévention sont rentables à moyen-terme : les programmes de promotion de la santé au travail généreraient un retour économique de 4 dollars pour chaque dollar investi, grâce à une meilleure productivité et une réduction des coûts de santé. Ce retour sur investissement peut être particulièrement visible chez certains métiers, notamment les soignants à l'hôpital<sup>255</sup> pour lesquels une étude empirique récente montre que les investissements en prévention sont rentabilisés au terme de 3,3 années, avec l'hypothèse d'une réduction de 60 % des accidents du travail.

Dans un moment particulièrement contraint sur le plan budgétaire, **il paraît urgent de changer radicalement de prisme sur le dépistage (et la prévention) en se plaçant dans une logique d'investissement, source de gains futurs en termes de réduction des interventions et des accidents.** Cependant, pour que ce raisonnement tienne, il faut que les décideurs soient en mesure d'évaluer précisément les coûts et les bénéfices des programmes de dépistages, à l'instar des rapports détaillés établis par les agences gouvernementales de plusieurs pays étrangers, notamment, entre autres, les États-Unis<sup>256</sup>, l'Australie<sup>257</sup>, et Taiwan<sup>258</sup>.

Selon la HAS<sup>259</sup>, toute campagne de dépistage doit évaluer son impact socio-économique en amont, pendant et en aval en considérant plusieurs prismes :

- les répercussions de la maladie sur la société en termes de morbidité / mortalité ;

<sup>254</sup> OCDE (2022), *Promoting Health and Well-being at Work: Policy and Practices*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/e179b2a5-en>.

<sup>255</sup> Trontin C. et al. (2009, juin). *Analyse coût-bénéfice des actions de prévention. Exemple du risque de manutention pour le personnel soignant*. Revue technique de l'INRS.

<sup>256</sup> Center for Public Health and Health Policy, University of Connecticut. (2008, juin). *The Economic Impact of Prevention*.

<sup>257</sup> The Australian Prevention Partnership Center. (2025). *What are the economic benefits of prevention?*

<sup>258</sup> Wang F. et Wang J-D. (2016). *Health expenditures spent for prevention, economic performance, and social welfare*. *Health Economics Review*, volume 6(45).

<sup>259</sup> Haute Autorité de Santé. (2004, mai). *Comment évaluer a priori un programme de dépistage ?*



- l'impact d'un diagnostic tardif étant donné l'épidémiologie de la maladie;
- l'incidence de la maladie;
- le coût de sa prise en charge;
- les actes de prévention primaires possibles en complément.

Par ailleurs, plusieurs types d'analyses de l'impact socio-économique d'un programme de dépistage sont possibles : analyse coût-bénéfice (montant d'argent que la société est prête à payer pour obtenir une unité supplémentaire de santé, c'est-à-dire sa propension à payer); étude coût-utilité (mesure l'impact d'une action sur l'utilité, ici la qualité de vie perçue par les personnes); étude coût-efficacité (rapport entre les résultats obtenus et les moyens utilisés).

Calculer les coûts complets d'un programme de dépistage demande en outre de prendre en compte toutes ces étapes : coût de l'organisation du programme (frais de fonctionnement généraux); coût de l'information et de l'invitation des personnes; coût de la distribution des tests et de leur traitement, éventuellement; coût de l'examen réalisé pour le dépistage (ex. coloscopie); coût du suivi.

*Le manque de données et de pratiques adaptées pour évaluer l'opportunité et les critères d'efficacité des campagnes de diagnostic est un sujet central*

Cependant, l'analyse coûts-bénéfice du dépistage de façon systématique et à grande échelle demeure trop rare et trop peu prise en compte dans le processus de décision politique. De fait les bénéfices monétaires que génère le dépistage ne sont pas suffisamment pris en compte par la puissance publique : cela se traduit par le fait qu'il n'y a pas encore d'économie de reconnaissance vis à vis des médecins, qui ne sont ni valorisés socialement ni financièrement pour les actes de prévention qu'ils réalisent.

Cet état de fait s'explique d'une part par l'insuffisance de la gestion publique des données de santé et par une culture encore faible de l'évaluation des politiques publiques<sup>260</sup>, en France, particulièrement. Au niveau international aussi, l'OMS note que les méthodes de mesure et d'analyse socio-économique du dépistage et de la prévention varient beaucoup d'un pays à l'autre, ce qui rend difficile toute vision globale de la question et les comparaisons internationales<sup>261</sup>.

Le diagnostic précoce des pathologies est ainsi freiné par des barrières nombreuses et diverses : difficulté de l'individu à se projeter vers l'avenir, incompréhension des actes préventifs, manque de connaissance sur l'intérêt de la prévention, absence de données, diversité des pathologies et des signaux ... Pourtant, le besoin de renforcer le dépistage et le diagnostic précoce dans un contexte d'insoutenabilité financière se fait encore plus prégnant. Comment alors faire le pari du dépistage pour répondre à la difficile équation qui lie augmentation des pathologies chroniques et diminution des dépenses de santé ? Plus encore, comment s'assurer que les taux d'adhésion faibles ne mettent pas en péril une stratégie préventive qui reste à pleinement structurer ?

<sup>260</sup> Cour des comptes. (2024, mai). *Le système national des données de santé : un vaste gisement d'informations à mieux exploiter.*

<sup>261</sup> McDaid D. (2018). *Using economic evidence to help make the case for investing in health promotion and disease prevention. Policy Brief OMS.*

## 2 Assumer une politique de dépistage ambitieuse pour tous

**Le dépistage est un mal-aimé en France symptomatique d'une attention majeure portée au curatif vis-à-vis du préventif dans l'Hexagone.** Ainsi les différents indicateurs d'une politique de prévention primaire ou secondaire concluantes semblent être en deçà des attentes et le constat présenté en première partie le démontre. En ce sens, il apparaît essentiel de créer une politique nationale autour de cette thématique : non seulement pour renforcer l'adhésion aux campagnes nationales de dépistage ainsi que le recours au dépistage individuel mais également pour améliorer la connaissance de cet acte de santé. La prévention doit ainsi être pensée de manière complémentaire et différente au curatif. Si la première concerne, pour ces volets primaire et secondaire, les citoyens sans symptômes, le deuxième se focalise uniquement sur les personnes diagnostiquées. C'est d'ailleurs tout l'objet de cette note qui vise à proposer une nouvelle manière de penser la politique préventive dans le contexte du dépistage. Seulement deux personnes interrogées sur trois pensent que le dépistage permet d'augmenter grandement les chances de détection d'un cancer et un peu plus de la moitié pensent qu'il permet d'augmenter grandement les chances de guérison<sup>262</sup>. En ce sens, les stratégies pour améliorer l'adhésion aux campagnes en population générale ou aux actes de dépistage individuels doivent être pensées en interministériel et en lien avec les sociétés savantes, les représentants des patients, des chercheurs en sciences cognitives, des psychologues de la santé etc. Elles doivent s'inscrire dans deux leviers d'actions inspirés de l'analyse réalisée par Kreuter et Green<sup>263</sup> concernant les comportements de santé :

<sup>262</sup> Direction interministérielle de la transformation publique (DITP). (2024, décembre). *Prévention en santé : concevoir des communications numériques optimales.*

<sup>263</sup> Green L. and Kreuter M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach.* 4<sup>th</sup> Edition, McGraw Hill, New York.

- créer une nouvelle culture du dépistage afin de mobiliser les citoyens sur le sujet en leur donnant les connaissances nécessaires ;
- passer de l'intention à l'action en favorisant les comportements vertueux pour atteindre des objectifs ambitieux de dépistage et de diagnostic précoce.

## 2.1. CRÉER UNE NOUVELLE CULTURE DU DÉPISTAGE EN FRANCE, MARQUANT UN VRAI TOURNANT DU CURATIF AU PRÉVENTIF

### Objectif 1

Positionner la prévention comme clé de voûte d'une politique de santé ambitieuse et efficiente en France.

**Recommandation 1** : mieux comprendre les freins et les barrières au dépistage des Français, pour renforcer l'efficacité de la politique de dépistages.

- Afin d'analyser les comportements particuliers à la santé préventive en prenant exemple sur les études réalisées pour le dépistage du cancer du sein par la direction interministérielle de la transformation publique (DITP)<sup>264</sup> ou bien par Santé Publique France pour le tabac<sup>265</sup> – **mutualiser ces études autour d'un pôle de réflexion comportementale au sein du Ministère de la Santé** impliqué dans l'élaboration de la politique de dépistage.

<sup>264</sup> Direction interministérielle à la transformation publique – Behavioural Insight Team. (2023, juin). *Dépistage du cancer du sein : passer de l'intention à l'action.*

<sup>265</sup> Santé publique France. (2024, novembre). *Efficacité d'une intervention visant à augmenter les discussions sur le sevrage tabagique en médecine générale : l'étude Tabac-Pro.*

- Réaliser une étude des barrières au dépistage et penser les campagnes autour d'actions et d'objectifs particuliers par groupes populationnels (les jeunes, les personnes éloignées du soins, les personnes inquiètes, les personnes qui ne prennent pas le temps...) afin de **remettre les préférences du citoyen au cœur de l'élaboration de la politique de dépistage.**

Il est impératif, pour faire émerger une telle culture du dépistage efficace, de mieux comprendre les habitudes et les préférences des citoyens. Comme cela a été démontré dans la première partie de la note, des biais peuvent influencer les agissements des citoyens. **Ainsi, les mauvais résultats aux dépistages organisés démontrent que l'investissement, la durée et les preuves d'intérêt ne suffisent pas à faire en sorte que les Français agissent pour leur santé préventive.** En ce sens, la consultation accrue des citoyens dans l'élaboration des incitations au dépistage, les études en sciences comportementales et le *nudge* peuvent être des outils pertinents à considérer. À l'instar de l'institution néerlandaise Pharos (*Dutch Centre of Expertise on Health Disparities*), qui teste les mesures de prévention primaire et secondaire avec les usagers du système de santé<sup>266</sup>. Inclure les citoyens dans l'élaboration et tester avec eux les outils de prévention doivent être prioritaires.

Les *nudges* – de l'anglais « coup de coude », ou plutôt « coup de pouce » – désignent l'ensemble de démarches incitatives qui peuvent influencer, sans aucune obligation ou menace de sanction, sur le comportement des individus. Dans le cadre de l'incitation à la réalisation d'actes de dépistage, il est envisageable d'instaurer des *nudges* basés sur les informations émises suite à un remboursement de soins, ou la réalisation d'un questionnaire d'antécédents. Ainsi, le système d'opt-out pour la création de mon espace santé a été une utilisation utile de la connaissance des sciences comportementales afin d'améliorer le déploiement d'un outil nouveau<sup>267</sup>.

<sup>266</sup> <https://www.pharos.nl/english/>.

<sup>267</sup> Assurance maladie. (2022, octobre). *Mon espace santé. Le nouveau carnet numérique pour faciliter le suivi des soins des patients.*

**De plus, il est nécessaire de mettre fin aux incertitudes qui entourent le pilotage des politiques de prévention en France en intégrant pleinement l'usage des données statistiques**, afin de construire une stratégie de santé publique fondée sur des bases solides, mesurables et ajustables, le cas échéant.

En premier lieu, pour optimiser sa valorisation auprès des citoyens, **la collecte et la publication de données précises concernant le dépistage** doivent être renforcées notamment **sur la participation au dépistage**, afin de pallier certains déficits informationnels qui restreignent l'identification de besoins de santé publique. Par exemple, la base de données de l'Union européenne « Eurostat » ne dispose pas de données comparables parmi les 27 États membres concernant le taux de dépistage des populations à risque ; Eurostat ne dispose de données que sur le nombre de sorties d'hospitalisations ou de mortalité causées par des maladies cardiovasculaires<sup>268</sup>. D'autres pays, notamment l'Australie, disposent de données précises quant aux facteurs de risques et la consommation des soins, dont de prévention, par tranche d'âge<sup>269</sup>.

En second lieu, il est nécessaire **d'estimer et chiffrer plus finement les efforts que la puissance publique déploie pour la prévention en santé**. Or, les dépenses en la matière « restent mesurées de manière imprécise et incomplète », comme continuait de l'affirmer la Cour des comptes en 2021<sup>270</sup>, entraînant leur sous-estimation chronique jusqu'à plusieurs milliards d'euros par an<sup>271</sup>. En effet, contrairement à d'autres pays de l'OCDE<sup>272</sup>, la méthode employée par la DREES pour estimer les dépenses de prévention remboursées par l'Assurance maladie a tendance à intégrer des actes de prévention dans les catégories de soins curatifs, excluant de fait une grande partie des dépenses de prévention

<sup>268</sup> Eurostat. (2024, juillet). *Cardiovascular diseases statistics*.

<sup>269</sup> Australian Institute of Health and Welfare. (2024, avril). *Health of young people*.

<sup>270</sup> Cour des comptes. (2021). *La politique de prévention en santé*, (p. 10).

<sup>271</sup> *Ibid*, p. 47.

<sup>272</sup> OECD. (2017, décembre). *How do OECD countries spend on prevention? OECD Health Working papers n° 101*.

des outils de comparaisons internationales. C'est en particulier le cas de nombreuses vaccinations et dépistages individuels ayant lieu en dehors des programmes dédiés, dans le cadre de consultations de médecins de ville ou hospitaliers<sup>273</sup>. Une actualisation de la caractérisation *a priori* des actes par des experts, comme celle réalisée en 2016, permettrait d'inclure l'ensemble des actes à nature indéniablement préventive – et déjà recensés – dans la nomenclature, pour éclaircir le suivi des dépenses de prévention remboursées<sup>274</sup>. Ainsi, sur la dernière décennie, environ 15 Mds €<sup>275</sup> auraient été consacrés annuellement à la prévention en France, dont 0,3 à 0,4 Md €<sup>276</sup> par an sont consacrés au dépistage à proprement parler, soit à la détection précoce de maladies. Le dépistage *stricto sensu* représente donc 0,1 % des dépenses totales en santé (qui s'élevaient à 333 Mds €<sup>277</sup> en 2023 soit 11,9 %<sup>278</sup> du PIB et 27 % des dépenses de protection sociale), et la prévention à moins de 2 %. Pour autant, **quantifier les dépenses en prévention n'est pas chose aisée tant les politiques publiques sont variées et portées par des acteurs nombreux et des enveloppes budgétaires diverses**. La politique de prévention financée par la sécurité sociale mais également dans le budget de l'État à travers la mission santé est complétée par des dépenses figurant dans vingt-trois autres programmes budgétaires, selon le rapport réalisé à l'Assemblée nationale en amont des débats pour 2023<sup>279</sup>. Ainsi par exemple, les comparaisons aux investissements européens sont complexes dû à un financement centralisé autour d'acteurs et de lignes budgétaires mieux identifiés chez nos voisins. **La France apparaît ainsi comme un acteur sous-investissant dans la prévention en**

<sup>273</sup> *Ibid.*

<sup>274</sup> *Cour des comptes. (2021). La politique de prévention en santé, (p. 47).*

<sup>275</sup> 57 % des dépenses institutionnelles sont administrées directement par l'État et les collectivités, 30 % par les entreprises via la médecine du travail et 16 % par l'assurance maladie.

<sup>276</sup> Selon les chiffres de la *Drees* (2024).

<sup>277</sup> Selon la dernière estimation du *PIB 2023 de l'Insee*, soit 2 805 Md €.

<sup>278</sup> *Chiffres clés de la sécurité sociale, 2024.*

<sup>279</sup> *Cazeneuve J-R. (2022, octobre). Rapport n° 292 au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi de finances pour 2023, annexe 41.*

**santé**<sup>280</sup> comparé à ses voisins européens. Si les 12,657 Mds€<sup>281</sup> que la France a dépensés en 2022 la place en deuxième position derrière l'Allemagne (qui a dépensé plus du triple, soit 38,335 Mds€) parmi les 27 États membres, la France se situe en réalité en-deçà de la moyenne européenne une fois les dépenses rapportées au nombre d'habitants : 185,96€ par habitant en France contre 202,15€ pour l'UE. En ce sens, il est nécessaire de rendre prioritaire l'efficience des deniers publics investis en prévention plutôt que de s'intéresser uniquement aux montants investis. **Chiffrer la valeur de la prévention pourrait ainsi permettre de valoriser et rémunérer les professionnels de santé qui les dispensent de sorte à créer un cadre d'incitation favorable.**

Un tel effort favoriserait aussi la recherche et l'innovation dans le domaine. À terme, **l'accessibilité de données robustes conditionne le développement d'une médecine prédictive et personnalisée**<sup>282</sup>, davantage tournée vers le suivi en continu des risques propres au « profil » de chaque patient, qui se verrait suggérer des recommandations de dépistage et de prévention adaptées. Selon une étude, deux Français sur trois seraient prêts à partager leurs données de santé si cela permettait à une IA de leur générer des conseils de santé personnalisés<sup>283</sup>. Dans certains cas, des pathologies pourraient être dépistées jusqu'à 5 ans avant l'apparition des premiers symptômes, comme cela a été démontré par des chercheurs américains s'agissant du cancer du sein<sup>284</sup>. Le développement de l'intelligence artificielle (IA) en santé offre des perspectives majeures grâce au croisement de données à grande échelle et au financement attendu dans les feuilles de route du numérique

<sup>280</sup> *Les soins préventifs désignent toutes les mesures visant à prévenir ou réduire la gravité des maladies et blessures, ainsi que leurs complications, en s'appuyant sur une stratégie de promotion de la santé qui agit sur les déterminants immédiats de la santé (Pomey et al., 2000, A System of Health Accounts 2011, édition révisée, p. 100). Toutefois, dans certains pays, les dépenses de soins préventifs sont souvent incluses dans celles des soins curatifs, entraînant une sous-estimation.*

<sup>281</sup> Eurostat. (2023, novembre). *Health care expenditure by function.*

<sup>282</sup> Institut Montaigne. (2024, février). *Données de santé : libérer leur potentiel.*

<sup>283</sup> Edhec, Bristol Myers Squibb, Game changer, Ipsos (2024, avril). *Perception des Français sur la santé connectée – Vague 2.*

<sup>284</sup> *Ibid*, p. 46.



en santé et de l'intelligence artificielle en santé. La réflexion de cette dernière a été amorcée le 11 février 2025 par Yannick Neuder, ministre chargé de la Santé et de l'Accès aux soins, en marge du Sommet pour l'action sur l'IA<sup>285</sup>. L'un des objectifs de ces deux feuilles de route est d'accompagner le développement d'innovations embarquant de l'IA au service d'une « santé préventive et participative » (objectif IA 1-1), à l'instar de projets comme « DEEP.PISTE », piloté par le CRDC Occitanie, afin d'optimiser le dépistage organisé du cancer du sein, ou encore l'expérimentation, pilotée par la CNAM et la HAS, visant à évaluer l'impact médico-économique de l'aide au diagnostic et à la lecture des ECG (électrocardiogrammes) avec de l'IA pour accompagner les médecins généralistes<sup>286</sup>.

La donnée sera au cœur d'une stratégie visant à valoriser les leviers préventifs et à permettre leur montée en puissance. Cette politique devra nécessairement être le fruit d'un choix rationnel assumé grâce aux informations disponibles et mise en œuvre par un acteur central.

