RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AVIS ET RAPPORTS DU

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

LA PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ

2003

Rapport présenté par

M. Guy Robert

Année 2003. - N°24 NOR : C.E.S. X00003024V Mercredi 3 décembre 2003

MANDATURE 1999-2004

Séance des 25 et 26 novembre 2003

LA PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ

Avis du Conseil économique et social
sur le rapport présenté par M. Guy Robert
au nom de la section des affaires sociales

(Question dont le Conseil économique et social a été saisi par décision de son bureau en date du 9 juillet 2002 en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au Conseil économique et social)

SOMMAIRE

AVIS adopté par le Conseil économique et social au cours de sa séance du mercredi 26 novembre 2003 .....I - 1

Première partie - Texte adopté le 26 novembre 2003 3

I - LA LONGUE ABSENCE D'UNE POLITIQUE GLOBALE DE PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ.....7

A - LA REMISE EN CAUSE D'UNE VISION EXCLUSIVEMENT CURATIVE DE LA SANTÉ ET L'APPARITION D'UNE APPROCHE GLOBALE DE LA PRÉVENTION 7

B - L'ABSENCE D'UN *CONTINUUM* STRATÉGIQUE ET D'UNE APPROCHE GLOBALE DE L'INDIVIDU 8

1. Des compétences parfois mal définies.....8
2. Une absence globale de synergies 8
3. Des actions parfois en décalage par rapport à l'évolution physique et psychique de l'individu.....10
4. Des actions ne prenant pas toujours suffisamment en compte l'environnement de la personne 11
5. Le manque de données épidémiologiques ou d'analyses des comportements.....12

C - LES PRÉMICES D'UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION SUR LE LONG TERME 12

1. Les freins à la mise en œuvre d'une véritable politique de prévention 12
2. L'émergence d'un nouveau contexte favorable à la prévention 14

II - PROPOSITIONS EN VUE D'AMÉLIORER LA RÉPARTITION DES COMPÉTENCES ET DE DÉVELOPPER UNE APPROCHE COORDONNÉE DE LA PRÉVENTION 15

A - CLARIFIER ET REDÉFINIR LES COMPÉTENCES.....15

1. Redéfinir les rôles respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie ...15
2. Affirmer et clarifier le rôle des collectivités territoriales.....16

B - METTRE EN PLACE LES ÉLÉMENTS D'UNE POLITIQUE INTÉGRÉE DE LA PRÉVENTION.....17

1. Rechercher à intégrer soins et prévention.....17
2. Mettre en oeuvre une action véritablement interministérielle 17
3. Coordonner le sanitaire et le social.....18

C - RENFORCER L'ÉVALUATION DANS SA DOUBLE DIMENSION D'EXPERTISE ET D'APPRÉCIATION DES ACTIONS MENÉES 20
1. Développer une expertise adaptée aux besoins des décideurs 20
2. Evaluer les effets des actions mises en œuvre 21

III - PROPOSITIONS EN VUE DE FAVORISER LA PARTICIPATION DE TOUS LES ACTEURS À LA PRÉVENTION 22

A - IMPLIQUER LES CITOYENS ET LA SOCIÉTÉ CIVILE 22
1. Assurer la participation des citoyens 22
2. Donner sa place à la société civile organisée 23

B - AIDER CHACUN À ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ 24
1. Diffuser une information exacte, claire, hiérarchisée et adaptée aux publics visés 24
2. Promouvoir une éducation qui valorise l'apprentissage à la santé . 26

C - CRÉER UN ENVIRONNEMENT OÙ LE SUIVI, LA PRÉSERVATION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ DE TOUS APPARAISSENT COMME UNE PRIORITÉ 30
1. Mettre en place de véritables suivis de l'état de santé 31
2. Responsabiliser les médias et les industries pouvant induire des risques 37
3. Promouvoir une véritable politique de santé au travail 38

CONCLUSION 41

Deuxième partie - Déclaration des groupes 43

ANNEXE A L'AVIS 67
SCRUTIN 67

RAPPORT présenté au nom de la section des affaires sociales par M. Guy Robert, rapporteur ..... II - 1

INTRODUCTION 5

CHAPITRE I : HISTORIQUE ET APPROCHES DE LA PRÉVENTION 9

I - QUELQUES ÉLÉMENTS D'HISTOIRE 9

A - LA MÉDECINE EMPIRIQUE ET LA LUTTE CONTRE LES MALADIES CONTAGIEUSES (ANTIQUITÉ ET MOYEN-AGE) 9

B - LE TRIOMPHE DE L'HYGIÉNISME ET DE LA VACCINATION (DU XVIIIÈME SIÈCLE À LA SECONDE GUERRE MONDIALE) 11
1. L'hygiénisme 11
2. La vaccination 13

C - L'ESSOR DE LA MÉDECINE CURATIVE 14

D - LA REMISE EN CAUSE DE LA VISION PUREMENT BIOMÉDICALE 15

E - L'ÉMERGENCE RÉCENTE DU PRINCIPE DE PRÉCAUTION 17

II - APPROCHES ACTUELLES DE LA PRÉVENTION 20

A - L'APPROCHE BIOMÉDICALE 20

B - LES APPROCHES SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES 21
1. La mise en évidence des limites de l'approche médicale 21
2. Le développement d'une approche globale 22

C - APPROCHE ÉTHIQUE DE LA PRÉVENTION 25
1. Ethique et politique de prévention 25
2. Les dérives possibles de la prévention : normalisation et stigmatisation des écarts à la norme 28
3. L'éducation à la santé : au-delà de la soumission à la norme, parvenir à favoriser, chez l'individu, un engagement libre et choisi en matière de santé 31

CHAPITRE II : UNE ORGANISATION DIVERSIFIÉE ET DISPERSÉE33

I - DES ACTEURS MULTIPLES, AUX COMPÉTENCES ET AUX INTERVENTIONS PARFOIS ENCHEVÊTRÉES 33

A - DES ACTEURS ET DES INTERVENTIONS MULTIPLES 33
1. La prévention des risques subis au niveau collectif 33
2. La prévention des comportements « *à risque* » 38
3. Suivi et dépistage de pathologies indépendantes de comportements « à *risque* » 47
4. La recherche en matière de prévention 53

B - L'ENCHEVÊTREMENT DES ACTIONS MENÉES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION 54
1. Une répartition des compétences parfois artificielle 54
2. Souvent, un manque de précision des textes 55
3. L'ambiguïté, parfois aussi, des textes 55
4. La superposition institutionnelle au cours du temps 56

II - L'ABSENCE D'UN *CONTINUUM* STRATÉGIQUE ET D'UNE APPROCHE GLOBALE DE L'INDIVIDU 56

A - DES ACTIONS QUI NE SONT PAS TOUJOURS DÉVELOPPÉES EN SYNERGIE....56
1. Le manque de coordination dans le suivi de l'état de santé des enfants....56
2. Les difficultés de l'Education nationale à agir avec d'autres acteurs....57
3. L'insuffisance des partenariats avec d'autres acteurs que ceux de la santé....59
4. L'implication inégale des acteurs dans les programmes élaborés à l'échelon régional....60
5. Une activité de recherche peu coordonnée dans le domaine de la prévention....62

B - DES ACTIONS DE PRÉVENTION PARFOIS EN DÉCALAGE PAR RAPPORT À L'ÉVOLUTION PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DE L'INDIVIDU....62
1. Le dépistage des troubles d'ordre physique ou psychique chez l'enfant n'a pas lieu assez tôt....62
2. Les actions de prévention primaire se situent souvent à un âge trop tardif....63
3. Le suivi des personnes au-delà de leur activité professionnelle n'est quasiment pas organisé....65
4. Des actions de prévention ne prennent pas assez en compte l'environnement de l'individu....66

C - LE MANQUE DE DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES OU COMPORTEMENTALES....67

CHAPITRE III : LA LONGUE ABSENCE D'UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION SUR LE LONG TERME....71

I - LES FREINS À LA MISE EN ŒUVRE D'UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE PRÉVENTION....71

A - DES MOYENS FINANCIERS ET HUMAINS LIMITÉS....71
1. Des moyens financiers difficiles à évaluer mais en tout état de cause modestes....71
2. Des moyens en personnel également restreints....74

B - LES DIFFICULTÉS À ÉTABLIR OU À FAIRE APPLIQUER DES NORMES CONTRAIGNANTES....76
1. Le poids des lobbies et des intérêts économiques....76
2. La loi, parfois dépourvue des moyens de se faire respecter....78
3. Des mesures parfois laissées à la bonne volonté des acteurs....80

C - L'ABSENCE D'UNE RÉELLE CONTINUITÉ DANS LES POLITIQUES ENGAGÉES....82
1. Un manque, souvent, de persévérance....82