— **Recommandation 2** : définir un acteur de référence et clairement identifiable en charge de la politique de prévention.

- Si **Santé publique France** semble aujourd'hui être l'acteur le plus à même de porter ces sujets car trois de ses six missions<sup>287</sup> apparaissent particulièrement en lien avec les enjeux de la politique de prévention (la promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé, le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé et la surveillance de l'état de santé des populations). Il s'agira cependant de clairement expliciter les missions préventives

<sup>285</sup> Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. (2025, février). Publication de l'état des lieux de l'intelligence artificielle (IA) en santé en France, communiqué de presse.

<sup>286</sup> Ministère chargé de la Santé et de l'Accès aux soins. (2025, février). Mettre l'IA au service de la santé : état des lieux des actions engagées en matière d'IA en santé pour accélérer l'innovation.

<sup>287</sup> Santé publique France (2025, février). Qui sommes-nous ?

de cet acteur par rapport aux missions de préparation aux risques sanitaires afin de donner une plus grande lisibilité au citoyen entre enjeux préventifs et enjeux sanitaires ou bien de créer une branche de communication prévention et une autre épidémiologique et urgence sanitaire. Le budget consacré à la prévention au sein de Santé publique France était en 2021 de 84 M€<sup>288</sup>.

- la **Cnam** pourrait également voir son rôle renforcé comme cela est déjà le cas en tant qu'acteur de santé majeur sur le territoire et notamment grâce à son rôle dans les campagnes de dépistages organisés des cancers et son action entamée dans le cadre du dépistage des risques cardiovasculaires, du diabète et de l'insuffisance chronique. Sa gestion actuelle du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) à hauteur de 470 M€ pour 2023 en font un acteur central<sup>289</sup>.
- **D'autres acteurs publics sont également investis aujourd'hui sur ces enjeux** : la DGS « chargée de préparer la politique de santé publique et de contribuer à sa mise en œuvre »<sup>290</sup>, l'INCa pour les cancers, les ARS, le HCSP, la HAS et les collectivités territoriales notamment.

Ce morcellement des acteurs en charge de la prévention (sans compter les acteurs du cadre privé – entreprises et associations) rendent parfois peu lisible pour les citoyens la désignation d'un acteur principal chargé de cette politique et ainsi auprès duquel chercher les informations dans le cadre du déploiement de cette dernière. Il s'agira donc de déterminer quel acteur doit porter principalement cette politique publique de prévention en tant que chef de file pour devenir le guichet unique d'information et renforcer tant les messages portés que l'efficacité des politiques publiques menées. Par ailleurs, en comparaison aux pays voisins,

<sup>288</sup> *Cour des comptes. (2022, décembre). Santé publique France : Des missions étendues, une stratégie à mieux définir – Communication à la commission des affaires sociales du Sénat.*

<sup>289</sup> *Gouvernement. (2025). Annexe au projet de loi de finances pour 2025. La prévention en santé.*

<sup>290</sup> *Ibid.*

un investissement supplémentaire en ressources humaines est nécessaire afin de permettre une politique de prévention portée de manière efficiente. En effet, le Public Health England compte 879 agents en charge de l'amélioration de l'état de santé des citoyens en 2016 quand les agents français au sein de Santé publique France n'étaient en 2021 que de 72<sup>291</sup>.

La réflexion doit donc également se porter sur l'organisation et le déploiement d'une stratégie globale de dépistage portée par les pouvoirs publics. Cette parcellisation de la politique de prévention et de ces financements ainsi que des acteurs chargés de son déploiement démontre d'un risque de perte d'efficience et l'illisibilité à endiguer.

— **Recommandation 3** : faire du dépistage pluri-pathologique une priorité de santé publique.

**Cible#1** : penser le dépistage à travers des objectifs quantifiables et des outils de suivi efficaces.

- **Coordonner l'élaboration de la feuille de route autour d'objectifs quantifiables** par le Ministère de la Santé en lien avec l'acteur de la prévention désigné ci-dessus (Cnam, Santé publique France ou autre acteur) en assurant l'inclusion de tous les acteurs publics (l'éducation nationale, la santé, les solidarités, l'égalité H/F, l'enseignement supérieur, les collectivités territoriales, la HAS, le HCSP, les ARS, l'INca) et les acteurs privés investis du sujet (mutuelles, associations de patients, fédérations...). Il s'agira d'assurer la disponibilité des indicateurs à prendre en compte pour la réalisation des objectifs, de définir des actions concrètes visant à améliorer le dépistage, de structurer l'offre de dépistages pour un égal accès sur le territoire.

<sup>291</sup> Eurostat. (2023, novembre). Health care expenditure by function.

- **La feuille de route dépistage s'attachera également à distinguer les missions de Mon espace santé et d'Améli en proposant d'axer « Mon espace santé » sur le préventif et « Améli » sur le curatif.** Ceci, dans le but de rendre ainsi plus lisible la distinction entre ces deux plateformes pour les citoyens et permettre d'encourager l'usage de Mon espace santé à travers l'utilisation des sciences comportementales pour tirer profit de cette application. Par ailleurs, l'ergonomie du site ainsi que l'interopérabilité des données saisies par les soignants sur d'autres plateformes (ex. Doctolib) envers Mon espace santé devra être renforcée, pour mutualiser les informations renseignées par les professionnels<sup>292</sup>.
- **Systématiser l'évaluation chiffrée de l'impact socio-économique et sanitaire des programmes de dépistage, vérifier la réalisation des objectifs et en valoriser l'impact auprès des usagers du système de santé** (grâce aux travaux de l'IRDES, DREES, Cnam...) afin par la suite de définir la poursuite d'une action de dépistage selon l'atteinte des objectifs.

## **Cible #2 : améliorer le diagnostic de pathologies dont l'errance diagnostique est avérée.**

- **Dans le cadre d'Alzheimer, prendre en compte les recherches existantes notamment celles visant à déterminer les signaux précurseurs de la maladie** (dépression et anxiété apparaissant 9 ans avec le diagnostic et la constipation et la perte de poids anormale notable 7 ans avant<sup>293</sup>) afin de mettre en oeuvre un protocole de dépistage d'Alzheimer.

<sup>292</sup> Cour des comptes. (2024, mai). *Mon espace santé : des conditions de réussite encore à réunir, Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2024.*

<sup>293</sup> Nedelec T., et al. (2022, mars). *Identifying health conditions associated with Alzheimer's disease up to 15 years before diagnosis: An agnostic study of French and British health records. The Lancet Digital Health, 4(3), e169-e178.*

- Dans le cadre de l'endométriose et l'ostéoporose, **prévoir un parcours de prévention spécifique aux particularités de la santé de la femme tels qu'en** introduisant un suivi pour risque d'endométriose pour toute femme aux règles douloureuses dès 18 ans si ce dernier n'a pas été entamé avant et en facilitant le déploiement de test de diagnostic disponible (tel que l'Endotest suite à l'annonce de la prise en charge de ce dernier<sup>294</sup>). De plus, améliorer le diagnostic précoce de l'ostéoporose afin de diminuer les fractures évitables en élargissant la prise en charge de l'ostéodensitométrie et en réalisant un état des lieux de l'accès à ces outils diagnostiques sur le territoire pourrait être pertinent à considérer.
- **Limiter les biais de genre** en améliorant la représentation des femmes dans les cohortes d'essais cliniques<sup>295</sup> en faisant de ce sujet une priorité.

### **Cible #3 : améliorer l'adhésion au dépistage à travers un parcours de prévention tout au long de la vie.**

- Prévoir **un parcours de prévention aux échéances claires et personnalisées s'appuyant notamment sur les bilans préventions existants afin de créer des habitudes de dépistage** grâce aux données disponibles sur Améli et Mon espace santé.
- **Introduire un bilan prévention entre 25 et 45 ans** afin d'assurer un suivi du parcours de prévention sans interruption qui pourra être défini comme réalisé dans le cadre des examens demandés pour l'obtention d'un prêt ainsi que lors de la grossesse des femmes. L'occasion de la grossesse des femmes pourrait en ce sens être une opportunité de check-up pour les partenaires de ces dernières également.

<sup>294</sup> Twitter France Inter. (2025, février). @CaVautrin sur les tests de détection de l'endométriose : « On met fin, avec ce test, à sept ans d'errance médicale en moyenne ».

<sup>295</sup> Harvard Medical School. (2022, juin). More Data Needed Study shows females underrepresented in key disease clinical trials.

Trop souvent encore le dépistage n'est considéré que dans le cadre des dépistages organisés des cancers alors même que la prévalence de certaines maladies chroniques et la capacité à les détecter en amont démontre de son intérêt pour une multitude de pathologies. Il représente **un des leviers de politique publique principaux à considérer pleinement dans le cadre de la prévention secondaire.**

Ainsi, alors que le dépistage a été largement organisé au niveau national, principalement autour des trois cancers, la première partie de cette note a démontré l'intérêt de considérer une multitude de pathologies pour lesquelles la détection précoce permet d'améliorer la qualité de vie et la prise en charge des patients tout en diminuant l'évolution de la maladie. Cette approche pluri-pathologique doit être conduite également dans la définition d'une politique de santé ambitieuse pour son volet prévention. En ce sens, il apparaît essentiel de **faire du dépistage un chantier prioritaire en transformant la vision de ce dernier pour qu'il englobe toutes les pathologies d'intérêt plutôt que d'être pensé en silo à travers une feuille de route dédiée.** Seul un portage national permettra de surmonter les limites d'une politique de dépistage individuel éparse qui est souvent la conséquence de la structuration et de la communication, ou non, d'associations dans le domaine. De manière générale, les politiques de prévention ont aujourd'hui été menées à travers le biais du curatif qui a imprégné majoritairement toutes les mesures de santé depuis des décennies.

**D'autre part, systématiser une évaluation chiffrée de l'impact des programmes de dépistage, éclairer des arbitrages et valoriser le retour sur l'investissement que le dépistage génère à moyen terme constituent des leviers majeurs pour améliorer le déploiement et l'adhésion aux campagnes de dépistage.** Ce retour sur l'investissement est lié à une moindre consommation de temps médical, de traitements et de frais d'hospitalisation en cas de dépistage précoce, mais aussi au manque à gagner économique lié à la baisse de la production engendrée par les arrêts maladies, à la réduction de la productivité au

sens large et aux décès prématurés. À cela s’ajoute aussi le coût évité de l’errance diagnostique induite par un diagnostic tardif mais pour lesquels les données manquent.

Les pouvoirs publics devront eux aussi se saisir au mieux de ce chiffrage pour construire une politique publique du dépistage fondée sur la réalisation d’objectifs quantifiés, en termes de bénéfices sanitaires et socioéconomiques. Il s’agira de mettre en œuvre une approche pragmatique qui permettra, à partir d’évaluations régulières, de poursuivre (et développer) les initiatives avec une véritable valeur ajoutée, et d’identifier et mettre fin aux mesures n’ayant pas démontré de gains significatifs.

L’opportunité d’un programme de dépistage est déterminée par une analyse coût-bénéfice précise basée sur de nombreux critères, comme rappelé par la Haute autorité de santé (HAS)<sup>296</sup> : au premier chef, la disponibilité de traitements efficaces pouvant être proposés en cas de diagnostic positif ; le caractère acceptable et accessible de l’examen ; l’intérêt d’un dépistage précoce pour réduire la mortalité de la maladie. **Les autorités sont très précautionneuses sur ces campagnes organisées car un dépistage massif augmente de fait l’incidence de la maladie dépistée et nécessite une prise en charge des patients diagnostiqués.** Le cas des maladies cardio-métaboliques (diabète, hypercholestérolémie, obésité, maladies cardiaques, vasculaires ou encore rénales) est particulièrement intéressant à analyser : première cause de mortalité en France, on compte par ailleurs plus de 15 millions d’individus à haut ou très haut risque cardiovasculaire<sup>297</sup>. Si elles se forment de façon silencieuse, une fois la forme grave atteinte, des maladies chroniques comme le diabète, l’insuffisance cardiaque ou rénale engendrent un suivi onéreux et sur le long-cours. Les patients à risque de développer ces formes graves sont pourtant identifiables du fait de leurs comportements (alimentation, tabagisme, sédentarité) mais aussi d’antécédents familiaux,

<sup>296</sup> Haute Autorité de Santé. (2016, mai). *Dépistage : objectif et conditions*.

<sup>297</sup> Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. (2024, octobre). *Note d’information sur les maladies cardio-neurovasculaires*.

comme dans le cas de l'hypercholestérolémie familiale, par exemple<sup>298</sup>, mais aussi du diabète. L'enjeu est d'autant plus grand que ces maladies sont très interconnectées. Comme rappelé au colloque de l'Institut hospitalo universitaire (IHU) ICAN du 28 novembre 2024<sup>299</sup> par le Pr Christian Boitard, secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de médecine, une personne atteinte de diabète de type 1 sera plus susceptible de développer une complication rénale et présentera un risque plus élevé de décès d'origine cardiaque. En ce sens, dépistage et capacité de prise en charge thérapeutique doivent nécessairement aller de pair. L'enjeu du surdépistage doit également être pris en compte tel que cela est visible dans le cas de la prise en charge du cancer de la prostate pour laquelle la France avait une des incidences les plus fortes (336 pour 100 000 hommes) et une mortalité bien plus faible<sup>300</sup>. Ainsi, cette note insiste sur le difficile équilibre à trouver pour atteindre **le juste dépistage en évaluant son impact sur un champ large de pathologies de sorte à optimiser l'allocation des ressources médicales et budgétaires. Cela est particulièrement nécessaire pour diminuer l'errance diagnostique de certaines pathologies, pour cibler au mieux les citoyens à dépister afin d'assurer l'efficience et la confiance.** Cette dernière est cruciale notamment parce que les dépistages, comme tout protocole de santé, sont faillibles. Or, les impacts potentiels suite à un test de dépistage faussement positif ou faussement négatif doivent impérativement être pris en compte. Une étude a ainsi démontré que les faux positifs lors d'un dépistage d'un cancer du sein impactent négativement le retour des femmes pour une nouvelle mammographie<sup>301</sup>. La feuille de route pour le dépistage doit donc être pensée de manière holistique afin d'assurer qu'elle puisse correspondre à la pluralité des pathologies tout en évitant les écueils d'un dépistage massif qui pourrait être source d'écueils.

<sup>298</sup> Association ANHET. (n.d). *L'Hypercholestérolémie Familiale en chiffres. Site de l'ANHET.*

<sup>299</sup> Fondation pour l'innovation en Cardiométabolisme et nutrition. (2024, novembre). *Colloque exceptionnel : Maladies cardiométaboliques, tous concernés !*

<sup>300</sup> Vaccarella et al. (2024, septembre). *Prostate cancer incidence and mortality in Europe and implications for screening activities: population based study. BMJ.*

<sup>301</sup> O'Donoghue C., Eklund M., Ozanne E. M., et Esserman L. J. (2024, octobre). *Association between false-positive results and return to screening among women undergoing routine mammography. Annals of Internal Medicine, 177(5), (pp. 673–68).*



Pour autant, **certaines pathologies ont été sous-investies et leur dépistage a été rendu plus difficile ou leur structuration moins aboutie.** Si aujourd’hui l’endométriose est une pathologie de plus en plus documentée, certaines données manquent encore pour répondre aux enjeux de soins équitables. De même, le dépistage de l’ostéoporose apparaît retardé par rapport à la structuration d’un dépistage pour d’autres pathologies. En effet, le dépistage de l’ostéoporose est permis par l’examen d’ostéodensitométrie qui aujourd’hui est pris en charge selon des critères de risques<sup>302</sup>. Il serait pertinent de considérer ces pathologies comme des priorités de dépistage, compte tenu de leur prévalence et des dépenses afférentes qui pourraient être diminuées grâce à un diagnostic précoce. Enfin, ces pathologies méritent également qu’un regard renforcé soit posé sur le biais de genre. En effet, les femmes ont des taux d’adhésion plus faibles que les hommes quant au dépistage des maladies cardiovasculaires<sup>303</sup>. Chemin faisant, il est nécessaire de prêter une attention particulière aux biais présents dans la recherche, dont certains s’expliquent par un manque de diversité des effectifs – tant parmi les chercheurs que les participants –, limitant ainsi la pertinence des résultats obtenus<sup>304</sup>. Ainsi, afin d’assurer la prise en compte de ces pathologies de manière précoce et équitable, une prise en charge renforcée des protocoles devrait être envisagée en parallèle d’une recherche limitant les biais de genre.

**Par ailleurs, malgré un vœu pieu de se faire dépister, l’intention ne signifie pas obligatoirement de parvenir à le réaliser**<sup>305</sup>. Une analyse réalisée par la DITP et le *Behavioural Insight Team*<sup>306</sup> dans le cadre de la politique de dépistage du cancer du sein a démontré que même si les femmes interrogées souhaitaient se faire vacciner, des freins d’accès, de temps ou simplement d’oubli les en empêchaient. **Or, le parcours de**

<sup>302</sup> Assurance maladie. (2020, décembre). L’ostéodensitométrie, dans *Prévention et dépistage*.

<sup>303</sup> INSERM. (2022, septembre). L’influence du genre dans la participation aux programmes de dépistage cardiovasculaire.

<sup>304</sup> (n.d.) What is Gendered Innovations? *Methods of Sex, Gender, and Intersectional Analysis*.

<sup>305</sup> Gollwitzer P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), (pp. 493–503).

<sup>306</sup> Direction interministérielle de la transformation publique - *Behavioural Insight Team*. (2023, juin). *Dépistage du cancer du sein : passer de l’intention à l’action*.

**soins est aujourd’hui proposé soit à travers le carnet de santé pour l’enfant, nouvellement dématérialisé, soit à travers des échéances déterminées autour du dépistage des trois cancers ou bien lors d’un diagnostic à travers un parcours prévu par le médecin traitant. Hors du soin, à l’âge adulte, le parcours doit se faire de manière proactive par les citoyens eux-mêmes sans être explicitement proposé par la puissance publique (au-delà des documents réalisés par la Cnam<sup>307</sup>) et ainsi pâtit d’interruptions, notamment entre 18 et 45 ans, comme le démontre l’étude de l’évolution de la consommation médicale par âge menée par WTW France<sup>308</sup>. Le dispositif « Mon bilan prévention », expérimenté au dernier trimestre 2023 dans les Hauts-de-France<sup>309</sup> et généralisé depuis juin 2024<sup>310</sup>, contribue, entre autres, à limiter cette discontinuité du suivi proposé assuré par l’État<sup>311</sup>. Toutefois, le champ large des sujets abordés lors de ces rendez-vous limite leur impact sur l’accès et la participation au dépistage. Enfin, les âges visés excluent de fait les 18-24 ans, par exemple, alors même qu’ils sont ceux les moins investis actuellement des sujets de dépistage.**

**Pour l’analyse de données, l’IA et le « big data » offrent des potentialités de croisement des données du questionnaire et entre applications** (notamment celles incluses dans le catalogue Mon espace santé) afin de déduire des dépistages nécessaires ou bien de proposer des actions complémentaires. Ces données seraient périodiquement revues par les soignants pour venir corriger ou augmenter les analyses produites et aiguiller le patient.

<sup>307</sup> Caisse Primaire d’Assurance Maladie de la Charente-Maritime. (2024, juillet). *Prévention à tous les âges.*

<sup>308</sup> WTW France. (2023, juin). *Réforme des retraites : quel impact sur les régimes de Santé et Prévoyance ?*

<sup>309</sup> Ordre national des pharmaciens. (2023, octobre). *Mon bilan prévention : généralisation du dispositif en janvier 2024.*

<sup>310</sup> Santé publique France. (2024, septembre). *Mon bilan prévention : lancement d’un dispositif ambitieux pour améliorer la santé des Français, dossier de presse.*

<sup>311</sup> « Mon bilan prévention » incite toute personne à prendre part à un temps d’échange avec un professionnel de santé (médecin traitant, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes) à différents âges clés de la vie : entre 18 et 25 ans, 45 et 50 ans, 60 et 65 ans et 70 et 75 ans (Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, « Mon Bilan Prévention : en quoi ça consiste ? »).

Grâce à cette analyse, **les étapes du parcours de dépistage pourront être adaptées selon le genre et autres caractéristiques clés de chaque individu**, qui se les verrait rappeler selon les échéances correspondantes. La réalisation de chacune de ces étapes permettrait – sinon de détecter une maladie – de collecter des données de santé utiles pour calculer les indicateurs clés de santé du patient (ex. IMC, tension artérielle, glycémie, poids, âge, activité physique, antécédents familiaux, etc.). Ces indicateurs, pris dans leur ensemble, permettraient de constituer et d'enrichir progressivement un « profil » pour chaque individu avec ses facteurs de risque, actes de dépistage et médicaux passés et suggérés. **L'ensemble des indicateurs collectés permettrait un suivi plus fin par les médecins consultés par chaque patient, tout en facilitant le dialogue entre médecine de ville et des hôpitaux via l'espace sécurisé qu'est « Mon espace santé »**. Une telle approche semble particulièrement pertinente pour aider à la détection et au suivi de pathologies comme les maladies cardio-métaboliques<sup>312</sup>. En effet, ces dernières se forment de façon progressive et silencieuse, et sont largement corrélées aux comportements des personnes et à l'évolution de facteurs de risque (ex. tension artérielle, glycémie), mais aussi à la présence d'autres maladies et se prêtent mal à des examens binaires et périodiques, comme pour les grands cancers.

**Pour être optimale, cette approche doit s'appuyer sur une alimentation et une consultation renforcées, par l'ensemble de la population, du dossier médical dématérialisé hébergé par la plateforme « Mon espace santé »** qui, au 1<sup>er</sup> janvier 2024, comprenait certes 65,1 millions de comptes ouverts, mais seulement 15 % d'entre eux étaient activés, soit près d'un assuré sur cinq<sup>313</sup>. Néanmoins, le taux d'activation et de consultation de la plateforme devrait croître au fil du temps, à l'instar du Health Information System d'Estonie, qui comprenait en 2024 des

<sup>312</sup> Service public d'information en santé (SPIS). (2021, mars). *Prise de Décision Partagée en Santé Préventive : application au risque cardio-vasculaire*.

<sup>313</sup> Cour des comptes. (2024, mai). *Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2024, « Mon espace santé »*.

dossiers numériques pour près de 100 %<sup>314</sup> de la population du pays, après avoir été créé en 2008, soit presque 14 ans plus tôt que Mon espace santé, qui a été lancé en janvier 2022<sup>315</sup>. Un levier d'incitation à consulter davantage Mon espace santé serait la clarification de ses objectifs, notamment au regard d'autres plateformes comme Améli. Il sera noté qu'une telle recommandation dépend crucialement de la capacité à **repenser l'architecture et le champ de ses données et des liens entre « Mon espace santé » et d'autres bases de données, ainsi que les garanties légales** permettant de protéger la vie privée des personnes dont les données personnelles et sensibles seront consultées et stockées, en application du RGPD. En outre, ce travail est incontournable du fait du succès que certaines plateformes connaissent actuellement : si près de près de 500 000 personnes se connectent chaque semaine sur Mon espace santé en 2023<sup>316</sup>, Doctolib rapportait environ 15 millions de rendez-vous pris en ligne par mois en 2024<sup>317</sup> (soit près de 690 000 par semaine). Un autre chantier consistera à faciliter le dépôt et la consultation de données par les patients, de même que leur utilisation faite par les professionnels de santé et d'analyser les préférences de ces derniers pour éviter les doublons – cela dans le contexte de la mise en place d'un volet « Santé » par Doctolib<sup>318</sup>. L'ergonomie de la plateforme est particulièrement notable ainsi que la facilitation de la prise de rendez-vous de dépistage répondant aux enjeux visant à faciliter le passage à l'action. Il s'agira donc d'assurer la coexistence de multiples outils visant à permettre le suivi de la santé des citoyens ainsi que d'analyser la préférence des Français quant aux usages de ces différentes plateformes. Cela est nécessaire pour que les deniers publics investis dans les outils numériques permettent réellement le suivi efficace des Français dans le cadre d'une politique préventive ambitieuse. Cette analyse est aussi essentielle pour éviter que les informations ne

<sup>314</sup> e-Estonia (site de l'administration estonienne). (2024). e-Health.

<sup>315</sup> Agence du numérique en santé. (2024). Mon espace santé.

<sup>316</sup> Cour des comptes. (2024, mai). Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2024, « Mon espace santé ».

<sup>317</sup> Doctolib. (2024). Rapport d'impact 2024.

<sup>318</sup> France Assos Santé. (2024, décembre). Qui veut la peau de Mon espace santé ?

soient diluées entre plusieurs outils au risque de renforcer l'illisibilité des citoyens. En effet, un tiers des personnes interrogées pensent qu'il est difficile de trouver une source fiable en matière de santé en raison de la multiplicité des sources<sup>319</sup>.

Ainsi, grâce à une collecte de données centralisée, alimentée par chacun des praticiens impliqués dans le suivi médical d'un patient au sein d'un même espace numérique, **un parcours de dépistage interactif, ponctué de rappels automatiques pourrait être reconstruit**. Les biais comportementaux préalablement analysés dans cette note soulignent la difficulté des individus à se projeter dans l'avenir et invite donc à créer des échéances claires pour faciliter l'action des citoyens, à l'instar de celles identifiées, tout le long de la vie, par le National Health Service du Royaume-Uni<sup>320</sup>. Il s'agit donc de créer des moments précis de prévention autour d'un parcours de santé, autant abouti que pour celui de soins. De plus, des études ont démontré que les personnes allant rarement se faire dépister étaient plus anxieuses vis-à-vis de cette pratique. Elles sont moins d'une sur deux à estimer que le dépistage augmente grandement les chances de détection de la maladie ainsi que les chances de guérison (vs 69 % et 62 % respectivement pour celles ayant des dépistages réguliers)<sup>321</sup>. En ce sens, créer de nouvelles échéances de dépistage et un parcours de prévention personnalisé permettrait sans doute de limiter les biais des citoyens et l'appréhension de ces derniers en créant des habitudes de santé bénéfiques tout en conservant l'équilibre du juste dépistage.

<sup>319</sup> Verian pour Harmonie Santé en partenariat avec l'INSERM. (2025, février). *Fake news et santé : comment faire face ?*

<sup>320</sup> National Health Service. (2023, août). *NHS vaccinations and when to have them*.

<sup>321</sup> Direction interministérielle à la transformation publique. (2023, juin). *Dépistage du cancer du sein : passer de l'intention à l'action*.

## Objectif 2

Créer une conscience sanitaire éclairée chez les Français : développer un intérêt pour la préservation de son capital santé.

**Recommandation 4** : communiquer et informer largement sur le dépistage pluri-pathologique et améliorer les connaissances des Français en santé.

- Créer une **stratégie de communication et d'informations autour du dépistage** portée par l'acteur de la prévention défini en recommandation n° 2 en y introduisant la notion de « **préservation du capital santé** » afin de sensibiliser les Français aux enjeux préventifs.
- Cette stratégie comprend une **campagne de sensibilisation en recourant aux témoignages de personnalités** afin de sensibiliser sur l'intérêt du dépistage et d'éviter comme unique porte parole des personnes ayant eu un dépistage positif. Pour 96 % des jeunes utilisant les réseaux sociaux pour s'informer en santé ce type de campagne est essentiel<sup>322</sup>. Des campagnes de sensibilisation existent déjà pour plusieurs pathologies et ont fait appel à des personnalités connues. Ainsi Thomas Ramos sur l'endométriose, Alice Detollenaere, Camille Lacourt dans le cadre du cancer du sein mais aussi Marine Lorphelin ou encore Titoff. Ces derniers font partis d'une nouvelle initiative « Dépiste tes darons » menée par la fondation Arcad<sup>323</sup> dans le cadre du dépistage du cancer

<sup>322</sup> Verian pour Harmonie Santé en partenariat avec l'INSERM. (2025, février). Fake news et santé : comment faire face ?

<sup>323</sup> Fondation A.R.C.A.D, Aide et Recherche en CAncérologie Digestive.

colorectal. D'autres personnalités sont connues comme référents sur des enjeux de santé plus largement tels que le Dr Jimmy Mohamed ou encore Major Mouvement. Enfin, certaines personnalités publiques font des vidéos sur les grandes étapes de la prévention, comme celle réalisée par Lorie Pester<sup>324</sup>. Pour autant, aucune campagne structurée visant à assurer une information cohérente de ces acteurs concernant un parcours de prévention et son intérêt pour le capital de santé de chacun n'existe à l'heure actuelle. Dans ce sens, une campagne de communication sur le dépistage pluri-pathologique devra être menée avec des « ambassadeurs » du capital santé. Elle nécessitera également l'usage de données statistiques choisies suite à l'analyse des préférences des citoyens afin de cibler au mieux les exemples et les messages clés pour inciter à l'action.

- **Créer un chatbot dédié au dépistage** provenant de l'acteur chargé de la prévention déterminé en recommandation n° 2 afin de communiquer sur les différents protocoles de dépistages existants, mettant à disposition des outils de repérage inspiré de celui mis en place par le CNRS pour répondre l'hésitation vaccinale durant la pandémie de Covid-19<sup>325</sup>. Ce dernier sera en lien direct avec les plateformes de santé existantes (mon espace santé, Améli) et des partenariats pourraient être envisagés avec les différentes parties prenantes privées (application des complémentaires santé, Doctolib, etc.).
- **Améliorer le référencement des pages de santé sur internet** provenant des entités publiques et notamment faire de l'institution désignée pour la prévention l'émetteur principal de messages sur le sujet afin d'améliorer la lisibilité et la confiance des citoyens envers les messages proposés. De même, supprimer les barrières à l'information que peuvent ressembler un simple code postal à

<sup>324</sup> Vidéo de Lorie Pester publié sur Instagram et Tik Tok – « 6 examens essentiels pour votre santé en 2025 ».

<sup>325</sup> CNRS. (2021, octobre). Covid-19 : un chatbot pour répondre à l'hésitation vaccinale.

introduire pour obtenir une information<sup>326</sup>. À titre d'illustration, près d'un tiers des Français jugent qu'il est difficile de trouver une source fiable en santé en raison de la multiplicité des sources<sup>327</sup>. Une analyse réalisée par l'Institut Montaigne sur le référencement a démontré que les mots clés de santé sont systématiquement moins bien référencés que des mots clés fiscaux ou du droit du travail dans les cinq premiers résultats d'une recherche en ligne avec soit davantage de sites non institutionnels soit davantage de sites étrangers. Par exemple, si les cinq premiers sites résultants de la recherche « impôts » sont nationaux et institutionnels (impot.gouv.fr ou service-public.fr) le mot « cancer » n'a que 60 % de sites institutionnels et d'origine nationale (wikipedia.org, cancer.fr, ameli.fr, ligue-cancer.net, cancer.ca). De même, « pathologies » n'a que 20 % des cinq premiers résultats relevant d'une source institutionnelle quand « fiche de paie » en a 80 % (respectivement wikipedia.org, canada-cancer-society.ca, ameli.fr, larousse.fr, swissmedical.net pour pathologies et eco.gouv.fr, fiche-paie.net, ensap.gouv.fr, service-public.fr). Suite à notre recherche sur sept recherches, aucune ne contenant des termes de santé n'avait une recherche avec plus de 60 % de résultats institutionnels quand les autres termes avaient systématiquement un minimum de 60 %.

- **Communiquer sur le coût de la santé auprès des citoyens** et le coût évité grâce à des actions de prévention primaire/secondaire à travers une communication réalisée par l'acteur désigné comme chef de file prévention et envoyée annuellement aux citoyens. Cet envoi aura vocation à devenir personnalisé grâce aux données existantes et soulignant à travers une check-list les manquements afin de proposer des rendez-vous pour réaliser les dépistages nécessaires.

<sup>326</sup> *L'obligation de saisir son code postal pour accéder à du contenu informatif sur les dépistages ou des pathologies a été indiqué comme un frein par plusieurs utilisateurs du site internet de l'Assurance maladie dans la rubrique « Forum ».*

<sup>327</sup> *Verian pour Harmonie Santé en partenariat avec l'INSERM. (2025, février). Fake news et santé : comment faire face ?*



**Le manque de visibilité et de connaissance des multiples intérêts du dépistage est un frein majeur à son usage.** Ce constat est notamment observable chez les jeunes : selon un sondage réalisé pour l'Institut Montaigne<sup>328</sup>, 48 % des 18-24 ans ne se sentent pas concernés par le dépistage, soit 19 points de plus que la moyenne tous âges confondus. Chez les 25-34 ans, 42 % déplorent un manque d'information, un chiffre nettement supérieur à celui des 35 ans et plus (35-49 ans : 35 % ; 50-64 ans : 21 % ; 65+ ans : 22 %). De façon générale, on constate une compréhension partielle de ce que constitue un protocole de dépistage : 42 % des personnes interrogées considèrent répondre à un questionnaire de santé comme une action de dépistage ; 56 % dans le cas des autotests et une épreuve d'effort, et 54 % définissent une prise de tension artérielle comme un acte de dépistage.

Pour lutter largement contre les freins, une **stratégie de communication qui s'attaque aux idées bloquantes, biais et préjugés** caractérisant le dépistage doit être une priorité. En premier lieu, l'impact déterminant du moment de la détection d'une maladie sur les chances de survie doit être davantage expliqué de façon concrète grâce à des données chiffrées afin notamment d'améliorer la connaissance rationnelle des bénéfices du dépistage. Seules 56 % des femmes interrogées pensent que le dépistage permet d'augmenter grandement les chances de guérison et 63 % pensent qu'il peut augmenter les chances de détection<sup>329</sup>. De la même façon, l'appréhension injustifiée quant à certains examens pourrait être diminuée par une communication rassurante et plus incarnée à travers les retours d'expériences, afin de mobiliser des phénomènes d'identification à autrui pour faire jouer l'affect et la confiance<sup>330</sup>. Cet usage du narratif très utilisé par les anti-vaccins, par exemple, mériterait d'être réinvesti par les autorités publiques afin de

<sup>328</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). *Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé.*

<sup>329</sup> Direction interministérielle de la transformation publique. (2023, juin). *Dépistage du cancer du sein, passer de l'intention à l'action.*

<sup>330</sup> O'Keefe D. J. et Jensen J. D. (2009). *The relative persuasiveness of gain-framed and loss-framed messages for encouraging disease detection behaviors: A meta-analytic review.* *Journal of Communication*, 59(2), 296-316.

renforcer les discours positifs vis-à-vis de la prévention secondaire<sup>331</sup>, mais également primaire pour diminuer la fréquence des comportements à risque<sup>332</sup>.

Parce que parler de maladie reste notoirement complexe, responsabiliser les citoyens sur la gestion de leur santé doit être fait avec prudence. Pour ne pas tomber dans l'écueil de la culpabilisation, le dépistage et les pathologies affiliées doivent être déstigmatisés. Ainsi, mettre en avant la prévention comme un geste contribuant au « soin de soi » et à une certaine hygiène personnelle. Pour casser la connotation négative du dépistage de certaines maladies, des personnalités connues non porteuses de ces dernières pourraient s'en faire les ambassadeurs, de sorte à **déconstruire la peur du résultat : un résultat de dépistage n'est pas forcément positif, il est d'ailleurs majoritairement négatif.**

Pour ce faire, outre les supports de sensibilisation traditionnels, **les réseaux sociaux offrent des possibilités nouvelles pour massifier l'accès à l'information et cibler les personnes les plus éloignées des campagnes de communication institutionnelle**, grâce à une audience jeune, des fonctionnalités de ciblage et de personnalisation importantes, et le rôle que peuvent jouer les influenceurs. En effet, 96 % des jeunes utilisent les réseaux sociaux pour s'informer en santé<sup>333</sup>. L'OMS<sup>334</sup> recommande déjà, dans le cas du dépistage du VIH, la mise à profit des réseaux sociaux qui aideraient « les populations clés à mieux accepter les services aux partenaires ».

<sup>331</sup> Shelby A., Ernst K. (2013). *Story and science: how providers and parents can utilize storytelling to combat anti-vaccine misinformation*. *Pub Med*.

<sup>332</sup> Hood K. K., Hilliard M., Piatt G. & Ievers-Landis C. E. (2015). *Effective strategies for encouraging behavior change in people with diabetes*. *Diabetes management (London, England)*, 5(6), 499-510.

<sup>333</sup> *Verian pour Harmonie Santé en partenariat avec l'INSERM. (2025, février). Fake news et santé : comment faire face ?*

<sup>334</sup> OMS. (2019, novembre). *L'OMS recommande que des approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux soient offertes aux populations clés, dans le cadre d'un dispositif de services aux partenaires.*

## Octobre rose : une campagne annuelle de sensibilisation au cancer du sein

Instaurée en 1985 aux États-Unis, Octobre Rose fait sa première apparition en France en 1994 sous l'impulsion du magazine Marie Claire et du groupe Estée Lauder. De cette collaboration est née l'association Le Cancer du Sein, parlons-en ! et a été rebaptisée Ruban Rose en 2020.

Du 1<sup>er</sup> au 31 octobre de chaque année, de nombreuses actions sont ainsi menées dans le but de sensibiliser le public au cancer du sein, d'informer sur l'importance du dépistage précoce de ce cancer et de récolter des fonds pour la recherche. Ainsi, des marches et des courses sont organisées dans toutes les grandes villes de France, afin de sensibiliser sur l'importance du dépistage précoce de la maladie.

En 2003, l'association a également créé les prix ruban rose destinés à soutenir les efforts de la recherche, clinique ou biologique, mais aussi les innovations en matière de techniques de dépistage, de chirurgie réparatrice, de psychologie ou encore d'amélioration de la qualité de vie pour les femmes atteintes d'un cancer du sein<sup>335</sup>. Ainsi, depuis la création de l'association, 88 projets de recherche ont été financés, pour un montant de plus de 6 millions d'euros<sup>336</sup>.

<sup>335</sup> Ruban Rose. (n.d). *Historique de la campagne*. [cancerdusein.org](http://cancerdusein.org).

<sup>336</sup> Ruban Rose. (2023). *Rapport d'activité 2022*. [cancerdusein.org](http://cancerdusein.org).