2. Une mise en œuvre discontinue entre l'échelon national et l'échelon local 83
3. Une évaluation trop rare 83

D - LES OBSTACLES À UNE PERCEPTION ET A UNE HIÉRARCHISATION RAISONNÉES DES RISQUES : LE PROBLÈME DU RÔLE DES MÉDIAS 85
1. Une perception parfois troublée des risques 85
2. Une hiérarchisation problématique des risques 87

II - L'ÉMERGENCE RÉCENTE D'UN NOUVEAU CONTEXTE FAVORABLE À LA PRÉVENTION 88

A - UNE RECONNAISSANCE PROGRESSIVE DES ACTIONS DE PRÉVENTION 88
1. L'intégration de la notion globale de prévention dans le droit positif 88
2. L'institutionnalisation et le développement de l'expertise en matière de prévention 90
3. La « *symétrie* » entre le financement des soins et celui des actes préventifs 91

B - UNE DÉMARCHE PLUS VOLONTARISTE 92
1. Un nouveau cadre d'action 92
2. L'affichage de nouvelles ambitions 93

CHAPITRE IV : QUELQUES EXEMPLES D'EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES 99

I - LA FINLANDE 100

A - PRINCIPES D'ORGANISATION ET DE FINANCEMENT 100
1. L'échelon national 100
2. L'échelon local 102

B - L'EXEMPLE RÉUSSI DE LA PRÉVENTION DES RISQUES CARDIOVASCULAIRES 102

II - LE ROYAUME-UNI 103

A - PRINCIPES D'ORGANISATION ET DE FINANCEMENT 103
1. L'échelon national 103
2. L'échelon local 105

B - EXEMPLES DE POLITIQUES MENÉES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION 106
1. La lutte contre le tabagisme : une politique menée de longue date et ayant permis de réels progrès 106
2. La politique de prévention de l'obésité 109

3. Une politique de prévention aux résultats encourageants en matière de santé des enfants et des adolescents 110

III - LE CANADA ET L'EXEMPLE PARTICULIER DU QUÉBEC 111

A - PRINCIPES D'ORGANISATION 111
1. La mission du gouvernement fédéral.....111
2. Un pouvoir local autonome mais encadré.....113

B - EXEMPLES DE POLITIQUES MENÉES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION AU QUÉBEC 114
1. L'exemple d'une politique préventive active menée en s'appuyant sur les médias : la lutte contre le tabagisme au Québec 114
2. La prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) au Québec 116

CHAPITRE V : LES ENJEUX D'UNE PRÉVENTION EFFICACE.....117

I - FAVORISER LA RESPONSABILISATION ET LA PARTICIPATION DE TOUS LES ACTEURS.....121

A - RÉAFFIRMER LA NATURE POLITIQUE DES ENJEUX DE LA PRÉVENTION ET FAVORISER LA PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ET DES CITOYENS DANS LE PROCESSUS DE DÉCISION EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE 121
1. La nature politique des enjeux de la prévention 121
2. La nécessaire implication de la société civile et des citoyens.....122

B - PERMETTRE À CHACUN D'ETRE ACTEUR DE SA SANTÉ...124
1. Développer une information claire, accessible et ciblée.....124
2. Valoriser par l'éducation le capital santé de chacun.....126

C - IMPLIQUER DAVANTAGE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, AU PREMIER RANG DESQUELS LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....127

D - FAVORISER LES INITIATIVES DES ASSOCIATIONS.....128

E - RESPONSABILISER LES MÉDIAS ET LES INDUSTRIES POUVANT INDUIRE DES RISQUES. 128
1. La voie de l'interdiction et de la pénalisation.....128
2. La voie de la négociation et de la responsabilisation.....129

II - CLARIFIER ET REDÉFINIR LES COMPÉTENCES 129

A - REDÉFINIR LES RÔLES RESPECTIFS DE L'ETAT ET DE L'ASSURANCE MALADIE 129

B - AFFIRMER OU CLARIFIER LE RÔLE DES COLLECTIVITES TERRITORIALES 131
1. Redéfinir de façon plus cohérente les compétences respectives de l'Etat et des départements 131
2. Faire de la région un nouvel acteur de la prévention 131

C - AFFIRMER LA RESPONSABILITÉ DE L'ETAT POUR DÉFINIR UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE SANTÉ AU TRAVAIL 132

III - DÉVELOPPER DES STRATÉGIES TRANSVERSALES, COORDONNÉES, CIBLÉES ET ÉVALUÉES 132

A - FAVORISER DES LOGIQUES TRANSVERSALES ET COORDONNÉES ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS 132
1. Coordonner le sanitaire et le social 132
2. Favoriser une action véritablement interministérielle 133

B - ORIENTER DE FAÇON PLUS STRATÉGIQUE LA MÉDECINE SCOLAIRE ET LA MÉDECINE DU TRAVAIL. 134

C - FAVORISER L'ÉVALUATION COMME MÉTHODE DE VÉRIFICATION PERMANENTE DE L'OPTIMISATION DES DÉCISIONS ET DES PRATIQUES. 134

CONCLUSION 137

ANNEXES 139
Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées par le rapporteur 141
Annexe 2 : Une expérience menée dans l'Oise de suivi des examens réalisés auprès des enfants de maternelle 143
Annexe 3 : Une expérience menée à Nanterre pour lutter contre la *« souffrance psychosociale »* 147

LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 149

TABLE DES SIGLES 155

LISTE DES ILLUSTRATIONS 157

AVIS

adopté par le Conseil économique et social
au cours de sa séance du mercredi 26 novembre 2003

Première partie
Texte adopté le 26 novembre 2003

Le 9 juillet 2002, le Bureau du Conseil économique et social a confié à la section des affaires sociales la préparation d'un rapport et d'un projet d'avis sur « *la prévention en matière de santé* »[1].

La section a désigné M. Guy Robert comme rapporteur.

*

* *

Malgré les progrès majeurs réalisés au cours des siècles derniers en matière d'hygiène collective, et malgré une meilleure connaissance des déterminants de santé, la prévention occupe depuis le développement de la médecine moderne une place secondaire dans le système de santé français, qui s'est constitué autour d'une démarche essentiellement curative. Depuis longtemps, et aujourd'hui encore, en effet, notre société s'intéresse plus à la médecine qu'à la santé. La préoccupation majeure est davantage d'assurer un accès aux soins le plus largement ouvert que de favoriser une culture de prévention. Pourtant, l'amélioration de la qualité des soins, loin de rendre la prévention inutile, la rend au contraire encore plus nécessaire : c'est parce que la durée de vie s'allonge qu'il importe de prévenir l'apparition de maladies chroniques. Au demeurant, le préventif et le curatif sont de plus en plus étroitement associés avec l'essor des examens, notamment biologiques et radiologiques, et des traitements à visée préventive ainsi que l'émergence de la génétique dans l'approche diagnostique.

Mais la prévention doit se penser autrement que par rapport au seul système des soins. Elle vise à réduire les risques subis collectivement et ceux liés aux comportements, en assurant l'intégrité physique et mentale de chacun. Elle doit s'envisager par rapport à la santé et au bien-être, et non plus par rapport à la maladie. La santé est en effet devenue une valeur sociale centrale, identifiée à l'accomplissement personnel.

Les drames sanitaires, comme ceux liés à la transfusion sanguine ou à l'hormone de croissance, ont remis au premier plan la nécessaire anticipation en matière de santé publique, et fait émerger un nouveau concept, celui de « sécurité sanitaire ». D'autres crises provoquées par la mauvaise maîtrise de certaines technologies ont révélé que les décisions prises par d'autres acteurs que ceux de la santé pouvaient avoir des conséquences lourdes en termes sanitaires. Ces circonstances expliquent que la population se soit mise à douter et attende plus encore de protection et d'information de la part de l'Etat et des acteurs de la santé.

Plus récemment, les pouvoirs publics se sont mobilisés afin de faire diminuer la mortalité évitable, particulièrement importante en France, et liée à des comportements à risque : déséquilibres alimentaires croissants, tabagisme - en augmentation dans la population féminine -, consommation excessive

---

[1] L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public, à l'unanimité des votants (voir le résultat du scrutin en annexe).

d'alcool, accidents de la circulation. Toutefois, l'idée que l'on pourrait maîtriser les « morts évitables » en changeant les comportements doit être relativisée. En effet, certains de ces comportements, comme l'utilisation de psychotropes qui dans un premier temps « aident à vivre », constituent souvent la réponse à un contexte de difficultés de vie dont le traitement ne peut se limiter au domaine de la santé. Ces comportements sont pour la plupart induits par des déterminants économiques, sociaux et culturels. Du même fait, la frontière entre risques acceptés, voire revendiqués comme un choix de vie, et risques imposés, subis plus ou moins collectivement, s'avère délicate à établir. La prévention interroge donc directement la question des inégalités sociales de santé. La santé est en effet fonction des conditions de vie, dans leur dimension autant psychologique que physique, et ce dès la vie intra-utérine. Elle doit notamment s'attacher à réduire les risques d'origine professionnelle, facteurs d'importantes inégalités.