Enfin, notre système de santé prend aujourd'hui en charge la majeure partie des coûts afférents aux soins des citoyens. **Ce système de solidarité que 92 % des Français souhaitent conserver<sup>337</sup> nécessite que chacun joue sa part et donc que les citoyens deviennent parties prenantes pour la survie de la sécurité sociale. Aujourd'hui le manque de visibilité sur le coût du soin et de l'inaction en prévention renforce une faible responsabilisation des citoyens dans le domaine.** Chiffrer les gains liés au dépistage ouvre de nouveaux possibles en termes d'incitations, par exemple en permettant de valoriser l'acte entrepris par le patient en lui partageant l'étendue des coûts évités. Ainsi, responsabiliser les citoyens sur leur capital santé pourrait être fait en informant mieux sur les coûts afférents aux actions de soins, le coût de l'inaction également, et enfin sur les économies réalisées grâce à l'action préventive menée. Sans que cela ne soit forcément personnalisé, un récapitulatif capital santé pourrait être partagé chaque année sur l'application Ameli avec les dépenses et les économies réalisées suite aux comportements des citoyens. Une telle proposition irait par ailleurs dans le sens de l'action de responsabilisation des usagers du système de santé de la CNAM, intitulée « Notre système de santé, c'est aussi à chacun d'en prendre soin »<sup>338</sup>, qui présente les bons réflexes à adopter en consultation, en cas d'accident, pour l'organisation des transports et en prévention.

**Recommandation 5 : éduquer et former les citoyens de demain aux enjeux de santé et à leur rôle dans la préservation du système de santé publique.**

<sup>337</sup> Institut Montaigne, Elabe, SNCF. (2025, janvier). Baromètre des territoires 2025 : France désespérée en quête de tranquillité (p. 21).

<sup>338</sup> L'initiative est accessible sur le site de l'Assurance maladie à l'adresse suivante : <https://www.bonsreflexes.ameli.fr/>.

Compte tenu du contexte géopolitique, et dans le cadre du renforcement du service national universel<sup>339</sup> sur les enjeux de défense, une autre échéance de formation de jeunes sur les enjeux de santé doit être considérée. En ce sens, il peut être envisagé de prévoir dans le cadre de la refonte<sup>340</sup> à venir de la journée défense et citoyenneté – JDC, un temps de sensibilisation dédié à la santé au-delà de la formation aux premiers secours déjà existantes par le passé. Cela serait l'occasion de former les jeunes aux enjeux du système de soins (compréhension du modèle de santé français, d'une ordonnance, du parcours de soins...) et de prévention (utilité des dépistages et vaccinations, comportements vertueux...) afin de lutter contre la désinformation et renforcer la conscience sanitaire des futures générations.

Au-delà de la communication grand public, il s'agit de bien comprendre l'information présentée et d'en percevoir l'intérêt. Les résultats de l'enquête menée par la DREES<sup>341</sup> indiquent que 30 % des personnes interrogées ont un niveau « problématique » de littératie en santé et 14 % un niveau jugé « inadéquat ». Ainsi, 44 % des adultes interrogés rencontrent des difficultés pour utiliser l'information sur la santé. Or, aujourd'hui, la **charge pédagogique repose en grande partie sur la médecine générale de ville**, qui est structurellement de moins en moins apte à assurer cette étape du processus<sup>342</sup>. Il s'agit donc de mettre en place des relais avec des acteurs tiers utilement positionnés pour assurer ce rôle d'information et de sensibilisation notamment auprès des jeunes adultes qui se sentent aujourd'hui particulièrement désinvestis sur le sujet de la prévention par le dépistage. L'analyse faite par le Economist Intelligence Unit a ainsi démontré qu'en terme de littératie en santé, la France n'avait déployé que partiellement des politiques publiques visant à

<sup>339</sup> Franceinfo. (2025, mars). Emmanuel Macron annonce « une grande refonte » du Service national universel et évacue le retour d'un service militaire obligatoire.

<sup>340</sup> Le Figaro. (2024, novembre). Levée des couleurs, cohésion : Sébastien Lecornu détaille la « militarisation » de la Journée Défense et Citoyenneté.

<sup>341</sup> Santé publique France. (2024, mai). Information en santé : quelles sont les difficultés des Français.

<sup>342</sup> Dû notamment à la baisse des effectifs, à la hausse des pathologies chroniques et aux transformations sociétaux visant à favoriser un équilibre vie professionnelle/vie personnelle.

mieux informer les citoyens<sup>343</sup>. Comme évoqué précédemment, 48 % des 18-24 ans et 34 % des 25-34 ans ne se sentent pas à risque ou concernés par les actes de dépistage<sup>344</sup>. Les parents ont dans ce contexte un rôle à jouer pour inculquer des habitudes de santé aux jeunes enfants<sup>345</sup>.

**La médecine scolaire** offre également un espace de formation pertinent, au regard des programmes d'éducation en santé et d'éducation sexuelle déjà dispensés au collège et au lycée<sup>346</sup>. De plus, les récents travaux de l'Institut Montaigne visaient à introduire, « sans ajouter de volume horaire aux programmes scolaires en vigueur, une réflexion transversale sur l'alimentation qui serait intégrée aux actuels cours d'histoire, de géographie, de SVT ou encore de SES »<sup>347</sup> afin notamment de mieux éduquer les jeunes aux enjeux de la bonne alimentation dans une logique préventive. Aujourd'hui, et compte tenu de la tranche d'âge particulièrement peu investi sur les enjeux de dépistage, **la journée défense et citoyenneté (JDC)**, lors de laquelle les premiers secours sont déjà présentés, pourrait être mise à profit pour transmettre de l'information et tester les connaissances de jeunes adultes sur le système de soins de manière plus large, notamment les enjeux de dépistage et de prévention. La refonte du service national universel annoncée par le Président Macron sur l'enjeu de défense compte tenu des tensions géopolitiques actuelles pourrait ainsi permettre que la refonte de la JDC annoncée par le Ministre<sup>348</sup> puisse inclure davantage de temps dédié à la formation de jeunes sur les enjeux de santé doit être considérée. Ce temps consacré à la compréhension de la santé auprès de tous les jeunes citoyens est essentiel pour **créer une conscience sanitaire en France et dé-normaliser certains comportements en faisant le pari des générations futures**. Si cette refonte ne le permet pas alors une autre échéance devra être envisagée.

<sup>343</sup> *The Economist*. (2021). *Health literacy around the world*. The Economist Intelligence Unit Limited.

<sup>344</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). *Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé*.

<sup>345</sup> *En ce sens, des documents privilégiés ont été réalisés par Santé publique France (2023, juillet). Conseils santé pour les (futurs) parents et leurs jeunes enfants.*

<sup>346</sup> « Santé au collège et au lycée », *Service-Public.fr*.

<sup>347</sup> Institut Montaigne. (2024, octobre). *Fractures alimentaires : maux communs, remèdes collectifs*.

<sup>348</sup> *Le Figaro*. (2024, novembre). *Levée des couleurs, cohésion : Sébastien Lecornu détaille la « militarisation » de la Journée Défense et Citoyenneté*.

## 2.2. PASSER DE L'INTENTION À L'ACTION – ATTEINDRE DES OBJECTIFS AMBITIEUX DE DÉPISTAGES POUR TOUTES LES PATHOLOGIES MAJEURES

### Objectif 3

Améliorer l'accès aux dépistages des publics les plus éloignés des soins.

**Recommandation 6** : améliorer le repérage des publics à risque.

- **Mutualiser les quizz interactifs de repérage des différentes pathologies existantes** et ainsi créer un **outil de repérage unique – CheckSanté** – à réaliser par tous les citoyens à échéances régulières et mis à disposition sur les plateformes dédiées aux soins. Ce dernier sera piloté par l'acteur chargé de la prévention et le Ministère de la Santé et réalisé en collaboration avec la DITP ou l'équipe d'analystes en sciences comportementales proposée précédemment. Il sera élaboré suite à un travail de choix des indicateurs et de connaissances des pathologies cibles grâce aux échanges avec les fédérations et associations de patients, les sociétés savantes et les complémentaires santé.
- **Améliorer les actions de repérage :**
  - proposer au médecin d'indiquer une mention « prévention » sur les ordonnances pour les patients nécessitant de réaliser un test « CheckSanté » ;
  - **donner le questionnaire santé « CheckSanté » au sein des**

**pharmacies** et proposer obligatoirement aux personnes ayant une indication « prévention » sur l'ordonnance de le réaliser dans les lieux (à travers un QR code à scanner amenant sur la page dédiée ou grâce à un questionnaire papier).

- **Introduire des informations sur le dépistage et l'intérêt du repérage au plus près des citoyens** et promouvoir le CheckSanté dans les entreprises, et dans les collectivités territoriales qui le souhaitent, dans les maisons France Service et les agences France Travail notamment.

Faciliter le passage de l'intention à l'action doit être réalisé en parallèle d'une augmentation des lieux de repérage pour accompagner cette dernière et assurer un dépistage ciblé. En ce sens, plusieurs outils sont pertinents à considérer : créer des structures dédiées au repérage et dépistage pluri-pathologiques, renforcer les coopérations pour augmenter les lieux d'échange sur le dépistage, et permettre à chacun d'agir pour mieux connaître les enjeux et échéances de prévention à considérer.

Au cœur d'un tel dispositif, se situerait un outil venant mutualiser les multiples questionnaires de dépistage existants qui, pour l'heure, sont organisés par des fédérations et associations de patients, et traitent séparément de quelques pathologies précises, dont le diabète<sup>349</sup>, les maladies cardiovasculaires<sup>350</sup>, les affections rhumatologiques chroniques<sup>351</sup> et l'endométriose<sup>352</sup>. Le projet de Stratégie nationale de santé pour 2023-2033<sup>353</sup> présente une opportunité en ce qu'il prévoit la mise en place de « quizz interactifs »<sup>354</sup>, dont le remplissage serait aidé par des fonctionnalités

<sup>349</sup> Fédération française des diabétiques. (n.d). Testez-vous en 3 minutes pour évaluer votre risque de diabète.

<sup>350</sup> Fédération française de cardiologie. (n.d). Comment va votre cœur – FFC.

<sup>351</sup> Association française de lutte antirhumatismale (AFLAR). (n.d). Questionnaire : « Activité physique et affection chronique rhumatologique ».

<sup>352</sup> Association EndoFrance. (2021). Aide au diagnostic de l'endométriose : un nouvel outil numérique validé scientifiquement.

<sup>353</sup> Haut Conseil de la santé publique. (2023, septembre). Stratégie nationale de santé pour 2023-2033, version soumise à la consultation publique.

<sup>354</sup> *Ibid*, p.60.



venant inciter les citoyens et les soignants à renseigner leurs données grâce à des systèmes de « *pop-up* » ou de *gamification*. Ce véritable « Check Santé » pour chacun permettrait de multiplier facilement et sans surcoût les lieux ainsi que les occasions de repérage et dépistage.

Par ailleurs, il apparaît essentiel de **proposer des lieux facilement identifiables dédiés à la prévention de manière large et donc au dépistage**. Se faisant, il est essentiel, dans la logique de transformer ce parcours de soins en un parcours de santé, d'aller vers des lieux conçus en limitant les marqueurs du soins aseptisés. L'équilibre à trouver nécessite de concilier confiance dans l'acteur et le lieu associé (originellement fort pour la santé mais en baisse aujourd'hui, avec 64 % des Français remettant en doute de la parole du médecin<sup>355</sup>) et dissocier le dépistage de la maladie.

Une approche similaire a été mise en œuvre en Slovénie dès 2002 : le programme « Ensemble pour la santé » (*Skupaj za zdravje*)<sup>356</sup>, proposé à tous gratuitement dans 61 centres d'éducation et de promotion de la santé vise à repérer et enrayer les facteurs comportementaux, biologiques et psychologiques associés aux pathologies chroniques non-transmissibles les plus fréquentes (MCV, cancers, diabète de type 2, BPCO, hypertension, obésité, dépression, ostéoporose, etc.). Le programme est mené en étroite collaboration avec diverses structures locales pour adapter l'offre de chaque centre, sous la supervision d'un groupe d'experts de l'Institut National de Santé Publique. Afin d'être accessible à tous, y compris les plus éloignés des soins, une opération spéciale a été menée entre 2013 et 2016<sup>357</sup>, dans les centres HPC pour adapter les services aux groupes vulnérables, en particulier les enfants et les adolescents<sup>358</sup>.

<sup>355</sup> Institut Montaigne, Elabe, SNCF. (2025, janvier). *Baromètre des territoires 2025 : France désemparée en quête de tranquillité*.

<sup>356</sup> Institut national de Santé publique (de Slovénie). (n. d.). *About the programme – Skupaj za zdravje*.

<sup>357</sup> OMS. (2021, octobre). *Participatory approaches to reaching the Sustainable Development Goals: Slovenia: integrating population and individual services to reduce health inequalities at the community level through health-promotion centres*.

<sup>358</sup> Commission européenne. (2023, novembre). *Slovénie : Santé et Bien-être. Rendre les établissements de santé plus adaptés aux jeunes*.

En France, les agences régionales de santé (ARS) pourraient voir leur rôle renforcé dans la déclinaison locale de la feuille de route nationale en s'assurant de la cohérence et complémentarité entre parcours préventif et parcours de soins sur les territoires. L'homologation par l'ARS de lieux de dépistage dédiés suivant un cahier des charges précis en collaboration avec la CNAM permettrait de déployer une stratégie de dépistage plus large que celle déjà mise en œuvre par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) pour les programmes de dépistage organisé des cancers. Par ailleurs, penser le dépistage en dehors des silos pathologiques nécessiterait également de **créer des synergies entre les acteurs existants du dépistage (par exemple entre les CRCDC et les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des IST)**, voire même d'**optimiser les ressources disponibles en proposant des centres communautaires de prévention dans les territoires en collaboration avec les CPTS locales** sur l'exemple des *Community Diagnostic Centres (CDC)*<sup>359</sup> au Royaume-Uni.

Ensuite, il faut **améliorer les coopérations dans la pensée du dépistage comme de la vaccination**, par exemple en s'inspirant sur ce qui est fait aux États-Unis avec le programme Flufit<sup>360</sup>. Ce programme propose aux personnes venant pour la vaccination antigrippale d'effectuer un dépistage pour le cancer colorectal. Ainsi, les kits de dépistage du cancer colorectal, disponibles en pharmacie depuis l'arrêté de 2022<sup>361</sup>, pourraient être proposés de manière systématique aux patients de plus de 50 ans se présentant pour être vaccinés contre la grippe.

**Cette coopération nécessite de repenser les rôles des professionnels de santé.** Un des écueils de l'organisation actuelle de la politique de prévention primaire et secondaire en France tient au fait que sa

<sup>359</sup> NHS England. (n.d). *Community Diagnostic Centres (CDC)*.

<sup>360</sup> National Cancer Institute. (n.d). *Flu-FIT and Flu-FOBT Program. Evidence-Based Cancer Control Programs (EBCCP)*.

<sup>361</sup> Arrêté du 1<sup>er</sup> avril 2022 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers et intégrant la remise des kits de dépistage du cancer colorectal par les pharmaciens, Légifrance.

charge repose trop sur les médecins traitants, lesquels manquent déjà de temps dans un contexte de demande de soins croissante. Comme rappelé dans la Stratégie nationale de santé pour 2023-2033<sup>362</sup>, il convient de valoriser les métiers de la prévention et de la promotion de la santé qui « doivent être reconnus comme des métiers de la santé, comme le sont ceux du soin ». Il va de même pour le dépistage qui pourrait justifier d'habiliter de nouveaux acteurs et de les valoriser davantage pour cette action. **Le rôle des infirmiers libéraux pourrait être renforcé dans la mise en œuvre d'une politique de dépistage ambitieuse.** En effet, le dispositif Asalée, lancé en 2004, permet déjà aux patients d'être suivis conjointement au sein du cabinet médical par leur médecin traitant et une infirmière déléguée à la santé publique. Ce dispositif a prouvé ses nombreux bénéfices dans le cadre de la prise en charge du diabète, notamment<sup>363</sup>. Par ailleurs, les infirmiers sont, après les médecins, les acteurs de soins envers lesquels les citoyens ont le plus confiance : 86 % des Français interrogés déclarent leur faire confiance pour réaliser des actes de dépistage, et 72 % envers les pharmaciens<sup>364</sup>.

**Les pharmacies offrent également un relais intéressant à la médecine de ville pour le dépistage** en ce qu'elles concentrent des professionnels de santé aptes à réaliser un certain nombre d'actes de dépistage d'une part, et un maillage territorial important d'autre part. Ainsi, le programme communautaire JACARDI, doté de 53 millions d'euros pour soutenir des projets pilotes destinés à renforcer la prévention et aider à leur généralisation, soutient déjà un projet porté par Santé publique France visant à encourager le dépistage de l'hypertension artérielle en pharmacie et autres lieux publics.

<sup>362</sup> Haut Conseil de la santé publique. (2023, septembre). *Stratégie nationale de santé pour 2023-2033, version soumise à la consultation publique*, (p. 52).

<sup>363</sup> IRDES. (2008, novembre). *La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2, Questions d'économie de la santé* (136).

<sup>364</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). *Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé*.

**Un meilleur maillage de l'offre de dépistage peut également être réalisé grâce à la coopération entre État et collectivités territoriales, d'une part, et entre acteurs publics et privés, d'autre part.** Améliorer l'accessibilité du dépistage de façon concrète et précise demande de penser davantage au niveau local et aux spécificités de chaque territoire, dont on a vu qu'ils étaient très inégaux en termes d'offre de soins mais aussi de données socio-économiques et environnementales, qui influent directement sur l'incidence de certaines maladies et les besoins de dépistage.

Il s'agit donc ici d'**encourager plus d'adaptation et de prise d'initiative au plus près des citoyens**, pour permettre plus d'intelligence collective au service d'une politique qui nécessite de fait une forte collaboration entre des acteurs issus de secteurs différents. Sans forcément donner toute la compétence aux collectivités territoriales et notamment aux communes, il est clair que nombre d'entre elles proposent déjà des initiatives en ce sens et il s'agirait donc de renforcer leur force d'agir pour le dépistage comme souligné par le projet de Stratégie nationale de santé pour 2023-2033<sup>365</sup>, qui plaide pour « laisser une plus grande liberté d'organisation aux acteurs de terrain, dans une logique de différenciation territoriale et de développer la coopération et la responsabilité collective des professionnels de santé, en incitant par exemple à l'exercice coordonné ». C'est aussi le sens du « Pacte territorial » créé en 2012<sup>366</sup> et des contrats locaux de santé (CLS)<sup>367</sup> créés en 2009 pour lutter contre les inégalités de santé grâce à une plus grande collaboration entre collectivités et services déconcentrés. Plus récemment, le conseil national de la refondation (CNR) santé a relancé cette dynamique en accompagnant de nombreux projets pour trouver des solutions locales à des problèmes complexes et ciblés grâce à de l'intelligence collective (ex. le manque de soignants dans certaines zones).

<sup>365</sup> Haut Conseil de la santé publique. (2023, septembre). *Stratégie nationale de santé pour 2023-2033, version soumise à la consultation publique.*

<sup>366</sup> Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. (n.d). *Pacte territoire santé 2015-2017.*

<sup>367</sup> Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023, novembre). *Les contrats locaux de santé.*

**Cette coopération dans le cadre du dépistage pourrait par exemple prendre la forme d'un test de repérage CheckSanté au sein des maisons France Services et agences France travail** ne nécessitant pas d'outils de dépistage particulier ou d'investissement majeur. Une formation pour les personnels de mairie vis-à-vis de l'utilité de la prévention et des quizz disponibles pour réaliser un premier test de dépistage serait pertinente. De même, proposer la prise de rendez-vous médicaux suite à la réalisation des tests permettrait d'assurer le bon suivi de citoyens qui pourraient être plus à risque pour certaines pathologies.

**Par ailleurs, la médecine de santé au travail doit être encore davantage mobilisée sur ces enjeux.** C'est d'ailleurs tout l'enjeu de la loi pour renforcer la prévention en santé au travail qui prévoyait que les services de prévention et de santé au travail soient depuis 2021 chargés des campagnes de vaccination et de dépistage. Il serait ainsi pertinent de considérer les leviers de mise en œuvre de la loi déployés dès à présent et de définir des indicateurs et objectifs pour les services. Cela permettrait à moyen terme de s'assurer que ces acteurs deviennent un maillon essentiel de la prévention pour tous les salariés. **Les assureurs ayant des contrats collectifs avec des entreprises et ces dernières elles-mêmes ont également un rôle crucial à jouer** qu'ils saisissent d'ailleurs majoritairement actuellement. Outre les bénéfices d'une meilleure santé au travail concernant la productivité et le taux d'absentéisme, les programmes de promotion de la santé au travail représentent un retour sur investissement vérifié pour les entreprises. Par exemple, aux États-Unis, entre 2001 et 2014, les entreprises investissant dans la santé de leurs employés ont vu leur valeur boursière croître jusqu'à trois fois plus que les autres incluses dans l'indice S&P 500<sup>368</sup>. En France, plusieurs initiatives sont prises par des acteurs privés afin d'améliorer la détection précoce de pathologies et l'information des salariés (à l'instar des outils de prévention et notamment les bilans de santé mis en place

<sup>368</sup> OCDE (2022), *Promoting Health and Well-being at Work: Policy and Practices*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/e179b2a5-en>.

par Verbateam<sup>369</sup> ou bien le CheckupSanté de Welii<sup>370</sup>). En effet, **pour les cadres et professions intellectuelles, les deux freins principaux sont le manque de temps (pour 40 % d'entre eux interrogés<sup>371</sup>) et le fait qu'ils ne se sentent pas concernés (pour 41 % d'entre eux interrogés<sup>372</sup>)**. Paradoxalement, ils sont aussi ceux indiquant avoir réalisé des dépistages au-dessus de la moyenne, notamment dans le cadre de la pandémie de Covid-19 (autotest), des IST, du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du diabète<sup>373</sup>. De plus, une étude<sup>374</sup> a observé que les salariés non-cadres étaient quatre fois moins suivis par des professionnels de santé, spécialistes des maladies graves, que les salariés cadres. En ce sens, la praticité de réaliser des campagnes de prévention au sein de l'entreprise et la capacité de toucher un grand nombre de personnes aux catégories socio-économiques diverses doivent donc être moteur pour davantage encourager ces pratiques.

**Recommandation 7 : faire que tous les Français se dépistent en renforçant les actions ciblées des publics les plus éloignés du système de santé.**

- **Porter une politique d'aller-vers ambitieuse à travers des initiatives spécialement pensées en prenant en compte les préférences des citoyens ne se faisant aujourd'hui pas dépister.** Il est nécessaire de réaliser une analyse fine de ces publics qui sont les plus éloignés du soins afin de mieux comprendre les leviers d'actions à investir davantage (ex : médiateurs en santé, associations locales...).

<sup>369</sup> VerbaTeam. (s.d.). Qui est VerbaTeam ?, site web.

<sup>370</sup> Welii. (s.d.). Présentation des services, site web.

<sup>371</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé.

<sup>372</sup> Ibid.

<sup>373</sup> Ibid.

<sup>374</sup> Mercer. (n.d.). Baromètre Prévention Santé n° 3 – Édition 2024 « Les maladies graves ».

- **Mettre en place des prises de rendez-vous automatisées et des invitations personnalisées** (à travers les données d'Améli) pour les dépistages obligatoires en priorité pour les publics les plus éloignés du soins. Une fois le patient informé de son rendez-vous pris, il pourra à tout moment modifier ce dernier grâce à un partenariat avec une plateforme de prise de rendez-vous.

Bien que les programmes de dépistage organisé permettent d'encourager une large partie de la population à réaliser des actes de dépistage, la littérature scientifique<sup>375</sup> a démontré qu'ils ne peuvent se suffire à eux-mêmes pour inciter l'entièreté de la population. **Raisonner en termes d'équité lorsque l'on considère le dépistage est indispensable : les inégalités sociales ne peuvent être réduites en proposant la même chose à tous.** Ce sont les personnes les plus éduquées<sup>376</sup> et avec le plus de moyens<sup>377</sup> qui s'emparent mieux des outils disponibles que les autres.

Si ce constat n'est pas nouveau, avec des inégalités en France identifiées notamment en 2010 s'agissant du recours au dépistage du cancer du sein (*via* des mammographies) et du cancer du col de l'utérus (frottis)<sup>378</sup>, **ce phénomène s'est fortement accentué lors de la pandémie de Covid-19 et ce, partout en Europe.** Par exemple, en Pologne, alors que près d'un tiers de la population n'a pas réalisé de dépistages courants (ex. prise de sang, analyse urinaire) en 2021, le taux de dépistage était particulièrement faible pour les catégories socioéconomiques les plus défavorisées<sup>379</sup>. À l'échelle européenne, le (non) recours à la vaccination

<sup>375</sup> De Prez V. et al. (2021). *Cervical cancer screening programs and their context-dependent effect on inequalities in screening uptake: a dynamic interplay between public health policy and welfare state redistribution*. *International Journal for Equity in Health*.

<sup>376</sup> Willems B., Bracke P. (2018, janvier). *The education gradient in cancer screening participation: a consistent phenomenon across Europe?*. *International Journal of Public Health*.

<sup>377</sup> Shimoda A., Saito Y., Ooe C., Kondo N. (2021). *Income-based inequality in nationwide general health checkup participation in Japan*. *Public Health*.

<sup>378</sup> Menvielle G., Richard J.-B., Ringa V., Dray-Spira R., Beck F. (2014). *To what extent is women's economic situation associated with cancer screening uptake when nationwide screening exists? A study of breast and cervical cancer screening in France in 2010*. *Cancer Causes & Control*.

<sup>379</sup> Mularczyk-Tomczewska P., Żarnowski A., Gujski M., Sytnik-Czetwertyński J., Pańkowski I., Smoliński R., Jankowski M. (2022). *Preventive Health Screening during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey among 102,928 Internet Users in Poland*. *J. Clin. Med*.

contre la Covid-19 a également mis en exergue les différentes inégalités, biais et comportements des différentes catégories de population<sup>380</sup>. Dans le cas de la France, des chercheurs<sup>381</sup> ont conclu qu'en omettant de cibler véritablement les populations traditionnellement réticentes à la vaccination, les politiques de vaccination nationales contre la Covid-19 avaient contribué à renforcer les inégalités sociales en santé préexistantes.

**Ainsi, les personnes les plus structurellement éloignées de l'offre de soin le sont donc d'autant plus quand il s'agit du dépistage :** en plus des biais cognitifs et freins liés à la relative illisibilité du système, ces derniers cumulent souvent un accès réduit à l'offre de soin du fait d'un maillage territorial inégal, des comportements à risque et une moindre littératie en santé. Par exemple, en 2014, un géographe de la santé avait identifié 398 cantons prioritaires<sup>382</sup>, principalement dans les Hauts-de-France, la Normandie, l'Yonne, l'Aube et la Nièvre, présentant une surmortalité prématurée élevée et une densité de médecins généralistes inférieure de plus d'un quart à la moyenne nationale<sup>383</sup>. **Il faut donc identifier des actions spécifiques pour les populations qui rencontrent le plus d'obstacles à l'accès à la prévention et aux soins.**

**S'attaquer à ces facteurs structurels d'inégalité est donc un enjeu majeur :** une politique de dépistage qui toucherait de façon disproportionnée les catégories socioprofessionnelles les moins à risque (ex. CSP+) entraînerait une mauvaise allocation des ressources publiques investies et inverserait de fait l'effet redistributif recherché avec le dépistage. Pour y répondre, la mise en œuvre des politiques de dépistage doit se faire au plus près du terrain, avec tous les acteurs concernés pour

<sup>380</sup> Suleman A., Vicente P. (2024). Covid-19 vaccination reluctance across Europe: Lessons for the future. *Vaccine* 42(21).

<sup>381</sup> Spire A., Sireyjol A., Bajos N. (2024). From intentions to practices: what drove people to get the COVID-19 vaccine? Findings from the French longitudinal socioepidemiological cohort survey (2023). *BMJ*.

<sup>382</sup> Ces travaux sont fondés sur la délimitation des 3 735 cantons de France précédant la réforme du 16 mai 2023.

<sup>383</sup> Vigneron, E. (2014). Les centres de santé : une géographie rétrospective. *FEHAP*.



penser des mesures de ciblage adaptées y compris *via* un renforcement de l’aller-vers et des collaborations intersectorielles.

**Le rapprochement du dépistage et de l’offre de soin des populations qui en sont les plus éloignées doit faire l’objet d’une stratégie dédiée.** Dans ce contexte, l’examen de prévention en santé (EPS) qui s’adresse aux personnes de plus 16 ans, assurées au régime général, les plus éloignés du soins est une initiative d’intérêt qui pourrait voir son déploiement renforcé<sup>384</sup>. Par ailleurs, la mise à contribution de lieux fréquentés par les personnes visées est un levier qui gagnerait à être plus largement utilisé. Par exemple, des services publics clés comme **les agences France Travail sont utilement positionnées pour sensibiliser et héberger des services à destination de certaines catégories sociales qui échappent à d’autres occasions de contrôles** (ex : la médecine du travail). En l’occurrence, les individus sans emploi affichent des taux de dépistage bien inférieurs aux salariés (ex : 18 % se dépistent du risque cardiovasculaire, contre 27 % des salariés<sup>385</sup>), alors même qu’ils possèdent parfois une meilleure connaissance des actions de dépistage que les salariés : 74 % des chômeurs considèrent des actes d’imageries en actions de dépistage, contre seulement 58 % pour les salariés, ou encore 81 % et 73 % pour la prise de sang, respectivement<sup>386</sup>.

Principe préconisé par Santé publique France dans ses rapports sur les inégalités sociales et territoriales en santé<sup>387</sup>, **l’universalisme proportionné vise à offrir des services accessibles à tous tout en renforçant les interventions pour les populations les plus vulnérables, « avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défauteur sociale »**<sup>388</sup>. Cette approche de réduction des inégalités de santé apparaît cruciale dans la mesure où la prévalence du diabète était 1,4 fois

<sup>384</sup> Service public. (août 2024). Bilan de santé – Examen de prévention en santé (EPS).

<sup>385</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé.

<sup>386</sup> Ibid.

<sup>387</sup> Santé publique France. (2024, décembre). Inégalités sociales et territoriales de santé.

<sup>388</sup> Traduit de : Marmot M. (2010). Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England post-2010. University College Longo, (p. 242).

plus élevée chez les hommes résidant dans les communes les plus défavorisées que chez ceux des communes plus favorisées de l'Hexagone<sup>389</sup>. De même, les taux de participation au dépistage du risque cardiovasculaire sont 1,7 fois plus faibles chez les personnes à faibles revenus que chez les plus favorisées (25 % contre 44 %, respectivement)<sup>390</sup>.

Pour remédier à de tels écarts, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) soutient la mise en place d'un modèle « d'aller vers à l'envers »<sup>391</sup>, selon lequel un soutien proportionnel est apporté aux publics les plus nécessiteux, sans obligatoirement fixer des cibles spécifiques *a priori*. La Cour des comptes<sup>392</sup>, quant à elle, a recommandé des mesures spécifiques telles que l'intensification des campagnes d'information dans les territoires défavorisés (cf. encadré ci-dessous à propos du Bus du « Cœur des femmes »), l'utilisation de médiateurs en santé pour accompagner les populations éloignées des soins, et la simplification des démarches administratives pour accéder aux dépistages.

### Le « Bus du Cœur des femmes » pour aller au plus près des territoires

Le fonds de dotation Agir pour le cœur des femmes a été fondé par la professeure Claire Mounier-Véhier, cardiologue et médecin vasculaire au CHU et Lille et Thierry Drilhon, administrateur et dirigeant d'entreprises. Il s'est fixé quatre missions autour de trois mots d'ordre : alerter, anticiper et agir<sup>393</sup>.

<sup>389</sup> Cour des comptes. (2021). *La politique de prévention en santé*.

<sup>390</sup> Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). *Sondage Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé*.

<sup>391</sup> IGAS. (2024, novembre). *Le financement des actions de prévention primaire des établissements de santé*.

<sup>392</sup> Cour des comptes. (2021). *La politique de prévention en santé*.

<sup>393</sup> Site internet d'Agir pour le Cœur des Femmes.

- Alerter et mobiliser sur la santé cardiovasculaire des femmes à toutes les phases clés de leur vie hormonale ;
- accélérer la prévention active en donnant accès à toutes les femmes au dépistage et aux soins cardiovasculaires, notamment à travers le Bus du Cœur des femmes ;
- former et associer l'ensemble des professionnels de santé ;
- stimuler et accélérer la recherche médicale ciblée sur les spécificités des maladies cardiovasculaires chez la femme.

Son action phare, le Bus du Cœur des femmes, accueille des femmes pendant trois jours pour un dépistage cardiovasculaire et gynécologique gratuit. Le bus sillonne 15 villes de France chaque année pour aller au plus près des territoires et des femmes en situation de vulnérabilité économique ou sociale. Les femmes sont reçues pendant une heure et demie par des professionnels de santé.

Une étude a été réalisée par la fondation sur un panel de 1 065 femmes de 15 à 90 ans (52 ans en moyenne), dépistées lors des 5 premières étapes du Bus du Cœur des Femmes fin 2021. Cette étude souligne que l'hypertension artérielle reste très largement sous diagnostiquée et insuffisamment traitée. Au total, 43 % des femmes reçues dans le bus avaient une hypertension non contrôlée, supérieure à 140/90. Plus d'un tiers des femmes l'a découvert lors du dépistage. Parmi les femmes déjà traitées pour cette maladie, 72 % ne sont pas contrôlées et près d'une femme sur cinq présente une hypertension artérielle sévère de grade 2 ou 3, un facteur de risque critique d'accident cardiovasculaire<sup>394</sup>.

<sup>394</sup> Agir pour le Cœur des Femmes. (2022). *Le Bus du Cœur des Femmes*.

**Recourir à un tiers de confiance pour expliciter la démarche et les bénéfices du dépistage, en particulier les médiateurs de santé, est un exemple de politique d'aller vers découlant de l'universalisme proportionné.** Cette approche a démontré son efficacité pour rapprocher les populations les plus éloignées des services de prévention et de soin, notamment en réussissant à augmenter les taux de vaccination à la Covid-19<sup>395</sup>, en surmontant les barrières de confiance et les craintes fréquemment associées au protocole de dépistage, au diagnostic ou d'expériences passées de discrimination dans le système de santé<sup>396</sup>. En outre, les médiateurs de santé mènent à bien une mission d'information souvent cruciale auprès des populations les moins informées sur les actes de dépistage disponibles. Par exemple, le projet « 13 en santé » a permis de sensibiliser 2 647<sup>397</sup> personnes en porte-à-porte dans les quartiers Centre et Nord de Marseille autour des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal. Le recours aux médiateurs était, par conséquent, bien intégré au sein du programme de travail 2024 de Santé publique France<sup>398</sup>.

**Un autre outil numérique important à mobiliser est la prise automatique de rendez-vous de prévention, grâce à la transition d'un système de « opt-in » à une logique de « opt-out ».** Cette manière de procéder a d'ailleurs été utilisée afin d'améliorer le déploiement de Mon espace santé<sup>399</sup>. Il s'agirait ici de pré-enregistrer les personnes par défaut à leurs rendez-vous de dépistage – en leur offrant la possibilité d'annuler au besoin – plutôt que d'attendre qu'elles s'inscrivent proactivement. Cette pratique pourrait être expérimentée dans un premier temps avant d'être déployée au niveau national pour évaluer et limiter

<sup>395</sup> Chevallier C., Hacquin A.-S., Mercier H. (2021). Covid-19 Vaccine Hesitancy: Shortening the Last Mile. *Trends Cogn Sci* 25(5).

<sup>396</sup> *Cour des comptes*. (2021). *La politique de prévention en santé*.

<sup>397</sup> Santé publique France. (2024, décembre). *Résultats de l'enquête transversale initiale du projet « 13 en santé » de médiation en santé auprès des populations vulnérables de Marseille. Connaissances, attitudes et pratiques envers le dépistage des cancers du col, sein et colorectal et la vaccination DTP et HPV*.

<sup>398</sup> Santé publique France. (2025, janvier). *Programme de travail 2024*.

<sup>399</sup> *Mon espace santé, Mentions légales et conditions générales d'utilisation – CGU, copyright 2021-2024*.

les effets indésirables, comme la hausse de rendez-vous non-honorés. Ensuite, la **personnalisation des invitations et des notifications** permet d'augmenter leur caractère incitatif. Ainsi, il a été démontré que des messages électroniques quotidiens et personnalisés sont utiles pour promouvoir des changements de comportements chez des patients en rémission de cancer<sup>400</sup>. De même, l'analyse a été faite du besoin de renforcer la personnalisation des messages de santé afin de mieux atteindre le citoyen<sup>401</sup>. En effet, une analyse démontre que la personnalisation d'un site internet permettait d'avoir une augmentation, tant de l'engagement que de l'attention, vis-à-vis du contenu par rapport à l'information neutre<sup>402</sup>. Par ailleurs, des **éléments de contexte** pourraient être associés aux messages ou notifications pour renforcer leur portée, comme un rappel des risques spécifiques à la tranche d'âge de la personne, ou un rappel de la durée et des modalités de l'examen, notamment son éventuelle gratuité, par exemple.

## Objectif 4

Surpasser d'ici à 2030, la moyenne européenne pour les dépistages organisés autour des cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus.

## Recommandation 8 : inciter davantage les professionnels de santé à dépister leurs patients sur ces cancers ciblés.

<sup>400</sup> Koontz B. F. (2021, décembre). *Increasing physical activity in Cancer Survivors through a Text-messaging Exercise motivation Program (ICanSTEP)*. *Support Care Cancer*, 29(12), 7339–7349.

<sup>401</sup> Kreuter M., Wray R. J. (2003). *Tailored and Targeted Health Communication: Strategies for Enhancing Information Relevance*. *American Journal of Health Behavior*, 27(3).

<sup>402</sup> Nguyen M. H., Bol N., King A. J. (2020). *Customisation versus Personalisation of Digital Health Information: Effects of Mode Tailoring on Information Processing Outcomes*. *European Journal of Health Communication*, 1(1), 30-54.