Face à ces enjeux essentiels, le rôle de l'Etat apparaît fondamental. Lui seul est à même, dans le cadre d'une réelle concertation, de mettre en place les éléments fondamentaux d'une politique globale, qui s'inscrive dans le long terme, et qui parvienne notamment à faire prendre conscience à chacun que sa santé est son bien le plus précieux.

Le Conseil économique et social se situe ici dans la continuité de la réflexion qu'il avait déjà engagée sur différents aspects de la prévention en matière de santé, en s'intéressant notamment à l'éducation pour la santé en 1982, à la santé scolaire et universitaire en 1990, au suicide en 1993, et à la prévention et aux soins des maladies mentales en 1997, au CHSCT en 2001, travaux qui ont chacun amené un éclairage sur une dimension particulière de la prévention.

L'étendue et la complexité du sujet font que le présent avis ne peut, de toute évidence, prétendre à l'exhaustivité. Aussi n'aborde-t-il pas, ou seulement de façon très partielle, certains enjeux importants, tels que les risques environnementaux, la médecine prédictive, les maladies nosocomiales ou la sécurité routière. Ceux-ci, s'ils entrent dans le domaine de la prévention en matière de santé, sont des champs qu'il faut cerner dans leur spécificité afin de mieux les intégrer dans une politique globale. Le rôle de l'éducation dans l'alimentation, parce qu'il vient de faire l'objet d'une étude de la section de l'agriculture et de l'alimentation du Conseil économique et social adoptée par le Bureau le 28 octobre 2003, n'a quant à lui pas été traité de façon approfondie.

Les constats effectués dans le rapport qui fonde le présent avis ont mis en évidence la longue absence en France d'une politique globale de prévention. Ils sont rappelés, pour les principaux d'entre eux, dans une première partie. Sur la base de cette analyse, des propositions sont faites par le Conseil économique et social en vue, d'une part, d'améliorer la répartition des compétences et de développer une approche coordonnée de la prévention, et, d'autre part, de favoriser la participation de tous les acteurs.

I - LA LONGUE ABSENCE D'UNE POLITIQUE GLOBALE DE PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ

Depuis le développement de la médecine moderne, la prévention occupe une place très secondaire dans le système de santé français, qui s'est constitué autour d'une démarche essentiellement curative. Le XXème siècle a marqué, en effet, l'avènement de la médecine dite curative, et pendant des décennies notre société a davantage été intéressée par les progrès de la médecine que par la promotion de la santé.

A - LA REMISE EN CAUSE D'UNE VISION EXCLUSIVEMENT CURATIVE DE LA SANTÉ ET L'APPARITION D'UNE APPROCHE GLOBALE DE LA PRÉVENTION

Plusieurs facteurs ont été à l'origine de la remise en cause d'un système centré exclusivement sur le curatif : le développement de l'épidémiologie, qui a permis d'identifier des facteurs de risques de maladies, notamment le cancer, contre lesquelles on disposait de peu de moyens thérapeutiques ; l'apparition de nouvelles maladies, contre lesquelles aucun traitement curatif n'a pu être trouvé ; le sentiment, parfois, que la prévention peut éviter des dépenses ultérieures de soins ; l'évolution des mentalités, enfin, la population manifestant une demande croissante de sécurité dans le domaine de la santé.

La prévention a fait l'objet dans la période contemporaine d'approches diversifiées. *L'approche biomédicale* de la prévention a introduit la prise en considération du rôle de la conduite individuelle dans la santé. La classification établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est inscrite dans cette vision lorsqu'elle a distingué trois niveaux de prévention : la prévention primaire, dont l'objectif est de diminuer l'incidence d'une maladie dans une population au moyen de la vaccination ou de la lutte contre les facteurs de risque ; la prévention secondaire, qui s'efforce par la détection précoce des maladies d'éviter leur développement ou leur aggravation ; la prévention tertiaire, qui vise à éviter les séquelles des maladies et les rechutes. *Une approche plus globale de la prévention* s'est développée, envisageant l'influence des facteurs d'ordre divers, notamment social et économique, sur la santé des individus, et considérant les facteurs sociétaux comme des déterminants majeurs de l'état de santé. Cette nouvelle approche a opéré un déplacement significatif, en considérant que l'objet de la prévention n'était plus seulement le risque, mais, plus largement, la recherche du bien-être. Elle s'est avérée, en fait, plus conforme à la définition de la santé retenue par l'OMS, qui avait affirmé dès 1946 que *« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et non point seulement l'absence de maladie ou d'infirmité »*.

Il est clair aujourd'hui que l'amélioration de la qualité des soins, loin de rendre la prévention inutile, la rend au contraire plus nécessaire et plus actuelle. Le préventif et le curatif, loin d'être opposés, se trouvent, avec l'essor des examens et des traitements à visée préventive, de plus en plus étroitement associés, et ne peuvent plus être séparés. De plus, parce que la durée de vie s'allonge continuellement, il est essentiel de pouvoir prévenir ou retarder l'apparition de maladies chroniques. Et la prévention, qui doit permettre à tous de vivre mieux et plus longtemps, doit aussi viser à faire que ces années de vie supplémentaires soient, le plus possible, des années sans incapacité ni maladie.

B - L'ABSENCE D'UN *CONTINUUM* STRATÉGIQUE ET D'UNE APPROCHE GLOBALE DE L'INDIVIDU

1. Des compétences parfois mal définies

Les actions menées en matière de prévention sont, tout d'abord, caractérisées par leur enchevêtrement. Celui-ci est lié à l'intervention d'un grand nombre d'acteurs, présentés dans le rapport joint au présent avis. Mais, surtout, cette dispersion inévitable des intervenants se situe dans un cadre de compétences mal défini. Celles-ci sont réparties de manière parfois artificielle, comme l'a montré le transfert des compétences effectué en direction des départements en 1983 dans les domaines de la Protection maternelle et infantile (PMI), des vaccinations, de la lutte contre la tuberculose ou contre les maladies vénériennes,… qui n'a pas semblé correspondre à une véritable démarche de santé publique. Le manque de précision des textes a aussi laissé parfois la place à des interprétations diverses. Conjugué au principe de la compétence générale des collectivités locales sur les affaires qui intéressent leur territoire, ce flou a pu permettre une multiplication des initiatives locales, ou, au contraire, une certaine inertie. Certains acteurs sont ainsi intervenus au-delà des strictes compétences que leur ont reconnues les textes. L'ambiguïté de certains textes a pu, de surcroît, renforcer cette confusion.

2. Une absence globale de synergies

Un rôle de coordination globale est certes attribué par le Code de la santé publique au ministère de la Santé. Il existe néanmoins en matière de prévention une absence globale de synergie entre les acteurs ou les actions, même si des partenariats exemplaires, dont certains ont été décrits dans le rapport joint au présent avis, ont été ponctuellement organisés. Quelques difficultés majeures de coordination peuvent être soulignées à cet égard.

2.1. Le manque de coordination dans le suivi de l'état de santé des jeunes et des adultes

En dépit de l'existence du carnet de santé, l'insuffisance des échanges entre les services de la PMI et de la médecine scolaire, ainsi qu'entre elles et la médecine de ville, le fait que les actions de dépistage ne débouchent pas toujours sur une prise en charge dans les cas où une pathologie a été repérée fragmentent et fragilisent le suivi de l'enfant.

S'agissant des adultes les examens de santé réalisés dans les Centres d'examens de santé (CES) de l'assurance maladie (600 000 par an) s'inscrivent dans le cadre des dispositions prévues par le code de la sécurité sociale ouvrant droit à un examen périodique de santé tous les cinq ans. Cependant ce droit demeure un droit théorique, qui touche au plus 1% de la population. Dans ce cadre juridique, la Mutualité sociale agricole (MSA), par exemple, a organisé des examens de santé adaptés à quatre tranches d'âge qu'elle a déterminées. Elle propose également des bilans de santé aux personnes se trouvant en situation de précarité. Mais il n'existe pas de dispositif coordonné ou généralisé en direction des adultes ou des personnes âgées. Le suivi des personnes au-delà de leur activité professionnelle, notamment, est rarement organisé. La médecine du travail, outre le fait qu'elle n'assure pas le suivi de toutes les personnes dans leur activité professionnelle, mais seulement celui des salariés, ne suit pas non plus, par définition, les personnes au-delà de leur période d'activité. Cette situation est particulièrement préjudiciable pour les pathologies professionnelles qui comportent un long degré de latence avant de se manifester. Seule une initiative récente de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) vise à organiser un suivi post-professionnel.