- Dans le cadre de la refonte du ROSP à travers le déploiement du forfait médecin traitant (FMT) **prévoir d'inclure les médecins non traitants dans cet effort préventif à travers des rémunérations spécifiques** définies par voies conventionnelles soit en les incluant au FMT soit en privilégiant un financement similaire aux pharmaciens pour la remise de kit de dépistage par exemple.
- **Analyser les moyens de renforcer la rémunération à l'acte de dépistage pour une pluralité de pathologies et de professionnels** et non uniquement les campagnes organisées pour les professionnels chargés des bilans prévention (pharmaciens, sage-femmes, infirmières).
- **Inclure d'autres acteurs dans la réalisation des bilans préventions et des dépistages existants** (masseurs-kinésithérapeutes, aide-soignants, assistants médicaux par exemple).

Dans leur analyse, Kreuter et Green<sup>403</sup> soulignent qu'un des trois pans permettant d'influencer les comportements de santé concerne la capacité à promouvoir des comportements vertueux. En ce sens, **l'incitation vers la prévention secondaire, et donc le dépistage, est un outil d'intérêt à envisager**. La littérature a d'ailleurs prouvé l'intérêt de l'incitation, mais cette dernière avait des résultats très divers selon les moyens mis en œuvre<sup>404</sup>.

Pour les soignants, **le dépistage et les actes préventifs en général doivent être rendus davantage attractifs**. L'impact des incitations créées par les institutions en place sur la qualité et la nature des soins prodigués par les professionnels de santé a été étudié par la littérature<sup>405</sup>.

<sup>403</sup> Green L. and Kreuter M. (2005) *Health program planning: An educational and ecological approach*. 4<sup>th</sup> Edition, McGraw Hill, New York.

<sup>404</sup> Taylor L. C., Kerrison R. S., Hermann B., Stoffel S. T. (2022). *Effectiveness of behavioural economics-based interventions to improve colorectal cancer screening participation: A rapid systematic review of randomised controlled trials*. *Preventive medicine reports*, 26.

<sup>405</sup> Emanuel E. J., Ubel P. A., Kessler J. B., Meyer G., Muller R. W., Navathe A. S., Patel P., Pearl R., Rosenthal M. B., Sacks L., Sen A. P., Sherman P., & Volpp K. G. (2016). *Using Behavioral Economics to Design Physician Incentives That Deliver High-Value Care*. *Annals of internal medicine*, 164(2), 114–119.

De fait, le système de tarification à l'acte ne valorise pas le dépistage autant que d'autres actes médicaux : une distorsion qui doit être corrigée pour créer un cadre favorable. Au Danemark, où le préventif est principalement géré par la municipalité, la dotation populationnelle permet d'assurer une politique exhaustive pour la santé des patients et donc favorise un suivi décorrélé des actes réalisés. Comme cela a été analysé par la Cour des comptes<sup>406</sup>, si en France une part de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) a été introduite, la baisse de niveau des critères permettant de bénéficier de cette rémunération forfaitaire ne permettait pas de répondre aux enjeux de prévention, et notamment dans le cadre des dépistages des cancers. De même, la faible part donnée à ce type de rémunération ne semble pas aujourd'hui être un facteur incitatif pour assurer le déploiement d'une politique de santé préventive ambitieuse. Un article 51 déployé (PEPS1) et renforcé (PEPS2) aujourd'hui prend exemple sur des pays internationaux s'éloignant de la tarification à l'acte telle que cela est le cas au Danemark en privilégiant le versement d'un forfait, qui correspond à une rémunération ajustée au risque, définie selon la typologie des patients<sup>407</sup>. **La refonte du dispositif à travers un forfait médecin traitant s'empare de ce sujet mais semble laisser hors du champ les professionnels de santé non indiqués comme médecins traitants** (spécialistes, infirmières, pharmaciens, sages-femmes dû notamment à une organisation différente sans patientèle cible). De ce fait, inclure ces professionnels dans l'engagement et la mobilisation de tous envers la prévention est essentiel. La remise des kits pour le dépistage du cancer colorectal et la rémunération afférente pour les pharmaciens apparaît comme une incitation utile pour améliorer tant la qualité que le nombre de dépistages réalisés grâce au soutien de ces acteurs. **Un enjeu sera de considérer des outils similaires pour tous les dépistages et pour toutes les parties prenantes de la prévention en France.** En ce sens, un travail d'analyse sur l'état des lieux des professionnels à mobiliser sur cette

<sup>406</sup> Cour des comptes. (2023). *Accélérer la réorganisation des soins de ville pour en garantir la qualité et maîtriser la dépense*, (p. 24).

<sup>407</sup> Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. (2025, février). *Expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville – PEPS 2*.

question pourrait être utile à l'avenir ainsi que sur les leviers d'incitation disponibles pour ces derniers.

— **Recommandation 9 : inciter les comportements vertueux des citoyens face à la prévention.**

- **Réaliser une mission d'information (parlementaires, Cour des comptes, IGAS...) visant à analyser les bénéfices et les limites des politiques d'incitation au dépistage.** Cette mission pourrait ainsi être une opportunité d'analyser, avant tout déploiement, les impacts potentiels et les leviers de mise en œuvre de plusieurs types d'incitations :
  - « positive » en visant par exemple les catégories de populations les plus précaires en réduisant le montant de la C2S avec participation financière pour les bénéficiaires qui effectuent les actes de dépistage demandés ;
  - « négative » en visant par exemple à limiter la transmission automatique des informations par carte vitale lorsque les dépistages obligatoires n'ont pas été réalisés malgré des rappels. Cette réflexion sur l'incitation négative a d'ailleurs été initiée à travers la « taxe lapin » lors de son introduction dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 avant d'être retoquée par le Conseil constitutionnel sans analyse préalable. Ce travail pourra ainsi apporter des éléments de compréhension sur la portée d'une telle mesure.

Cette mission pourrait également analyser les moyens de renforcer le rôle des acteurs privés dans le cadre d'une coopération renforcée notamment avec les mutuelles et les entreprises comme acteurs du déploiement d'une politique de prévention ambitieuse.

Dans le cadre de la responsabilisation, les amendes testées hors du cadre de santé pour transformer des comportements n'ont pas fait leurs



preuves<sup>408</sup>. En santé, plusieurs recherches avaient tenté de définir les outils permettant d'induire un changement de comportement dans le cadre des rendez-vous non-honorés au Danemark, notamment avec une pénalité de 34 € sans que cette dernière n'ait d'impact notable<sup>409</sup>. Au Royaume-Uni, cette même réflexion avait abouti à la conclusion que ces mesures répressives risquaient plutôt d'avoir un effet délétère et de voir des patients s'éloigner encore davantage du soin<sup>410</sup>. De plus, les exemples étrangers de mesures d'incitation négative sont pour l'heure centrés sur les vaccinations obligatoires, à l'instar de l'Allemagne, où les parents qui ne font pas vacciner leur enfant contre la rougeole avant qu'ils ne fréquentent les garderies et les écoles encourent jusqu'à 2 500 € d'amende<sup>411</sup>, et de l'Australie, où la mesure « No Jab, No Pay »<sup>412</sup> (« Pas de vaccin, pas d'aide ») prévoit la suspension du versement de trois aides sociales (*Child Care Benefit*, *Child Care Rebate* et, partiellement, le *Family Tax Benefit*) si les enfants n'ont pas été entièrement vaccinés conformément au calendrier du Programme national d'immunisation<sup>413</sup>. Il n'est donc pas évident de transposer ces mesures d'incitation par la sanction au dépistage mais il est pertinent de réaliser une analyse visant à mieux comprendre les incitations éventuelles et les impacts de ces dernières.

Ainsi, dans le cadre des rendez-vous non-honorés, les rappels ont été ceux qui avaient fait leurs preuves<sup>414</sup>. Pour autant, réfléchir à des moyens d'inciter davantage les patients à réaliser des actions de dépistage peut également comprendre des incitations positives. Si une

<sup>408</sup> Gneezy U., Rustichini A. (2000). *A Fine is a Price*. *The Journal of Legal Studies*, 29(1).

<sup>409</sup> Bløhr EE., Væggemose U., Søgaard R. (2022). *Effectiveness and cost-effectiveness of fining non-attendance at public hospitals: a randomised controlled trial from Danish outpatient clinics*. *BMJ Open*.

<sup>410</sup> Ruthven C. (2023). *Would charging patients for missed appointments help fund the NHS?*. *NHS Confederation*.

<sup>411</sup> *Bundersministerium für Gesundheit*. (2022, août). *Questions fréquemment posées au sujet de la loi sur la protection contre la rougeole*.

<sup>412</sup> *New South Wales Government*. (2023, décembre). *No jab no pay immunisation requirements*.

<sup>413</sup> *Australian Government, Department of Health and Aged Care*. (2024, septembre). *National Immunisation Program Schedule*.

<sup>414</sup> Werner K., Alsuhaibani S.A., Alsukait R.F., et al. (2023). *Behavioural economic interventions to reduce health care appointment non-attendance: a systematic review and meta-analysis*. *BMC Health Serv Res*.

option plus coercitive devait être pensée, il serait pertinent de la considérer plutôt pour des dépistages pris en charge, facilités et connus que sont ceux organisés pour les trois cancers. **Une réflexion pourrait être menée pour importer et adapter les mécanismes pensés dans le cadre de la sécurité routière autour des contrôles techniques ou encore concernant les stages de récupération de points.** Si la notion de capital santé à préserver imprègne les politiques publiques à venir sur la prévention, il serait pertinent de considérer l'inaction en santé (non vaccination et manquement aux dépistages ainsi qu'absence de consultations avec un médecin traitant depuis une durée à déterminer) comme mettant en danger son capital santé et ainsi nécessitant un stage de santé réalisé dans les centres de dépistages. En ce sens, le *nudge* et la *gamification* présentent un intérêt pour inciter les citoyens à prendre part à des actions de prévention.

**Un autre levier d'encouragement au dépistage des groupes de population aux plus faibles revenus pourrait consister en l'introduction d'un élément d'incitation financière.** Cette incitation pourrait prendre la forme d'une différenciation du coût de la Complémentaire santé solidaire (C2S) avec participation – excluant ainsi les individus bénéficiant de la C2S sans participation financière (ex CMU-C). À l'heure actuelle, le prix de la C2S avec participation est uniquement déterminé par l'âge du bénéficiaire ; par exemple, en 2025, un individu de moins de 29 ans paie 8 euros par mois, tandis que ce montant s'élève à 30 euros mensuels pour les 70 ans et plus<sup>415</sup>. L'incitation financière aux bénéficiaires de la C2S avec participation consisterait donc à réduire le montant mensuel/ annuel de leur participation en fonction de leur réalisation d'actes de dépistage au cours d'une temporalité à définir (ex. l'année précédente). Outre les bénéfices sanitaires, un tel dispositif permettrait de générer des avantages économiques à la fois pour l'individu et pour le système de santé au regard des nombreux bénéfices du dépistage régulier.

<sup>415</sup> APS Prévoyance. (2025, février). Combien coûte la Complémentaire santé solidaire ?

De même, si le dépistage est vu comme une priorité, alors il serait également pertinent de **réfléchir à des bénéfices pour les entreprises contribuant à la politique nationale de dépistage** et notamment ceux proposant des actions de dépistage. Ces éléments manquent aujourd'hui encore de données pour parvenir à émettre des recommandations robustes et nécessitent donc qu'une analyse fine soit conduite tant des typologies de personnes n'allant pas se faire dépister, leurs préférences et barrières, les limites structurelles du système pour répondre à une hausse de la demande de dépistage et encore les inégalités d'accès. Une fois cet état des lieux réalisé, il apparaît important de définir les possibilités de mise en œuvre de politique d'incitation et de considérer le déploiement d'expérimentations afin d'en vérifier les effets.

**Le dépistage, comme pilier d'une politique de prévention ambitieuse, doit être pensé non seulement pour les citoyens mais avec eux.** Sans cela, les taux d'adhésion resteront en-deçà des attentes et les dépenses de santé continueront d'augmenter sans réel impact des politiques menées. Transformer la vision du dépistage en assumant une communication forte sur la notion de capital santé, faire que les citoyens en perçoivent l'intérêt concrètement et faciliter le passage de l'intention à l'action doivent être les piliers d'une politique de dépistage efficiente. Professionnels de santé, entourage, éducateurs, employeurs, assureurs : tous ont un rôle à jouer pour améliorer le repérage des publics cibles, renforcer le dépistage de tous et assurer le diagnostic précoce des pathologies qui sont aujourd'hui les plus prévalentes. Trop longtemps la politique du dépistage a été limitée : tant en laissant seul le médecin traitant comme acteur d'une majeure partie des actions de dépistages individuels qu'en circonscrivant les enjeux du diagnostic précoce aux seules campagnes de dépistage organisé. **Le dépistage est un outil complexe au but simple, la politique qui le porte doit l'être tout autant.** Elle doit répondre aux enjeux de la pluralité des pathologies visées et des spécificités des citoyens tout en conservant un but simple pour être compréhensible et assurer son efficacité.

# Liste des acronymes et des abréviations

- **ALD** - Affections de longue durée
- **AM** - Assurance maladie
- **ARS** - Agence régionale de santé
- **AVC** - Accident vasculaire cérébral
- **C2S** - Complémentaire de santé solidaire
- **CLS** - Contrat local de santé
- **CNAM** - Caisse nationale de l'Assurance maladie
- **CNR** - Conseil national de la refondation
- **CPAM** - Caisse primaire d'Assurance maladie
- **CPTS** - Communauté professionnelle territoriale de santé
- **CRCDC** - Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers
- **DGS** - Direction générale de la santé
- **DITP** - Direction interministérielle de la transformation publique
- **DMO** - Densité minérale osseuse
- **DREES** - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- **DSS** - Directeur de la sécurité sociale
- **ECG** - Electrocardiogramme
- **FIR** - Fonds d'intervention régional
- **FMT** - Forfait médecin traitant
- **FNPEIS** - Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires
- **HAS** - Haute Autorité de Santé
- **HCSP** - Haut Conseil pour la Santé publique
- **HPV** - Papillomavirus humain
- **HTAP** - Hypertension pulmonaire
- **IA** - Intelligence artificielle
- **INSERM** - Institut national de la santé et de la recherche médicale
- **IGAS** - Inspection générale des affaires sociales
- **IHU** - Institut hospitalo universitaire
- **IMC** - Indice de masse corporelle
- **INCa** - Institut National du Cancer

- **IRCT** - Insuffisance rénale chronique terminale
- **IRDES** - Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
- **IST** - Infections sexuellement transmissibles
- **JDC** - Journée défense et citoyenneté
- **MCV** - Maladies cardiovasculaires
- **MCM** - Maladies cardiométaboliques
- **MMSE** - Mini-Mental State Examination
- **NGS** - Séquençage à Haut Débit
- **OCDE** - Organisation de coopération et de développement économiques
- **OMS** - Organisation mondiale de la Santé
- **ROSP** - Rémunération sur objectifs de santé publique
- **ZIP** - Zone d'intervention prioritaire

## Revues et ouvrages

- Aïm-Eusébi, A., et al. (2019). *Place des médecins généralistes dans le dispositif de prévention/dépistage des cancers en France*. Bulletin du Cancer, 106.
- Alyafei, A., & Easton-Carr, R. (2024). *The Health Belief Model of Behavior Change*. StartPearls.
- Barré, S., et al. (2016). *Évaluation médico-économique du dépistage du cancer du col de l'utérus en France*.
- Blæhr, E. E., Væggemose, U., & Søggaard, R. E. (2022). *Effectiveness and cost-effectiveness of fining non-attendance at public hospitals : a randomised controlled trial from Danish outpatient clinics*. BMJ Open.
- Bouvard, B., & Legrand, E. (2024). *Coûts des fractures ostéoporotiques sévères*. Revue du Rhumatisme, 91(4).
- Candau, M. (2015). *Plus de prévention permettrait de réduire les dépenses de santé*. Euractiv.
- Center for Public Health and Health Policy, University of Connecticut. (2008). *The Economic Impact of Prevention*.
- Chevallier, C., Hacquin, A.-S., & Mercier, H. (2021). *Covid-19 Vaccine Hesitancy : Shortening the Last Mile*. Trends Cogn Sci, 25(5).
- Cottet, C. (2018). *L'errance diagnostique : le point de vue des malades*. Med Sci, 34.
- De Prez, V., et al. (2021). *Cervical cancer screening programs and their context-dependent effect on inequalities in screening uptake : a dynamic interplay between public health policy and welfare state redistribution*. International Journal for Equity in Health.
- Gneezy, U., & Rustichini, A. (2000). *A Fine is a Price*. The Journal of Legal Studies, 29(1).
- Gollwitzer, P. M. (1999). *Implementation intentions : Strong effects of simple plans*. American Psychologist.
- Green, L., & Kreuter, M. (2005). *Health program planning : An educational and ecological approach (4<sup>th</sup> Edition)*. McGraw Hill.

- Hood, K. K., Hilliard, M., Piatt, G., & Ievers-Landis, C. E. (2015). *Effective strategies for encouraging behavior change in people with diabetes*. Diabetes management.
- Koontz, B. F. (2021). *Increasing physical activity in Cancer Survivors through a Text-messaging Exercise motivation Program (ICanSTEP)*. Support Care Cancer.
- LoPiccolo, J., Gusev, A., Christiani, D. C., & Jänne, P. A. (2024). *Lung cancer in patients who have never smoked – an emerging disease*. Nature reviews. Clinical oncology, 21(2), 121–146.
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives : a strategic review of health inequalities in England Post-2010*. University College London.
- Menvielle, G., Richard, J.-B., Ringa, V., Dray-Spira, R., & Beck, F. (2014). *To what extent is women's economic situation associated with cancer screening uptake when nationwide screening exists? A study of breast and cervical cancer screening in France in 2010*. Cancer Causes & Control.
- Miglioretti, D. L., et al. (2024). *Association Between False-Positive Results and Return to Screening Mammography in the Breast Cancer Surveillance Consortium Cohort*. Ann Intern Med, 177(10).
- Montel, N., & Quéreux, G. (2023). *Pénurie de dermatologues : « c'est pour les 10 prochaines années que ça va être le pire »*. Santé Magazine.
- Mularczyk-Tomczewska, P., Żarnowski, A., Gujski, M., Sytnik-Czetwertyński, J., Pańkowski, I., Smoliński, R., & Jankowski, M. (2022). *Preventive Health Screening during the Covid-19 Pandemic : A Cross-Sectional Survey among 102,928 Internet Users in Poland*. J. Clin. Med.
- Nedelec, T., et al. (2022). *Identifying health conditions associated with Alzheimer's disease up to 15 years before diagnosis : An agnostic study of French and British health records*. The Lancet Digital Health, 4(3).
- Nguyen, M. H., Bol, N., & King, A. J. (2020). *Customisation versus Personalisation of Digital Health Information : Effects of Mode Tailoring on Information Processing Outcomes*. European Journal of Health Communication.
- O'Donoghue, C., Eklund, M., Ozanne, E. M., & Esserman, L. J. (2024). *Association between false-positive results and return to screening among women undergoing routine mammography*. Annals of Internal Medicine, 177(5).