2.2. Les difficultés de l'Education nationale à agir avec d'autres acteurs

L'éducation à la santé est constituée de l'ensemble des interventions d'information, de communication et d'éducation qui visent à aider les individus et les groupes à protéger et améliorer leur santé. Elle ne relève pas seulement de l'Education nationale, même si elle a longtemps été un élément important du socle éducatif scolaire, sous la forme essentiellement d'une éducation à l'hygiène et de la prévention de maladies contagieuses. Elle est ensuite passée progressivement du milieu scolaire à la sphère privée. La loi du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation a confié à l'Education nationale la mission de *« favoriser les actions médico-sociales et l'éducation pour la santé »*. Celle-ci, qui est aujourd'hui partie intégrante des contenus scolaires, est enseignée le plus souvent par les professeurs de sciences de la vie et de la terre, dans une optique ne permettant pas une approche globale de la santé.

Alors que l'éducation à la santé doit être développée dans un cadre partenarial, l'Education nationale éprouve des difficultés à agir en synergie avec les autres acteurs, même ceux qui, au niveau local, travaillent dans le champ de l'éducation et de la prévention. Le fait que le sanitaire et l'éducatif demeurent

cloisonnés freine la transmission des compétences au sein du monde éducatif, et rend plus difficile l'engagement des enseignants en matière d'éducation à la santé. Les relations, notamment, sont complexes et délicates entre les enseignants et les infirmières scolaires, qui sont pourtant un élément essentiel de l'équipe éducative. Dans la pratique, l'institution Education nationale semble avoir du mal à partager sa légitimité éducative. Les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), créés en 1998, se sont vus confier des missions importantes en matière de prévention, dont la réussite dépend de la mise en place d'un véritable partenariat de proximité. Or, ces comités n'ont pas été systématiquement constitués, et lorsqu'ils l'ont été, ils fonctionnent de façon trop autarcique, restant peu connus en dehors de l'Education nationale.

2.3. L'insuffisance des partenariats avec d'autres acteurs que ceux de la santé

Des problématiques spécifiques de santé publique, telles que la santé mentale, notamment la prévention du suicide, la prévention de l'aggravation des troubles psychiques chez les mineurs en grande difficulté ou les personnes en situation de précarité, appellent des réponses qui dépassent le champ de la santé.

De façon générale, le travail en commun des différentes institutions qui peuvent connaître les enfants ou les adolescents (les enseignants, qui remplissent activement leur obligation de signalement, les infirmières scolaires, les médecins, les éducateurs relevant des services de l'Etat, des collectivités territoriales ou du monde associatif, dont les intervenants de l'éducation populaire, les assistantes sociales,…) est encore trop réduit. L'implication des différents acteurs dans les programmes élaborés à l'échelon régional (Programmes régionaux de santé, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins - PRAPS) est par ailleurs inégale.

2.4. La dispersion des activités de recherche dans le domaine de la prévention

Il n'existe pas, excepté dans le domaine de l'éducation à la santé, où l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) joue ce rôle, de structure chargée à la fois de coordonner la recherche et d'assurer la diffusion des connaissances auprès des professionnels. Lorsque les données d'ordre épidémiologique, sociologique, etc. existent, l'information provient souvent de sources multiples et n'est pas synthétisée.

3. Des actions parfois en décalage par rapport à l'évolution physique et psychique de l'individu

Le dépistage des troubles d'ordre physique ou psychique chez l'enfant est trop tardif, alors que nombre de ces troubles trouvent leur origine dans la petite enfance. Si le taux de 80 % de participation au bilan médical effectué lors de la sixième année est en soi satisfaisant, celui-ci intervient trop tard pour dépister les pathologies qui auraient intérêt à être soignées plus tôt. Des bilans effectués dans

le cadre de la PMI existent pour les enfants de 3 ou 4 ans, mais sont réalisés de manière très inégale et ne donnent lieu à aucune publication de statistiques par les conseils généraux.

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a estimé dans une récente expertise collective qu'un enfant ou adolescent sur huit souffre d'un trouble mental, et a souligné qu'il s'écoule souvent plusieurs années entre l'apparition des premiers symptômes et leur dépistage. C'est à l'adolescence que les actions de prévention sont le plus souvent menées, afin de prévenir le suicide, la violence, les relations précoces non protégées,... à un âge où beaucoup de préadolescents sont déjà profondément inscrits dans des schémas comportementaux et deviennent inaccessibles aux messages de prévention délivrés par les adultes - professionnels de santé et éducateurs exerçant en milieu scolaire -, qui se sentent par ailleurs démunis pour repérer le mal-être des jeunes. De plus, en dépit de l'existence de *« maisons des adolescents »* dans quelques services hospitaliers, on constate le plus souvent un *« vide institutionnel »* face à la souffrance des adolescents.

4. Des actions ne prenant pas toujours suffisamment en compte l'environnement de la personne

Les politiques et les actions de prévention reposent trop souvent sur une vision biomédicale de la santé et ne prennent pas suffisamment en considération l'environnement dans lequel évolue la personne.

Notre assemblée tient à souligner que la prévention en matière de santé ne peut être réellement efficace que si les conditions de vie offertes à la population lui permettent d'éviter d'être exposée à un certain nombre de risques et d'être en mesure de recevoir un message préventif. La prévention relève en effet d'une politique globale, incluant aussi bien l'amélioration des conditions de travail que les politiques du logement, de la ville, de l'environnement, des transports ou la lutte contre la précarité et l'exclusion. Les conditions de logement, en particulier, ont un impact direct sur la santé, physique comme mentale. Disposer d'un toit, comme l'a affirmé la Charte d'Ottawa, est une condition aussi essentielle qu'évidente de la santé. L'insalubrité de l'habitat est par ailleurs à l'origine d'intoxications, notamment au plomb et au monoxyde de carbone, et d'allergies respiratoires. Les pathologies dues à la précarité sont nombreuses, et le mal-être lié aux situations sociales engendre souvent le stress, voire la violence ou la dépression ; il se traduit aussi physiquement par des insomnies, des lombalgies, des nausées... De plus, concernant les nuisances sonores, notre assemblée notait, en 1998, dans son avis « *Le bruit dans la ville* », présenté par Jean-Pierre Gualezzi, que le bruit, alors même qu'il apparaît comme la nuisance la plus dénoncée par les citadins, ne fait pas l'objet d'une véritable politique de prévention de la part des pouvoirs publics.

En matière de lutte contre les allergies, par exemple, qui connaissent un fort développement, l'assurance maladie prend en charge les soins. Elle ne peut cependant s'appuyer sur une analyse précise des caractéristiques du lieu de vie et des conditions de travail du patient. La médecine du travail, quant à elle, consiste trop souvent en une pratique exclusivement clinique, lors des examens médicaux annuels des salariés. Les médecins du travail, du fait des conditions difficiles d'exercice de leurs fonctions, n'assurent que très peu l'activité de surveillance de l'hygiène et de l'adaptation des conditions de travail qui doit selon les textes prendre un tiers de leur temps. Or, sans véritable expertise des conditions et de l'environnement de travail, les avis d'aptitude médicale risquent de manquer le véritable enjeu d'une médecine de prévention.

5. Le manque de données épidémiologiques ou d'analyses des comportements

Le manque de données en épidémiologie ainsi que l'insuffisance de la connaissance des déterminants de certains comportements empêchent la mise au point d'une réelle politique de prévention dans plusieurs domaines très importants.

Ainsi, la difficulté à évaluer l'ampleur des maladies professionnelles, qui semblent fortement sous-évaluées, occulte un problème sanitaire essentiel et empêche de construire une politique de prévention plus ambitieuse en amont des facteurs de risques. La connaissance précise de la part attribuable aux facteurs professionnels dans l'étiologie des cancers, notamment, est encore fragmentaire. S'agissant des accidents professionnels, même si la sous-déclaration est sans doute moins importante que celle des maladies professionnelles, la difficulté à appréhender la réalité est également un obstacle à la mise en place d'une prévention mieux adaptée. Il manque, de la même façon, un dispositif de collecte et d'analyse des données quantitatives concernant les accidents domestiques.

Les données relatives aux attitudes et représentations dont sont porteurs les individus qui ont des comportements à risques manquent aussi parfois. Ainsi, les déterminants profonds de ces comportements chez les jeunes sont rarement étudiés.

C - Les prémices d'une politique de prévention sur le long terme

En dépit de la persistance de certains freins, les éléments d'une politique de prévention durable apparaissent depuis quelques années.

1. Les freins à la mise en œuvre d'une véritable politique de prévention

a) Des moyens financiers et humains limités

Même s'ils font l'objet depuis quelques années d'études plus fréquentes pour parvenir à les cerner, les budgets consacrés à la prévention restent difficiles à évaluer, mais sont en tout état de cause modestes. La logique actuelle, centrée

sur le respect d'équilibres budgétaires annuels, est par ailleurs particulièrement mal adaptée aux dépenses de prévention, dont les retombées doivent s'évaluer sur le long terme et pouvoir s'appuyer sur des indicateurs établis selon des protocoles élaborés en fonction des objectifs poursuivis.

Les moyens en personnel dédiés à la prévention sont également restreints, qu'il s'agisse de ceux de la médecine scolaire, qui souffre d'une insuffisance manifeste de médecins et d'infirmières, ou de la médecine du travail, dont le manque de médecins constitue aujourd'hui un problème structurel. La médecine de prévention des personnels de l'Education nationale, qui ne dispose que d'un médecin pour plus de 20 000 agents, est très représentative de cette situation de carence. Elle ne permet de réaliser aucune action sérieuse en termes de suivi médical ou d'environnement de travail de ces personnels. Les médecins de santé publique sont également trop peu nombreux pour pouvoir répondre de façon satisfaisante à l'ensemble de leurs missions. La formation des acteurs non dédiés exclusivement à la prévention est par ailleurs largement insuffisante.

b) La difficulté à établir ou à faire appliquer des normes contraignantes à visée préventive

Cette difficulté est patente en certains domaines. Elle tient parfois au poids des lobbies et des intérêts économiques, qui a pu empêcher l'édiction de mesures normatives au niveau européen ou national, dans les secteurs notamment de l'hygiène alimentaire, du tabac, de l'alcool ou de l'automobile. Et même lorsque celles-ci n'ont pas été vidées de leur sens, elles sont souvent l'objet de stratégies de contournement développées par les mêmes intérêts. La loi, au demeurant, n'est pas toujours pourvue des moyens de se faire respecter, comme le montrent les exemples de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs ou l'interdiction de la publicité pour l'alcool. Certaines mesures sont aussi parfois laissées à la bonne volonté des acteurs, notamment dans le domaine de l'Education nationale.

c) L'absence d'une réelle continuité dans les politiques engagées

Par manque, souvent, de persévérance, comme en matière de lutte contre le tabagisme, ou du fait de la discontinuité de la mise en œuvre entre l'échelon national et l'échelon local, la prévention se ramène trop souvent à de grandes campagnes médiatiques nationales financées par l'assurance maladie, l'Etat et certaines associations, mais sans prolongement réel d'action locale ou de terrain. L'insuffisance de l'évaluation des actions menées a également empêché de poursuivre et de généraliser certaines expériences ou démarches innovantes.

d) Les obstacles à une perception et à une hiérarchisation raisonnées des risques : la question du rôle des médias

Les médias ont un rôle essentiel à jouer en matière de prévention. Or, l'information qu'ils délivrent auprès du grand public trouble parfois la perception de certains risques, comme l'ont montré le débat sur les risques supposés du vaccin de l'hépatite B ou la présentation faite des nouveaux médicaments relatifs au traitement du sida. Elle peut aussi brouiller la perception

des véritables enjeux en matière de prévention, les risques liés aux facteurs comportementaux ayant tendance à être sous-évalués par l'opinion publique par rapport aux risques liés à la sécurité sanitaire. Cette situation est d'autant plus préoccupante que la dépendance étroite entre les questions sur lesquelles se focalise l'opinion du public, les décisions politiques, et les allocations de budgets entraîne souvent une disproportion entre les sommes consacrées à la réduction de certains risques et la gravité de ceux-ci.

2. L'émergence d'un nouveau contexte favorable à la prévention

Les difficultés rencontrées pour mettre en œuvre une politique de prévention ne doivent pas, tout d'abord, occulter le fait que beaucoup de mesures très importantes et efficaces ont été entreprises en matière d'hygiène publique, s'agissant notamment des vaccinations, de la sécurité sanitaire, et de la qualité de l'eau ou de l'air. Quoique trop tardivement, des améliorations ont également été apportées dans les lieux de vie par les mesures destinées à prévenir ou à supprimer l'utilisation de l'amiante. Il est nécessaire de poursuivre les efforts entrepris, en mettant néanmoins toujours en perspective, pour chaque mesure, son coût et son efficacité.

Il convient également de souligner l'émergence depuis quelques années d'un intérêt nouveau pour la prévention, qui s'est traduit par le souci d'inscrire celle-ci plus profondément et plus durablement dans les politiques publiques. La notion de prévention prise dans son sens global a ainsi été intégrée progressivement dans le droit positif, et la loi du 4 mars 2002 s'est attachée à donner une définition de la politique de prévention, inscrite dans le Code de la santé publique. La même loi a créé l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) et prévu la création d'un comité technique national de prévention ainsi que l'élaboration d'*« objectifs et programmes prioritaires nationaux de prévention »*. Des jalons d'une politique globale de prévention se mettent par ailleurs progressivement en place avec la volonté affirmée de lancer des actions nationales et planifiées de prévention (plan national nutrition-santé, plans nationaux de santé publique en matière de cancer, de diabète, d'asthme ou d'insuffisance rénale chronique, programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles pour 2002-2005). De nouvelles ambitions s'affichent. Le projet de loi relatif à la politique de santé publique déposé en mai 2003 devant l'Assemblée nationale s'inscrit dans cette évolution.

II - PROPOSITIONS EN VUE D'AMÉLIORER LA RÉPARTITION DES COMPÉTENCES ET DE DÉVELOPPER UNE APPROCHE COORDONNÉE DE LA PRÉVENTION

A - CLARIFIER ET REDÉFINIR LES COMPÉTENCES

1. Redéfinir les rôles respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie

La définition des principes directeurs et des grands objectifs d'une politique de prévention, qui fait partie de la stratégie nationale de santé publique, est de la responsabilité première de l'Etat. L'assurance maladie joue déjà, pour sa part, un rôle important, à travers notamment les Conventions, pluriannuelles, d'objectifs et de gestion (COG) conclues avec l'Etat. Néanmoins, par les relations privilégiées qu'elle entretient tant avec les acteurs du système de santé qu'avec l'ensemble de la population, par l'importance et la qualité de ses capacités de gestion, par sa qualité de principal financeur des soins et de la prévention, par le fait que la prévention est devenue à la fois partie intégrante du soin et outil de gestion du risque, l'assurance maladie a logiquement vocation à participer davantage à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de prévention.

L'Etat, pour sa part, pourrait être sollicité, à côté de l'assurance maladie, dans le financement de la prévention. Une réforme visant à inscrire au budget de l'Etat les recettes et dépenses affectées au financement de la prévention présenterait l'inconvénient majeur de séparer la gestion de la prévention de celle des soins. Mais lorsqu'il s'agit de questions d'intérêt national l'Etat peut s'engager plus avant financièrement. Les mesures nouvelles du Plan de mobilisation nationale contre le cancer annoncé en mars 2003, faisant suite à l'initiative prise par le Président de la République, devraient d'ailleurs, en principe, être financées par la hausse des droits sur le tabac. Cette participation de l'Etat peut s'envisager dans d'autres domaines où la santé publique se trouve particulièrement en cause. Il est également possible d'envisager que les dépenses de prévention autres que le remboursement des actes et traitements à visée préventive soient prises en charge par l'Etat. Lorsque, par exemple, un régime finance une campagne de lutte contre le tabagisme, il œuvre, en effet, pour l'ensemble de la population et non pas seulement pour les seuls assurés de ce régime, et il apparaît dans ces conditions peu justifié de laisser ces dépenses à la charge d'un seul régime alors qu'elles profitent à tous.

De façon plus générale, il convient de souligner que la prévention peut parfois engendrer des économies, mais qu'elle a un coût, dont il revient à l'Etat de déterminer la répartition entre les différents acteurs (Etat, organismes sociaux, collectivités territoriales, citoyens,…) dans le cadre de la définition d'une politique de santé.

2. Affirmer et clarifier le rôle des collectivités territoriales

De par leurs compétences en matière, notamment, de transports, de logement ou d'environnement, les collectivités territoriales mettent en œuvre des politiques qui ont une influence importante sur des déterminants essentiels de la santé publique.

2.1. Redéfinir de façon plus cohérente les compétences respectives de l'Etat et des départements

Le partage des compétences hérité des lois de décentralisation entre l'Etat et les départements est porteur, en termes de santé publique, d'incohérences auxquelles il est nécessaire de remédier. Notre assemblée estime qu'en matière de lutte contre le cancer, qui requiert un niveau de technicité dont ne peuvent disposer toutes les collectivités territoriales, la compétence de l'Etat doit être reconnue, en s'appuyant, pour certains aspects de mise en oeuvre, sur les compétences de l'assurance maladie.

2.2. Faire de la région un nouvel acteur de la prévention

Le législateur, dans le souci notamment d'éviter d'accentuer les disparités entre régions, n'a pas investi la collectivité territoriale régionale de compétences sanitaires propres. Celle-ci est néanmoins compétente en matière de formation professionnelle et de pilotage des politiques de soutien à l'économie et d'aménagement du territoire, ce qui en soit justifierait d'en faire un partenaire en matière de prévention. Les conférences régionales de santé ainsi que les plans régionaux, en créant une dynamique régionale, ont fait prendre conscience de la nécessité d'adapter les politiques de santé aux spécificités régionales en matière de santé. La région est pourtant restée en marge du développement d'approches régionales de la politique de santé.