- O'Keefe, D. J., & Jensen, J. D. (2009). *The relative persuasiveness of gain-framed and loss-framed messages for encouraging disease detection behaviors : A meta-analytic review*. Journal of Communication.
- Poiseuil, M. (2022). *Participation aux dépistages du cancer du sein chez la femme et survie après un cancer du sein selon le dépistage et les inégalités sociodémographiques*.
- Polton, D. (2016). *Égalité femmes-hommes en matière de santé et de recours aux soins*. EN3S, Regards, 50.
- Ruthven, C. (2023). *Would charging patients for missed appointments help fund the NHS?*. NHS Confederation.
- Shelby, A., & Ernst, K. (2013). *Story and science : how providers and parents can utilize storytelling to combat anti-vaccine misinformation*. Pub Med.
- Shimoda, A., Saito, Y., Ooe, C., & Kondo, N. (2021). *Income-based inequality in nationwide general health checkup participation in Japan*. Public Health.
- Spire, A., Sireyjol, A., & Bajos, N. (2024). *From intentions to practices : what drove people to get the Covid-19 vaccine? Findings from the French longitudinal socioepidemiological cohort survey (2023)*. BMJ.
- Suleman, A., & Vicente, P. (2024). *Covid-19 vaccination reluctance across Europe : Lessons for the future*. Vaccine, 42(21).
- Taylor, L. C., Kerrison, R. S., Hermann, B., & Stoffel, S. T. (2022). *Effectiveness of behavioural economics-based interventions to improve colorectal cancer screening participation : A rapid systematic review of randomised controlled trials*. Preventive medicine reports, 26.
- Trontin, C., et al. (2009). *Analyse coût-bénéfice des actions de prévention. Exemple du risque de manutention pour le personnel soignant*. Revue technique de l'INRS.
- Vaccarella, et al. (2024). *Prostate cancer incidence and mortality in Europe and implications for screening activities : population based study*. BMJ.
- Vigneron, E. (2017). *Les déserts médicaux se créent aussi là où on ne les attend pas*. Observatoire des inégalités.
- Vigneron, E. (2014). *Les centres de santé : une géographie rétrospective*. FEHAP.



- Wang, F., & Wang, J.-D. (2016). *Health expenditures spent for prevention, economic performance, and social welfare*. Health Economics Review, 6, Article number : 45.
- Werner, K., Alsuhaibani, S. A., Alsukait, R. F., et al. (2023). *Behavioural economic interventions to reduce health care appointment non-attendance : a systematic review and meta-analysis*. BMC Health Serv Res.
- Willems, B., & Bracke, P. (2018). *The education gradient in cancer screening participation : a consistent phenomenon across Europe?* International Journal of Public Health.
- Zhao, J., et al. (2023). *Global trends in incidence, death, burden and risk factors of early-onset cancer from 1990 to 2019*. BMJ oncology, 2(1).

---

## Sources institutionnelles

- Arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers.
- Arrêté du 1<sup>er</sup> avril 2022 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers et intégrant la remise des kits de dépistage du cancer colorectal par les pharmaciens.
- Commission mixte paritaire, Projet de loi de financement de la sécurité sociale, version adoptée le 27 novembre 2024.
- Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Ministère de la Santé « Maladie rénale chronique », mars 2016.
- Gouvernement, Les principales mesures de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024, 28 décembre 2023.
- Gouvernement, Annexe au projet de loi de finances pour 2025, La prévention en santé, 2025.
- Loi n° 63-1241 du 19 décembre 1963 (Art. L. 1423-1 du Code de la santé publique).
- Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

- Organisation mondiale de la Santé, « Le diagnostic précoce du cancer permet de sauver des vies et d'abaisser le coût du traitement » 2017.
- Recommandation du Conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer (2003/878/CE).
- Recommandation du Conseil du 9 décembre 2022 sur le renforcement de la prévention par la détection précoce : une nouvelle approche de l'Union européenne en matière de dépistage du cancer remplaçant la recommandation 2003/878/CE du Conseil 2022/C.

---

## Rapports et notes

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé. (2004). *Guide méthodologique : Comment évaluer a priori un programme de dépistage ?*
- Alzheimers Association. (2018). *Alzheimer's disease facts and figures.*
- Assurance maladie. (2022). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses.*
- Assurance maladie. (2023). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses.*
- Commission européenne. (2023, novembre). *Slovénie : Santé et Bien-être. Rendre les établissements de santé plus adaptés aux jeunes.*
- Commission européenne, Recherche et innovation (mai 2023). *De nouveaux outils de détection précoce du cancer de l'ovaire sauveront des vies.*
- Conseil européen. (2024, 3 décembre). *Cardiovascular health : Council calls for more robust efforts to help prevent cardiovascular diseases.*
- Cour des comptes. (2017, novembre). *Rapport public thématique, l'avenir de l'assurance maladie, Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs.*
- Cour des comptes. (2020, mars). *Rapport à la commission des affaires sociales du Sénat : l'insuffisance rénale chronique terminale.*

- Cour des comptes. (2022, décembre). *Santé publique France : Des missions étendues, une stratégie à mieux définir* – Communication à la commission des affaires sociales du Sénat.
- Cour des comptes. (2021, novembre). *La politique de prévention en santé : les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies*.
- Cour des comptes. (2024, mai). *Le système national des données de santé : un vaste gisement d'informations à mieux exploiter*.
- Cour des comptes. (2024, mai). *Mon espace santé : des conditions de réussite encore à réunir*. Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2024.
- Cour des comptes. (2023). *Accélérer la réorganisation des soins de ville pour en garantir la qualité et maîtriser la dépense*.
- Direction interministérielle de la transformation publique (DITP). (2024, décembre). *Prévention en santé : concevoir des communications numériques optimales*.
- Direction interministérielle à la transformation publique – Behavioural Insight Team. (2023, juin). *Dépistage du cancer du sein : passer de l'intention à l'action*.
- Dr Chrysoula Zacharopoulou. (2022, 12 janvier). *Rapport de proposition d'une stratégie nationale contre l'endométriose (2022-2025)*.
- DREES. (2017). *Rapport sur l'état de santé de la population en France*.
- DREES.(2019,mai). *Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine*.
- DREES. (2024). *Projections des effectifs des médecins*.
- DREES. (2021, février). *Causes des problèmes de santé, accès aux soins et Assurance maladie : l'opinion des Français selon leur état de santé*.
- DREES. (2021, juillet). *Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres*.
- DREES. (2022). *L'état de santé de la population en France*.
- DREES. (2023, septembre). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé*.
- Edhec, Bristol Myers Squibb, Game changer, Ipsos (2024, avril). *Perception des Français sur la santé connectée – Vague 2*.

- Fondation Roche. (2024, octobre). Observatoire de l'accès au numérique en santé, 2<sup>e</sup> édition : *Améliorer la prévention en santé des publics vulnérables*.
- Gabet, A., Danchin, N., & Olie, V. (2016). *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire de Santé publique France*, n° 7-8.
- HAS. (2023, septembre). *Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC)*.
- Haute Autorité de Santé. (2019). *Numérique : quelle (R)évolution? Rapport d'analyse prospective*.
- Haut Conseil de la santé publique. (2023, septembre). *Stratégie nationale de santé pour 2023-2033*, version soumise à la consultation publique.
- Heart Group, European Parliament. (2021, juin). *MEP Heart Group Statement The EU funding landscape : promoting research and innovation for cardiovascular health*.
- IFOP pour l'IHU ICAN. (2024). *Baromètre Cardiométabolisme – 2<sup>e</sup> édition*.
- IFOP. (2023, juillet). *Les Français, l'information santé et la peur de la maladie*. Étude Ifop / Capital Image.
- IGAS. (2012, avril). *Rapport sur évaluation de la prise en charge du diabète*.
- IGAS. (2003, juin). *Santé, pour une politique de prévention durable*.
- IGAS. (2024, novembre). *Le financement des actions de prévention primaire des établissements de santé*.
- IGAS. (2022, janvier). *Dépistage organisé des cancers en France*.
- INCa. (2023, avril). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, 2<sup>e</sup> rapport au président de la République*.
- INCa. (2024, mars). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, 3<sup>e</sup> rapport au président de la République*.
- INCa. (2012). *Rapport Éthique et dépistage organisé sur cancer du sein en France*.
- INCa. (2021, février). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 « Des progrès pour tous, de l'espoir pour demain »*.
- INCa. (2022, février). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 « 1<sup>er</sup> rapport au président de la République »*.

- Institut Montaigne. (2024, février). *Données de santé : libérer leur potentiel.*
- Institut Montaigne. (2024, octobre). Rapport « *Fracture alimentaire : maux communs, remède collectif.* »
- Institut Montaigne. (2024, octobre). *Antibiorésistance : l'épidémie à traiter.*
- Institut Montaigne. (2024, octobre). *Finances publiques : la fin des illusions.*
- Institut Montaigne par Verian. (2024, juillet). Sondage « *Habitudes et perceptions sur le dépistage en santé.* »
- Institut Montaigne. (2025, janvier). *Le Baromètre des Territoires : France désemparée et en quête de tranquillité.*
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). (2011, décembre). *Baromètre santé médecins généralistes.*
- Institut national de Santé publique (de Slovénie). (n. d.). *About the programme – Skupaj za zdravje.*
- IRDES. (2018, octobre). *Atlas de l'insuffisance rénale chronique terminale en France.*
- IRDES. (2008, novembre). *La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Questions d'économie de la santé (136).*
- Jean-René Cazeneuve. (2022, octobre). *Rapport n° 292 au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi de finances pour 2023, annexe 41.*
- McDaid, D. (2018). *Using economic evidence to help make the case for investing in health promotion and disease prevention.* Policy Brief OMS.
- Mercer. (2024). *Baromètre Prévention Santé n° 3 – édition 2024 « Les maladies graves. »*
- Ministère chargé de la Santé et de l'Accès aux soins. (2025, février). *Mettre l'IA au service de la santé : état des lieux des actions engagées en matière d'IA en santé pour accélérer l'innovation.*
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *Task Force « Réforme du Financement du système de santé », Rapport « Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné. »*

- OCDE. (2022). *Panorama de la Santé Europe*.
- OCDE (2023). *Panorama de la santé*.
- OCDE/Commission européenne. (2025). *Profils sur le cancer par pays : France 2025*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/00068bb5-fr>.
- OECD. (2017, décembre). *How do OECD countries spend on prevention?* OECD Health Working papers n° 101.
- OECD (2022), *Promoting Health and Well-being at Work : Policy and Practices*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/e179b2a5-en>.
- OMS. (2019, novembre). *L'OMS recommande que des approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux soient offertes aux populations clés, dans le cadre d'un dispositif de services aux partenaires*.
- OMS. (2021). *Des services de santé de qualité : un guide de planification*.
- OMS. (2021, octobre). *Participatory approaches to reaching the Sustainable Development Goals : Slovenia : integrating population and individual services to reduce health inequalities at the community level through health-promotion centres*.
- Perrut, B. (2020). *Proposition de loi facilitant le don du sang des salariés*.
- Redon-Sarrazy, C., & Ventalon, A. (2024). *L'IA et l'avenir du service public – IA et Santé*. Sénat.
- Santé publique France. (2024, décembre). *Résultats de l'enquête transversale initiale du projet « 13 en santé » de médiation en santé auprès des populations vulnérables de Marseille. Connaissances, attitudes et pratiques envers le dépistage des cancers du col, sein et colorectal et la vaccination DTP et HPV*.
- Santé publique France. (2025, janvier). *Programme de travail 2024*.
- Santé publique France. (2025, mars). *Les maladies cardiovasculaires en France : un impact majeur et des inégalités persistantes*.
- Sécurité sociale. (2024). *Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale*. Annexe 1 Maladie.
- Sénat. (2022, mars). *Rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable par*

*la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins ».*

- Service public d'information en santé (SPIS). (2021, mars). *Prise de Décision Partagée en Santé Préventive : Application au risque cardio-vasculaire.*
- Sicsic, & Franc. (2014). *Obstacles to the uptake of breast, cervical, and colorectal cancer screenings : what remains to be achieved by French national programmes?* BMC Health Services Research.
- Rojouan, B. (2024, novembre). *Inégalités territoriales d'accès aux soins : aux grands maux, les grands remèdes.*
- The Economist. (2021). *Health literacy around the world.* The Economist Intelligence Unit Limited.
- Verian pour Harmonie Santé en partenariat avec l'INSERM. (2025, février). *Fake news et santé : comment faire face ?*

---

## Sites internet

- Agence du numérique en santé. (2025). *La petite histoire de la e-santé.*
- Agir pour le Cœur des Femmes. (2022). *Le Bus du Cœur des Femmes.*
- APHP. (2024, juillet). *Dépistage du cancer du poumon par scanner faible dose : l'AP-HP poursuit l'étude pilote CASCADE, financée par l'Inca et le ministère des Solidarités et de la Santé.*
- APS Prévoyance. (2025, février). *Combien coûte la Complémentaire santé solidaire ?*
- Association ANHET. *L'Hypercholestérolémie Familiale en chiffres.* Site de l'ANHET.
- Association EndoFrance. (2021). *Aide au diagnostic de l'endométriose : un nouvel outil numérique validé scientifiquement.*
- Association française de lutte antirhumatismale (AFLAR). (2022). *Questionnaire « Activité physique et affection chronique rhumatologique ».*

- Assurance maladie. (2021). Data pathologies.
- Assurance maladie. (2024, juillet). *Data pathologies : Cancers.*
- Assurance maladie. (2022, octobre). *Mon espace santé. Le nouveau carnet numérique pour faciliter le suivi des soins des patients.*
- Assurance maladie. (2024, septembre). *Une campagne pour sensibiliser au risque de maladies cardiovasculaires chez les femmes.*
- Assurance maladie. (2025, mars). *Les symptômes et le diagnostic de la maladie d'Alzheimer.*
- Assurance maladie. (2021, novembre). *Le diabète en France : les chiffres 2020.*
- Assurance maladie. (2024, octobre). *Symptômes et diagnostic du diabète.*
- Assurance maladie. (2024, 28 novembre). *Présentation lors du Colloque exceptionnel : Maladies cardiométaboliques, tous concernés !* de la Fondation pour l'Innovation en Cardiométabolisme et Nutrition.
- Assurance maladie. (2024, septembre). *Ostéoporose : diagnostic et évolution.*
- Assurance maladie. (2024, juillet). *Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.*
- Assurance maladie. (2024, juillet). *Rapport « Charges et Produits pour 2025 ».*
- Assurance maladie. (2020, décembre). *L'ostéodensitométrie.*
- Assurance maladie. (2024, juillet). *Maladie rénale chronique et insuffisance rénale chronique : définition et causes.*
- Assurance maladie. (2024). *Notre système de santé, c'est aussi à chacun d'en prendre soin.*
- Assurance maladie. (2025, mars). *Symptômes, diagnostic et évolution du diabète de type 1.*
- Australian Government, Department of Health and Aged Care. (2017, août). *Skin cancer screening – position statement.*
- Australian Government, Department of Health and Aged Care. (2024, octobre). *National targeted skin cancer screening to be accelerated with \$10.3 million investment.*
- Australian Gouvernement Departement of Health and Aged Care. (2024, mars). *What we're doing about endometriosis.*



- Australian Institute of Health and Welfare. (2024, avril). *Health of young people*.
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Charente-Maritime. (2024, juillet). *Prévention à tous les âges*.
- Centre Européen d'Étude du Diabète (CEED). (2021). *Diabète et complications : diabète de type 2*.
- CNRS. (2021, octobre). *Covid-19 : un chatbot pour répondre à l'hésitation vaccinale*.
- Commission européenne. (2022, 20 septembre). *Union européenne de la santé : une nouvelle approche de l'UE en matière de détection du cancer – Un dépistage élargi et de meilleure qualité. Communiqué de presse*.
- Doctolib. (2024). *Rapport d'impact 2024*.
- DREES. (2023, février). *Bilan 2022 du dépistage du Covid-19 : 17 % de tests en moins qu'en 2021 mais trois fois plus de cas de Covid-19 détectés*.
- DREES. (2024). *Les dépenses de prévention*.
- e-Estonia. (2024). *e-Health*.
- Eurostat. (2022). *Causes of death – diseases of the circulatory system, residents, 2021*.
- Eurostat. (2023, novembre). *Health care expenditure by function*.
- Eurostat. (2024, juillet). *Cancer screening statistics*.
- Eurostat. (2024, juillet). *Cardiovascular diseases statistics*.
- Fédération Addiction. (2023, juin). *Dépistage et suivi des maladies du foie et hépatites : répondez au questionnaire !*
- Fédération Française de Cardiologie. (2024). *Je me teste*.
- Fédération Française de Cardiologie. *Comment va votre cœur – FFC*.
- Fédération Française des Diabétiques. (2024). *Test d'évaluation du risque de diabète en 3 minutes*.
- Fondation pour la recherche sur le cancer (février 2025). *Cancers de l'ovaire : les symptômes et le diagnostic*.
- Fondation pour l'innovation en Cardiométabolisme et nutrition. (2024, novembre). *Colloque exceptionnel : « Maladies cardiométaboliques, tous concernés ! »*.
- France Assos Santé. (2024, décembre). *Qui veut la peau de Mon espace santé ?*

- Gaudiaut, T. (2024, octobre). *Les (nouveaux) géants pharmaceutiques*. Statista.
- Harvard Medical School. (2022, juin). *More Data Needed Study shows females underrepresented in key disease clinical trials*.
- Haute Autorité de santé. (2016). *Dépistage : objectif et conditions*.
- Haute Autorité de Santé. (2018). *Présentation générale « Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives »*.
- Haute Autorité de Santé. (2017, juin). *Orthogériatrie et fracture de la hanche*.
- Haute Autorité de Santé. (2022, février). *Dépistage du cancer du poumon : la HAS recommande l'engagement d'un programme pilote*. Communiqué de presse.
- Haute Autorité de Santé. (2017, décembre). *Prise en charge de l'endométriose*.
- Hofvind, S. (2024, avril). *Artificial intelligence in BreastScreen Norway – a randomized controlled trial*. Cancer Registry of Norway.
- INCa. (2024, février). *Le programme national de dépistage du cancer colorectal*.
- INCa. (2020, juillet). *L'Institut national du cancer rappelle les conseils de prévention face aux principaux facteurs de risque évitables de cancers*. Communiqué de presse.
- INCa. (2024, juin). *Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus*.
- INCa. (2020). *Journées scientifiques sur le dépistage des cancers, « Disparités territoriales de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus »*.
- INCa. (2024, septembre). *Le programme de dépistage organisé des cancers du sein*.
- INCa. (2024). *Le dépistage du cancer de la prostate en question*.
- Insee. (2025, février). *Quel est le PIB de la France en 2023 ?*
- Inserm. (2023, octobre). *Ostéoporose : des os fragilisés à risque de fracture*.