A l'évidence l'espace régional semble, en effet, le mieux adapté à la coordination entre tous les acteurs de la prévention (ARH, URCAM, URML, caisses d'assurance maladie, DRASS et DASS) qui concourent aux politiques de santé publique car il offre la possibilité :

- d'une connaissance fine de l'état sanitaire et des besoins de la population, domaine dans lequel d'énormes progrès restent à accomplir, progrès qui nécessitent à la fois une coordination forte des structures existantes et les moyens en conséquence ;
- d'une organisation de la prévention et l'éducation pour la santé où le niveau régional peut facilement décliner les priorités nationales de santé publique, définir des priorités régionales et mettre en place des actions plus précisément ciblées sur les spécificités locales.

Il paraît d'autant moins envisageable que cette situation puisse perdurer que de nouvelles évolutions se dessinent. Notamment, le projet de loi relatif aux libertés locales prévoit de reconnaître aux régions la possibilité d'engager des programmes régionaux spécifiques de santé publique et de leur donner la

responsabilité des formations sociales et paramédicales. Le projet de loi de santé publique a de son côté inclus la région dans le groupement régional de santé publique dont il prévoit la constitution.

Dans le cadre d'une politique de santé définie à l'échelon national, une place doit d'ores et déjà être faite au Conseil régional dans les dispositifs de pilotage de la politique de prévention. Celui-ci, dans un premier temps, pourrait être associé aux conférences régionales de santé, tant que celles-ci seront maintenues, et aux instances de pilotage des différents programmes régionaux de santé.

B - METTRE EN PLACE LES ÉLÉMENTS D'UNE POLITIQUE INTÉGRÉE DE LA PRÉVENTION

L'intégration entre soins et prévention est insuffisante. Le cloisonnement des actions menées en matière de prévention limite, trop souvent, leur efficacité. Aussi, apparaît-il indispensable à notre assemblée de développer des modes de collaboration entre les acteurs du sanitaire et du social, à commencer par les différents services de l'Etat, notamment entre ceux du ministère de la Santé et ceux respectivement du Travail et de l'Education nationale.

1. Rechercher à intégrer soins et prévention

L'administration de la santé reste organisée en fonction de la régulation financière et technique du système de soins. Le Conseil économique et social estime que la politique de santé doit pouvoir être globale et mise en oeuvre à partir d'objectifs nationaux de santé intégrant soins curatifs et prévention. Le projet de loi relatif à la politique de santé publique semble aller dans ce sens, en prévoyant l'intégration de la définition de la politique de prévention dans une définition plus large de la politique de santé publique ainsi que l'intégration des objectifs de prévention dans les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Les modalités de mise en œuvre des objectifs affichés par le projet de loi devront néanmoins être précisées et les moyens financiers et humains définis.

La possibilité d'un remboursement de consultations de prévention par l'assurance maladie, prévue par le projet de loi, est un autre volet important de l'intégration des soins et de la prévention. Les modalités de son organisation sont évoquées ultérieurement dans le présent avis.

Plus généralement, la mobilisation des professionnels de santé dans la prévention est d'autant plus nécessaire que leur crédibilité auprès de la population est importante.

2. Mettre en oeuvre une action véritablement interministérielle

L'organisation de la prévention au sein de l'Etat demande à être davantage structurée. Il est indispensable d'établir une véritable coordination, notamment, entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Education nationale, d'une part, et le ministère de la Santé et le ministère du Travail d'autre part. Le plan national

de lutte contre le cancer présenté en 2003 a précisément ouvert la perspective d'une nouvelle collaboration, en prévoyant, dans les deux cas, un contrat-cadre autour d'objectifs communs de santé publique. Un contrat-cadre a déjà été conclu en juillet 2003 entre les ministères de la Santé et de l'Education nationale, donnant lieu à une série de programmes opérationnels mis en place avec les rectorats, tel *« Ecoles sans fumée »*. Le Conseil économique et social est favorable à ces initiatives, qui doivent être soutenues et développées.

La prévention des risques professionnels et la promotion de la santé au travail réclament, de façon encore plus large, une coopération entre non seulement les ministères du Travail et de la Santé, mais aussi avec ceux de l'Industrie, de l'Environnement et de l'Agriculture. De même, les instances chargées respectivement de la gestion des risques environnementaux et des risques professionnels doivent collaborer pour éviter une séparation artificielle entre santé environnementale et santé au travail, entre le périmètre de l'entreprise et son extérieur.

Tout en laissant la responsabilité de l'exécution à chacun de ces ministères, il est néanmoins indispensable d'assurer une cohérence et une coordination de l'ensemble des mesures. Il convient, de ce point de vue, d'être attentif aux conditions de la mise en place, prévue par le projet de loi relatif à la politique de santé publique, d'un comité national de santé publique. Ce comité, résultant de la fusion entre le comité national de sécurité sanitaire et le comité technique national de la prévention, prévu par la loi du 4 mars 2002 mais qui n'a pas été créé à ce jour, aura en effet pour mission de contribuer à l'élaboration de la politique du gouvernement et de coordonner l'action des différents départements compétents en matière de prévention. En tout état de cause, le Conseil économique et social estime que la Direction générale de la santé (DGS) doit voir son rôle en matière de coordination interministérielle beaucoup plus nettement affirmé.

3. Coordonner le sanitaire et le social

Notre assemblée souligne qu'il est essentiel de construire une prévention à la fois sanitaire et sociale, inscrite dans la continuité et visant tous les âges et milieux de vie. L'étude des politiques de prévention mises en place dans quelques pays (Finlande, Royaume-Uni et Canada), présentée dans le rapport joint au présent avis, renforce la conviction de la nécessité d'une approche globale.

Cette approche doit notamment prendre en compte les problèmes rencontrés par les personnes âgées, en veillant à ce que soient mises en œuvre des actions visant à resserrer le lien social et à lutter contre leur isolement. La catastrophe sanitaire provoquée par la canicule de l'été 2003 a mis en évidence la nécessité, comme l'a recommandé la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule, de réaliser un travail particulier de localisation des situations de grande détresse, qui doit être mené en associant le

secrétariat d'Etat aux personnes âgées, les services chargés de la mise en œuvre de la politique de la ville, ainsi que les responsables des collectivités locales et les associations.

Cette même approche doit être réalisée grâce à des modes de décision et d'action privilégiant la proximité. En ce sens, les programmes territoriaux de santé adoptant une approche sanitaire et sociale doivent être développés, de même que les actions d'éducation à la santé menées, dans le cadre de la politique de la ville, au plus près des lieux de vie des jeunes, et que les actions menées auprès des personnes âgées isolées.

S'agissant des personnes en situation de précarité, les nouveaux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), comme l'a souligné le Conseil économique et social en juin 2003 dans son avis sur *« L'accès de tous aux droits de tous par la mobilisation de tous »*, présenté par M. Didier Robert, doivent veiller à développer une réflexion sur les actions à mener, fondée sur le croisement des savoirs et des pratiques entre personnes en difficulté et professionnels de santé, ainsi que des actions collectives de promotion de la santé, en s'appuyant sur les ressources définies dans les Schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS) et les Ateliers santé ville, qui font le lien entre PRAPS et politique de la ville. L'éducation pour la santé doit s'attacher, auprès des personnes en situation de précarité, à favoriser l'expression de chacun sur ses perceptions et représentations de la maladie, du système de soins, de l'alimentation,….

S'agissant de la formation des professionnels, un enseignement de santé publique et de prévention devrait être introduit dans les formations des travailleurs sociaux. Il conviendrait également de développer des formations interprofessionnelles, étant donné la nécessité de la collaboration entre médecins, infirmiers et acteurs du social. Ainsi que l'a souligné notre assemblée en mai 2000 dans son avis *« Mutations de la société et travail social »*, présenté par M. Daniel Lorthiois, il est de même nécessaire de renforcer la polyvalence des équipes intervenant dans le cadre de l'action sociale, en assurant la représentation de plusieurs approches professionnelles, intégrant notamment une dimension de soins médicaux et de prévention sanitaire.

Notre assemblée tient à affirmer que la prévention exige également un approfondissement de la connaissance sur les déterminants économiques et sociaux de santé.

Plutôt que de stigmatiser les personnes qui par leur comportement (usage du tabac, de l'alcool, de drogues illicites, de tranquillisants, etc.) s'exposent à des risques graves pour leur santé, il est en effet fondamental de parvenir à comprendre les facteurs qui se situent en amont de ces comportements.

Ainsi que l'a souligné le Conseil économique et social en 1997, dans son avis *« Prévention et soins des maladies mentales - Bilan et perspectives »*, présenté par M. Pierre Joly, un intérêt soutenu doit être porté à la santé mentale, dans la mesure où le développement psychique d'un individu est un *continuum*

dominé par le vécu de la petite enfance. Or l'épidémiologie de la santé mentale est très insuffisamment développée en France. Celle des enfants, notamment, a fait l'objet de peu d'études systématiques. A titre d'exemple, le mal-être des adolescentes, qui se traduit parfois par des conduites alimentaires qui peuvent être graves (boulimie, anorexie...), doit également faire l'objet d'études, le rôle des modèles féminins dominants, omniprésents dans les médias, ne pouvant être ignoré à ce sujet.

De manière générale, les sciences médicales et les sciences humaines doivent être rapprochées, afin de mieux cerner l'origine du mal-être d'une partie de la population. Les suicides, notamment, méritent une analyse approfondie de leurs déterminants. De même, la recherche sur les facteurs psycho-sociaux conduisant à la consommation de drogues doit être approfondie ; l'addictologie doit être développée en étroite relation avec les sciences humaines et sociales. En matière d'accidents domestiques, il est également nécessaire de disposer d'une meilleure analyse épidémiologique des différents types d'accidents et des facteurs de risques, afin de définir des programmes d'action adaptés.

Ainsi que l'a recommandé le Haut comité de la santé publique, les outils existants de surveillance en santé publique (maladies à déclaration obligatoire, registres de morbidité, maladies professionnelles, déclarations de décès,…) devraient systématiquement recueillir des données pertinentes sur la situation sociale des personnes et sur leur trajectoire de vie (ruptures, isolement). Des études prenant en considération des périodes longues devraient être réalisées par les centres de recherche spécialisée, notamment dans le cadre du Centre national de la recherche scientifique (CNRS), afin d'approfondir la compréhension des inégalités en tant que processus, et non pas seulement comme la description d'un état.

C - RENFORCER L'ÉVALUATION DANS SA DOUBLE DIMENSION D'EXPERTISE ET D'APPRÉCIATION DES ACTIONS MENÉES

L'évaluation concerne à la fois la préparation technique de la décision et l'appréciation des actions mises en œuvre.

1. Développer une expertise adaptée aux besoins des décideurs

L'évaluation doit, tout d'abord, permettre d'identifier les domaines où il faut agir et de mesurer l'ampleur des risques encourus. Le Conseil économique et social estime qu'il est nécessaire, tout d'abord, de combler les carences de la surveillance épidémiologique, s'agissant notamment de la consommation alimentaire et de la situation nutritionnelle de la population ou des infections sexuellement transmissibles. Il importe, ainsi, de veiller à la mise en place effective du dispositif prévu par le plan nutrition-santé. C'est en effet en partie à cause de certaines insuffisances du système national de surveillance et d'alerte sanitaires que l'impact de la nutrition sur la santé a pu être longtemps ignoré. Il est également nécessaire de constituer un système de collecte de données

épidémiologiques qui renseigne les pouvoirs publics sur l'incidence des séropositivités. L'évaluation des risques professionnels représente, par ailleurs, un enjeu très important. Elle est évoquée ultérieurement dans le présent avis.

La réactivité et la cohérence du système d'alerte sanitaire sont par ailleurs indispensables. Des réseaux opérationnels de veille sanitaire, placés sous l'égide de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et faisant appel à la vigilance préventive de l'ensemble des praticiens de santé, doivent être mis en place. L'amélioration du système d'alerte sanitaire est, de fait, une dimension importante du projet de loi relatif à la politique de santé publique. Selon les dispositions de ce projet de loi, l'administration et les collectivités territoriales, leurs établissements publics et les observatoires régionaux de la santé (ORS), mais aussi les directeurs de laboratoire de biologie médicale et tout médecin auraient l'obligation de signaler les menaces imminentes pour la population. Les plans régionaux de santé publique comporteraient un volet spécifique relatif au dispositif de prévention, d'alerte et de gestion des risques sanitaires. L'obligation faite aux médecins de signaler aux autorités sanitaires les risques sanitaires dont ils auraient connaissance serait étendue à l'ensemble des professionnels de la sphère sanitaire et médico-sociale. L'InVS aurait la possibilité de s'appuyer sur un système plus rapide de remontée des certificats de décès, et serait aussi chargé désormais de l'alerte climatique. Le rapport de la mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule a proposé quant à lui la mise en place d'une démarche de veille scientifique et technologique en relation avec les grands organismes de recherche, dans le but d'identifier les risques émergents ou possibles et les mesures de prévention associées. Il a suggéré que l'Académie des Sciences soit saisie dans cette perspective afin de faire des propositions, la mise en oeuvre pratique revenant ensuite à l'InVS. Il a proposé en outre la mise en œuvre d'un système d'alerte basé sur l'activité des services d'urgence, des SAMU, des sapeurs-pompiers, des urgentistes libéraux, et coordonné notamment avec les services de Météo-France, de l'environnement et de l'intérieur.

Le Conseil économique et social considère que les dispositions du projet de loi relatif à la politique de santé publique et les propositions de la mission d'expertise s'inscrivent dans une logique qui permet d'envisager la mise en place de réseaux véritablement opérationnels de veille sanitaire, mais qu'il conviendra de veiller à l'effectivité de la mise en application des mesures envisagées dans les meilleurs délais et d'en prévoir les moyens. Il estime également que la cohérence et la compréhension des systèmes d'alerte sont des conditions de la confiance de la population envers ces dispositifs, confiance indispensable pour éviter une « dérive sécuritaire » qui ignorerait la hiérarchisation des risques.

2. Evaluer les effets des actions mises en œuvre

L'évaluation doit également permettre de faire reconnaître l'efficacité de la prévention, et de développer la diffusion des savoir-faire en ce domaine. Notre assemblée estime que la prévention et l'éducation pour la santé ne pourront être développées comme des disciplines à part entière, telles que les conçoit l'INPES,

et faire l'objet d'une meilleure reconnaissance universitaire qu'en intégrant cette démarche. C'est dès la phase d'élaboration des objectifs que doit être donnée une définition précise et opérationnelle des indicateurs de suivi disponibles ou à construire. L'évaluation tous les cinq ans des objectifs de santé publique, prévue par le projet de loi relatif à la politique de santé publique, doit y veiller. Elle pourra alors prendre un caractère régulateur ou correctif de l'action, et faciliter la réflexion sur les décisions pour les responsables institutionnels. Elle doit également s'enrichir des apports des sciences psychologiques et sociales, et s'intéresser non seulement aux effets positifs mais aussi aux éventuels effets négatifs des actions entreprises, en prenant en considération l'opinion des personnes et leur propre vision de la santé. Les actions préventives peuvent en effet générer de l'angoisse ou le sentiment d'une stigmatisation culpabilisante, et l'évaluation doit s'efforcer de prendre en compte l'impact des messages ciblés non seulement sur les personnes visées mais aussi sur les autres.

III - PROPOSITIONS EN VUE DE FAVORISER LA PARTICIPATION DE TOUS LES ACTEURS À LA PRÉVENTION

Le Conseil économique et social souligne que la prévention est une œuvre de long terme et qu'elle doit pouvoir compter sur la durée. Elle revêt une dimension éthique et politique, dans la mesure où elle repose sur des choix qui cherchent à établir le meilleur compromis possible entre les valeurs portées par les différents acteurs. Ces choix doivent pouvoir s'appuyer sur une légitimité politique forte. Mais ils supposent aussi la participation et l'implication de tous les acteurs.

A - IMPLIQUER LES CITOYENS ET LA SOCIÉTÉ CIVILE

Une politique de prévention, pour être efficace, doit être débattue, comprise et acceptée. Autant que la promotion de la santé individuelle, la gestion des risques de santé publique demande la participation des citoyens. Sur cette question, toute sa place doit aussi être donnée à la société civile.

1. Assurer la participation des citoyens

Pour le Conseil économique et social, la prévention, même si elle a besoin de s'appuyer sur des données scientifiques, ne peut être seulement une question d'experts. Il est indispensable que les citoyens, en amont des décisions, soient associés aux débats. Une politique de prévention ne peut avoir d'effets que si elle est assimilée par tous, et si elle prend en compte les aspirations mais aussi les réticences ou les refus de la population. Elle ne peut venir seulement d'en haut. De plus, le recours au débat public est de nature à faire progresser l'ambition de l'égalité des chances en matière de santé.

Il importe donc de développer des modes de consultation et de dialogue permettant des discussions larges, ouvertes et directes. Il conviendra de veiller à ce que les consultations nationales et régionales prévues par le projet de loi de santé publique en remplacement des conférences nationale et régionale de santé puissent permettre par leur composition ce dialogue et ces discussions. La participation active des citoyens suppose que soient mis en place les éléments d'une expertise contradictoire. En l'absence d'environnement culturel et économique permettant le développement de cabinets d'expertise non gouvernementaux ou non liés à des groupes industriels, il serait utile de faire émerger une analyse critique, de l'organiser publiquement, et d'assurer son financement de façon pérenne afin de permettre une meilleure compréhension des enjeux par le public et un meilleur exercice de la citoyenneté. Les citoyens devraient pouvoir non seulement participer à l'élaboration du questionnement, mais aussi être entendus aux différentes étapes du processus de décision.