- Inserm. (2022). *L'influence du genre dans la participation aux programmes de dépistage cardio-vasculaire.*
- Institut Curie (n.d), *Cancer de l'ovaire.*
- Institut Pasteur Lille. (2023, septembre). *Alzheimer et âge : quand la maladie peut-elle apparaître ?*
- International Diabetes Federation. (2021). *France Diabetes Report 2000 – 2045. IDF Diabetes Atlas 10th edition.*
- Leem. (2019). *La santé vue par les Français.*
- Les Echos. (2025, mars). *Le déficit de la Sécurité sociale moins élevé que prévu.*
- Le Figaro. (2024, novembre). *Levée des couleurs, cohésion : Sébastien Lecornu détaille la « militarisation » de la Journée Défense et Citoyenneté.*
- Ministère de la Santé. (2024, octobre). *Maladies cardio-neurovasculaires.*
- Ministère de la Santé. (2025, février). *Diagnostic de l'endométriose : Catherine Vautrin et Yannick Neuder actent la prise en charge d'un test salivaire à compter du 11 février 2025.*
- Ministère de la Santé. (2023). *Octobre Rose : l'intelligence artificielle au service d'une prise en charge personnalisée et anticipée.*
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023, novembre). *Les contrats locaux de santé.*
- Ministère de la santé (2022, février). *Stratégie nationale contre l'endométriose.*
- Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. (2025, février). *Publication de l'état des lieux de l'intelligence artificielle (IA) en santé en France.* Communiqué de presse.
- Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. (2025, février). *Expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville – PEPS 2*
- Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. (2024, octobre). *Note d'information sur les maladies cardio-neurovasculaires.*
- Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. *Pacte territoire santé 2015-2017.*

- MyPeBS. (2023). *Qu'est-ce que MyPeBS ?*
- National Cancer Institute. (2024, mars). *Flu-FIT and Flu-FOBT Program. Evidence-Based Cancer Control Programs (EBCCP).*
- National Health Service. (2023, août). *NHS vaccinations and when to have them.*
- NHS England. *Community Diagnostic Centres (CDC).* Site du NHS England.
- OMS. (2024, novembre). *Diabète.*
- OMS. (2020, décembre). *Les 10 principales causes de mortalité.*
- OMS. (2021, juin). *Maladies cardiovasculaires.*
- OMS. (2023, mars). *Endométriose.*
- Ordre national des pharmaciens. (2023, octobre). *Mon bilan prévention : généralisation du dispositif en janvier 2024.*
- Ruban Rose. *Historique de la campagne.* Site internet cancerdusein.org.
- Ruban Rose. *Rapport d'activité 2022.* Site internet cancerdusein.org.
- Sanofi. (2023, novembre). *Les Français face au diabète : net recul du dépistage malgré une maladie en progression.* Communiqué de presse.
- Santé Publique France. (2022, novembre). *Diabète : données.*
- Santé publique France. (2023, mars). *Cancer colorectal : un taux de participation aux tests de dépistage stable en 2021-2022.*
- Santé publique France. (2024, septembre). *Mon bilan prévention : lancement d'un dispositif ambitieux pour améliorer la santé des Français.* Dossier de presse.
- Santé publique France. (2023, septembre). *Surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes en médecine générale, France métropolitaine 2020-2022.*
- Santé publique France. (2024, novembre). *Efficacité d'une intervention visant à augmenter les discussions sur le sevrage tabagique en médecine générale : l'étude Tabac-Pro.*
- Santé publique France. (2024, décembre). *Inégalités sociales et territoriales de santé.*
- Santé publique France. (2024, mai). *Information en santé : quelles sont les difficultés des Français.*
- Santé publique France. (2023, juillet). *Cancers de la peau.*
- Santé publique France (2025, janvier). *Adultes et avancée en âge.*

- Santé publique France (2025, février). *Qui sommes-nous ?*
- Service Public. *Santé au collège et au lycée*. Service-Public.fr.
- Service Public. (2024, août). *Bilan de santé – Examen de prévention en santé (EPS)*.
- Sinno, M. (2024, octobre). *Santé numérique, une avancée de plus vers la médecine de demain ?* Caisse des Dépôts.
- Site de Médecin Direct. (2024, janvier). *Cancer de la peau : symptômes diagnostic et traitement*.
- Société canadienne du cancer. *Quels sont les avantages et les limites des examens réguliers de dépistage du cancer ?*
- Société française de cardiologie. (2024, novembre). *Un algorithme analysant les données d'EKG pour le diagnostic précoce de l'hypertension pulmonaire*.
- The Australian Prevention Partnership Center. (2025). *What are the economic benefits of prevention?*
- Twitter France Inter. (2025, février). @CaVautrin sur les tests de détection de l'endométriose : « On met fin, avec ce test, à sept ans d'errance médicale en moyenne ».
- Union européenne. (2025, février). *Cancer Screening Campaign*.
- Vaincre Alzheimer. (2024, septembre). *Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer : 10 axes de recherche clés en 2024*.
- Yazdanpanah, Y. (2011, mars). *Coût-efficacité – Les enjeux économiques du dépistage*.

L'auteur de cette note tient à remercier **Chloé Boyaval** et **Louise Hatem** pour leur soutien dans la rédaction de cette dernière, les relecteurs extérieurs ainsi que toutes les personnes auditionnées ou consultées durant l'élaboration de cette note pour leur aide précieuse. Une pensée particulière est portée à l'ensemble de l'équipe de l'Institut Montaigne ayant permis sa réalisation et notamment **Marie-Pierre de Bailliencourt, Lisa Darbois, Juliette Aquilina, Léo-Paul Caron, Nicolas Laine, Arsène Vassy, Camille Le Mitouard, Lou Vincent** et **Brian Ndungo Quiassata**.

Enfin, des remerciements tout particuliers aux équipes de Verian, pour la réalisation d'une enquête dédiée au sujet du dépistage dans le cadre de la réalisation de cette note de l'Institut Montaigne.

Ce travail est le fruit des échanges menés avec l'ensemble des personnes mentionnées ci-dessous que l'auteur remercie tout particulièrement pour leur expertise et leur disponibilité :

- **Françoise Alliot-Launois**, présidente, Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale (AFLAR)
- **Rémi Aubin**, directeur adjoint Assurances de Personnes, Groupama
- **Christian Aublant**, directeur Médical Neuromodulation & Neurovasculaire, Medtronic France
- **Dr Pierre Arwidson**, directeur adjoint de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France
- **Dr Anne-Sophie Banaszuk**, médecin coordinateur régional, CRCDC Pays de la Loire
- **Hélène Barberousse**, directrice des études, deuxiemeavis.fr
- **Sophie Beaupère**, déléguée générale, Unicancer
- **Caroline Berchet (PhD)**, économiste de la santé, OCDE
- **Jeanne Bertrand**, directrice de cabinet et des relations internationales, Unicancer

- **Philippe Besset**, président, Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
- **Noëlle Biron**, directrice Affaires Publiques et Gouvernementales, BD France
- **Antoine Bloch**, senior vice-président, Global Customer Service, bioMérieux
- **Norbert Bontemps**, directeur Assurances de Personnes, Groupama
- **Sandrine Boucher**, directrice stratégie médicale et performance, Unicancer
- **Clémentine Boulet**, responsable Accès au marché, AstraZeneca France
- **Constance Brunel Galtier**, spécialiste Affaires publiques et Gouvernementales, Roche Diagnostics France
- **Marguerite Cazeneuve**, directrice déléguée, Caisse nationale de l'assurance maladie
- **Margaux Ceccaldi**, directrice de la prévention, Doctolib
- **Salomé Chelli-Enriquez**, *Partner & COO*, RPP Group, *Executive Director RPP France*, Secrétariat EU SHD Coalition
- **Coralie Chevallier**, directrice de recherche, Inserm
- **Myriam Combes**, directrice de la Stratégie et des Relations Médicales, ELSAN
- **Caroline Combet**, présidente, Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes
- **Damien de Bloteau**, directeur général, Welii
- **Claire de Morand**, partenaire de la Relation Patient, Roche France
- **Aurélie de Sarrazin-Pételle**, directrice stratégique santé de la femme, Roche France
- **Stéphanie du Boucher**, Senior Manager, Public Affairs, Roche France
- **Jérémy De Backer**, directeur Marketing Innovations Chirurgicales, Medtronic France
- **Carl Debray**, directeur régional des ventes, Medtronic France
- **Pierre-Frédéric Degon**, directeur des affaires gouvernementales, Abbott
- **Dr Suzette Delalogue**, directrice du Programme Interception, Gustave Roussy

- **Adrien Dereix**, directeur médical, ELSAN Prévention
- **Valérie Desplanches**, présidente et co-fondatrice, Fondation pour la Recherche sur l'Endométriose
- **Agnès Devois**, directrice des affaires publiques monde, Servier
- **Dr Franck Devulder**, président, Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)
- **Pauline d'Orgeval**, co-fondatrice et présidente, deuxièmeavis.fr
- **Camille Duquesne**, responsable des Affaires publiques, AstraZeneca France
- **Alice Escande**, *principal advisor*, Behavioural Insight Team France
- **Nicolas Fieulaine**, chercheur en psychologie sociale, Chaire Innovation Publique de l'INSP, enseignant à Sciencespo Lyon et directeur scientifique chez NF Études
- **Vincent Figureau**, responsable des partenariats et du mécénat, Fédération nationale de la Mutualité Française
- **Delphine Franchot**, responsable Affaires publiques Maladies rares, Sanofi
- **Françoise Gay-Andrieu**, responsable Affaires Médicales, Roche Diagnostics France
- **Philippe Guibert**, directeur Médical, International SOS Consulting Europe & Afrique, International SOS
- **Corinne Guillemain**, directrice Innovations et Services Santé & Prévoyance, Axa France
- **Dr Laurent Haas**, directeur médical, Sêmeia
- **Priscilla Hamon**, responsable service Prévention, Fédération nationale de la Mutualité Française
- **Laure Harlé**, chef de produits Diagnostics Monitoring & Connectivity, Medtronic France
- **Pr Norbert Ifrah**, président, Institut National du Cancer
- **Arnaud Jacquier**, consultant senior en affaires publiques, RPP Group, Secrétariat EU SHD Coalition
- **Emmanuel Jeanjean**, Business Director Endoscopy Benelux, France, Iberia, Medtronic



- **Emmanuelle Kuhn**, directrice des Affaires Publiques et Gouvernementales, Medtronic France
- **Sophie Labrosse**, attachée santé, Ambassade du Danemark en France
- **Laure Lalle**, experte en thérapie cardiaque, Roche Diagnostics France
- **Dr Anne-Laure Laprerie**, cardiologue et présidente de la Commission Coeur de Femmes de la Fédération française de cardiologie
- **Virginie Lasserre**, Directrice des Affaires Externes, Johnson & Johnson Innovative Medicine
- **Guy Launoy**, professeur de Santé Publique et d'Epidémiologie, Université de Caen
- **Catherine Liabeuf**, directrice Affaires Gouvernementales, Intuitive
- **Alexandre Maisonneuve**, directeur Médical & Innovation Santé, AXA France
- **Betty Marcerou**, directrice de la Stratégie, des Partenariats transverses et de l'Innovation, La Poste Groupe
- **Noémie Marciano**, directrice Health & Benefits, WTW France
- **Louise Mariani**, inspectrice des finances
- **Marion Menut**, responsable des Affaires gouvernementales et institutionnelles, Abbvie France
- **Dr Gwenn Menvielle**, directrice de recherche, Inserm
- **Loick Menvielle**, directeur de la chaire Management in Innovative Health, EDHEC
- **Dr Anne Moulin**, directrice adjointe de la direction des maladies non transmissibles et des traumatismes, Santé publique France
- **Sarah Otmani**, cheffe de projets, Banque Nationale de Données Maladies Rares
- **Jérémy Pereira**, directeur de l'Offre, Mercer France
- **Ségolène Perin**, directrice Soins primaires, ELSAN
- **Marie Préau**, professeure en Psychologie sociale de la santé à l'Université Lyon II, directrice Unité Inserm 1290
- **Thomas Rapp**, titulaire de la Chaire AgingUP! et professeur d'économie à l'Université Paris Cité, co-directeur de l'axe Politiques de santé du LIEPP, Sciences Po

- **Gérard Raymond**, président, France Assos Santé
- **Stéphane Roques**, directeur Comptes Stratégiques (APHP), Medtronic France
- **Dr Marc Salomon**, directeur-fondateur, Anticipation Santé
- **Audrey Saluzzo**, responsable des Affaires publiques, AstraZeneca France
- **Daniel Szeftel**, président co-fondateur, S meia
- **Jean-François Thebaut**, vice-président, Fédération Française des Diabétiques
- **Isabelle Tongio**, senior directrice des Affaires Publiques et Gouvernementales – France et Europe, bioMérieux
- **Frédéric Valletoux**, ancien ministre en charge de la Santé et de la Prévention, président de la Commission des affaires sociales, député de la deuxième circonscription de la Seine et Marne, Assemblée nationale
- **Camille Vaziaga**, directrice des affaires publiques, Doctolib
- **Bruno Ventelou**,  conomiste, CNRS
- **Pr Marc Ychou**, professeur des universités et praticien hospitalier spécialiste en oncologie digestive, directeur général de l'Institut du Cancer de Montpellier, vice-président d'Unicancer
- **Catherine Zavodska**, responsable Mécénat et Partenariats, Fondation pour la Recherche sur l'Endométriose
- **Nicolas Zeitoun**, responsable Transformation en santé, Roche Diagnostics France





Institut Montaigne  
59 rue La Boétie, 75008 Paris  
Tél. +33 (0)1 53 89 05 60  
[\*institutmontaigne.org\*](http://institutmontaigne.org)

Imprimé en France  
Dépôt légal : mars 2025  
ISSN : 1771-6756

ABB France	Dassault Systèmes	Jeantet Associés	RATP
Abbvie	Delair	Johnson & Johnson	Renault
Accenture	Deloitte	Jolt Capital	Ricol Lasteyrie
Accor	De Pardieu Brocas	Katalyse	Rivolier
Accuracy	Maffei	Kea	Roche
Actual Group	Domia Group	Kearney	Roche Diagnostics
Adeo	Edenred	KPMG S.A.	Rokos Capital
ADIT	EDF	Kyndryl	Management
Air Liquide	EDHEC Business	La Banque Postale	Rothschild & Co
Allianz	School	La Compagnie	RTE
Amazon	Edmond de	Fruitière	Safran
Amber Capital	Rothschild	LCH SA	Sanofi
Amundi	Ekimetrics France	Lenovo ISG	SAP France
Antidox	Engie	Linedata Services	Schneider Electric
Antin Infrastructure	EQT	Lloyds Europe	ServiceNow
Partners	ESL & Network	L'Oréal	Servier
ArchiMed	Eurogroup	LVMH - Moët-	SGS
Ardian	Consulting	Hennessy - Louis	SIER Constructeur
Arqus	FGS Global	Vuitton	SNCF
Arthur D. Little	Forvis Mazars	M.Charraire	SNCF Réseau
AstraZeneca	Getlink	MACSF	Sodexo
August Debouzy	Gide Loyrette Nouel	Média-Participations	SPVIE
AXA	Gigalis	Mediobanca	SUEZ
AXA IARD	Google	Mercer	Synergie
A&O Shearman	Groupama	Meridian	Teneo
Bain & Company	Groupe Bel	Microsoft France	The Boston
France	Groupe M6	Mitsubishi France	Consulting Group
Baker & McKenzie	Groupe Orange	S.A.S	Tilder
BearingPoint	Hameur et Cie	Moelis & Company	Tofane
Bessé	Henner	Moody's France	TotalÉnergies
BNP Paribas	Hitachi Energy	Morgan Stanley	TP ICAP
Bolloré	France	Natixis	Transformation
Bouygues	Hogan Lovells	Natural Grass	Factory
Bristol Myers Squibb	Howden	Naval Group	Unicancer
Brousse Vergez	HSBC Continental	Nestlé	Veolia
Brunswick	Europe	OCIRP	Verian
Capgemini	IBM France	ODDO BHF	Verlingue
Capital Group	IFPASS	Ondra Partners	VINCI
CAREIT	Incyte Biosciences	Optigestion	Vivendi
Carrefour	France	Orano	Vodafone Group
Chubb	Inkarn	PAI Partners	Wavestone
CIS	Institut Mérieux	Pelham Media	Wendel
Clariane	International SOS	Pergamon	White & Case
Clifford Chance	Interparfums	Polytane	Willis Towers Watson
CNP Assurances	Intuitive Surgical	Publicis	France
Cohen Amir-Aslani	Ionis Education	PwC France &	Zurich
Conseil supérieur du notariat	Group	Maghreb	
D'Angelin & Co.Ltd	iQo	Qualisocial	
	ISRP	Raise	

**Le dépistage est un mal-aimé en France symptomatique d'une attention majeure portée au curatif vis-à-vis du préventif dans l'Hexagone.** Près d'un tiers des Français (29%) ne se sentiraient pas suffisamment concernés ou à risque pour réaliser un acte de dépistage (ce chiffre passe à près d'un jeune sur deux de 18 à 24 ans). Pourtant, l'intérêt du dépistage est sans appel : près d'un tiers de l'ensemble des décès pourraient être évités grâce à la prévention et à des interventions plus efficaces et plus rapides selon l'OCDE. Par ailleurs, un cancer diagnostiqué précocement conduit à des protocoles de traitement deux à quatre fois moins coûteux que ceux proposés suite à un diagnostic à un stade plus avancé. Tandis que les taux de participation aux dépistages organisés demeurent en-deçà de la moyenne des pays de l'OCDE et bien inférieurs aux objectifs européens (45 % de participation au dépistage du cancer du sein en 2022 en France, contre un objectif de 70 % au niveau européen), il existe un véritable enjeu d'éducation et d'incitation des Français à aller vers davantage de prévention en santé.

Comment expliquer de tels retards dans le dépistage organisé par des campagnes nationales structurées et largement financées ? Comment assurer que la peur du diagnostic n'entache pas l'accès au dépistage ? Comment renforcer la compréhension de l'intérêt d'un dépistage ?

Afin de créer les conditions les plus favorables à un changement de paradigme, cette note s'attache à définir les barrières au dépistage individuel de l'adulte pour l'ensemble des pathologies non transmissibles (dont les trois cancers d'ores et déjà ciblés par des campagnes de prévention) et propose des solutions pour les surmonter. **Dans ce contexte, une culture du dépistage, au-delà des silos pathologiques et inculquée au citoyen dès l'enfance, doit être une priorité pour assurer la mise en œuvre d'un véritable virage préventif en France.** Cette note formule des recommandations concrètes afin de **mettre en lumière le potentiel du dépistage, encore sous-utilisé et de le définir comme premier maillon d'un parcours de santé. Il s'agira notamment de penser le dépistage avec le citoyen, en tenant compte de ses préférences, ses peurs, ses barrières pour élaborer une politique de prévention qui puisse répondre à ses préoccupations.** Cette même méthode doit être suivie pour définir une communication adaptée aux Français dans toute leur diversité (de tout âge, en tout lieu et de toute catégorie socio-économique). Cela, afin de viser à **surpasser les moyennes européennes dans les taux d'adhésions aux campagnes organisées et de renforcer le dépistage des autres pathologies pour lesquelles l'action de chacun – citoyen, professionnels de santé, employeurs, acteurs publics – est essentielle.**

10 €

ISSN : 1771-6756

NAC2503-01