2. Donner sa place à la société civile organisée

Notre assemblée souligne que les organisations de la société civile, parce qu'elles peuvent jouer un rôle de veille, d'anticipation et d'alerte, parce qu'elles sont capables de fournir une expertise tirée des compétences et de l'expérience d'acteurs proches du terrain et confrontant en permanence leurs points de vue, et parce qu'elles peuvent avoir aussi un rôle de relais et de pédagogie collective, peuvent contribuer très utilement, par leur apport d'une intelligence collective et pratique, à donner sa place à la réflexion de long terme, indispensable en matière de prévention.

Il importe donc de veiller à ce que les institutions et les organisations représentatives de la société civile soient associées de façon systématique, à tous les échelons de territoire - régional, national ou européen -, et le plus en amont possible, à tous les débats préalables aux prises de décision en matière de santé publique et, dans le cas présent, de prévention.

Les associations, par leur proximité des problèmes des citoyens, sont des partenaires indispensables de la prévention. Mais, compte tenu de leur très grand nombre, de la disparité de leurs objectifs et de leur représentativité, il est indispensable qu'elles définissent elles-mêmes, dans le respect des lois qui les régissent, celles qui les représentent le mieux en fonction des sujets à traiter. Des contrats de plans d'action, établis sous l'égide des pouvoirs publics nationaux ou régionaux, pourraient permettre une réelle collaboration et des synergies entre elles et l'Education nationale ou le monde du travail notamment.

B - AIDER CHACUN À ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ

1. Diffuser une information exacte, claire, hiérarchisée et adaptée aux publics visés

Notre assemblée estime qu'il est essentiel de parvenir à rendre plus claire la perception des risques par toute la population, et à ce que ceux-ci soient correctement hiérarchisés. Chacun pourra ainsi à la fois mieux comprendre les enjeux et mieux prendre en main sa santé. Il importe notamment de développer dans l'esprit de chacun la conscience que, du fait de l'augmentation importante de l'espérance de vie, l'enjeu sera de vivre le plus longtemps possible dans les meilleures conditions de santé possibles.

Il importe également d'encourager et de développer l'implication des organismes de sécurité sociale, qui disposent d'un réseau dense de compétences, dans des actions de prévention et de promotion de la santé de proximité, notamment dans les quartiers, les entreprises, ou les établissements d'enseignement. Les missions du service médical des caisses pourraient être renforcées en ce sens.

La mise à la disposition du public d'informations claires, simples, complètes, et validées scientifiquement sur les grands enjeux de prévention doit être poursuivie, à l'instar, par exemple, du guide alimentaire publié dans le cadre du plan national nutrition-santé ou du livre *« Savoir plus, risquer moins »* diffusé à plusieurs millions d'exemplaires par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Dans le secteur audiovisuel, afin de répondre à une demande forte et croissante d'informations en matière de santé, les chaînes de service public pourraient aux heures de grande écoute diffuser, car cela s'inscrit dans le cadre de leurs missions, des émissions de qualité, didactiques mais suffisamment attractives, comme elles ont su le faire récemment s'agissant des comportements en matière d'atteintes à l'environnement.

Il importe que puissent être organisés des débats publics et contradictoires sur les risques en matière de santé, la mission de diffusion de l'état des connaissances auprès du grand public étant de la compétence de l'Institut national de la prévention et de l'éducation à la santé (INPES).

L'étiquetage des produits de grande distribution est important. Afin de lutter contre le développement de l'obésité, il doit systématiquement préciser le taux de graisses, le rapport graisses saturées/insaturées et l'apport calorique. Pour prévenir les maladies cardio-vasculaires, il doit notifier la quantité de sel. Il doit également indiquer la contenance en sucre des produits, afin de prévenir la formation des caries dentaires. Le Conseil économique et social estime qu'il est indispensable de veiller à la mise en œuvre effective et dans les délais les plus brefs possibles de cette mesure très importante, prévue par le plan national nutrition-santé et le plan de mobilisation nationale contre le cancer, en veillant attentivement à ce que les indications portées puissent être aisément comprises

par les consommateurs, notamment par l'utilisation de pictogrammes labellisés. Il appartient à l'Etat de poser par la voie de la réglementation des obligations strictes en la matière. Les initiatives telles que le label *« nutrition-santé »* mis en œuvre dans le cadre du plan national nutrition-santé doivent également être encouragées et développées.

Sur un autre plan, il convient d'attirer l'attention des pouvoirs publics français et européens sur les conditions de transformation exigées des associations qui redistribuent les surplus alimentaires, ce qui suppose que le coût réel des produits alimentaires qualitativement équilibrés soit bien pris en compte.

Dans la mesure où il ne suffit pas d'être informé sur les risques pour modifier son comportement, une plus grande place pourrait être faite au *« marketing social »*, largement développé dans les pays anglo-saxons, qui consiste à utiliser des techniques de marketing afin de faire évoluer les comportements à risque vers des comportements plus sains. Il s'agirait d'utiliser les mêmes méthodes que celles employées par les intérêts économiques pour développer leurs ventes. Les mesures de « dénormalisation » du tabac prises dans le cadre du plan national de lutte contre le cancer s'inscrivent dans cette logique. Elles devraient être soutenues par des campagnes télévisuelles tendant à présenter d'une façon correspondant à l'esprit du moment l'intérêt de s'arrêter de fumer. Dans cette perspective, les campagnes qui dépassent la stricte prévention pour s'intéresser à la promotion de la santé apparaissent plus efficaces.

Des stratégies spécifiques doivent être mises en œuvre selon le public visé. Il serait utile, par exemple, de s'inspirer des actions menées par la Ligue contre le cancer et l'INPES à l'intention des jeunes pour démonter les stratégies commerciales mises en place par les industries du tabac. Les messages de prévention adressés aux jeunes devraient aussi pouvoir s'appuyer sur les vecteurs d'information très importants que sont les associations, notamment celles, nombreuses, intervenant dans le domaine de la santé, et les clubs sportifs ou de loisirs. Le Conseil économique et social estime qu'en matière d'accidents de loisir, les pouvoirs publics, en s'appuyant sur les acteurs du monde sportif, doivent avoir une connaissance précise, qui fait encore défaut, du nombre et des conséquences des accidents du point de vue de la santé. Ils doivent aussi définir de manière claire et coordonnée des règles de vigilance afin d'améliorer la conscience des risques liés à la pratique sportive, y compris en ville. L'adaptation des messages et le choix des supports en fonction des différents publics apparaissent également déterminants si l'on veut tenter d'éviter que les campagnes d'information ne creusent les inégalités en matière de santé. L'information doit s'attacher, en particulier, à prendre en compte le rapport au temps des personnes les plus vulnérables, qui éprouvent souvent des difficultés, du fait de la prégnance des soucis quotidiens, à se projeter dans l'avenir et à envisager que la prévention puisse les concerner.

2. Promouvoir une éducation qui valorise l'apprentissage à la santé

Le Conseil économique et social partage l'analyse de l'Académie nationale de médecine, qui a souligné dans des travaux récents que trois influences sont fondamentales sur le psychisme d'un enfant : la vie familiale, qui lui donne l'essentiel de son éducation ; l'école, où il se socialise et où on l'instruit ; l'ambiance, enfin, de la société dans laquelle il vit.

Le déroulement des premiers mois et années de la vie conditionne l'avenir de l'enfant puis de l'adulte. Les difficultés observées ultérieurement trouvent souvent leur origine dans une perturbation née à cette période clé où se dessinent beaucoup des tendances du comportement futur de l'adulte, et où l'éducation ainsi que l'apprentissage de la relation au corps, au risque et aux autres ont un rôle fondamental à jouer. C'est par ailleurs sur ce terrain que se jouera en grande partie la résorption des inégalités sociales de santé. L'éducation constitue donc un enjeu majeur de la prévention en matière de santé.

2.1. La famille, premier lieu d'éducation pour la santé

Il revient aux pouvoirs publics de considérer en permanence que la famille est le lieu premier de l'apprentissage de l'attention à l'autre et de la promotion du bien-être de chacun de ses membres. Toutes les analyses et les expériences convergent pour estimer que le psychisme des jeunes enfants, élément déterminant de leur santé future, se forme d'abord au sein de sa famille. Celle-ci joue un rôle fondamental dans la construction des comportements, y compris alimentaires.

Il importe de réaffirmer, à l'instar de l'Académie nationale de médecine, que la politique familiale doit veiller au maintien d'un environnement affectif satisfaisant pendant les trois premières années en raison des graves conséquences des traumatismes psychiques qui se produisent pendant cette période. Il s'agit d'un volet fondamental de toute politique de prévention en matière de santé.

Il convient, dans cette perspective, de renforcer l'aide et l'information en direction des familles. L'aide à la parentalité, visant à informer les parents sur les caractéristiques du développement psychique d'un enfant, et sur leurs responsabilités, doit être renforcée, en portant une attention particulière aux familles les plus fragiles. Certains programmes régionaux de santé ou certains PRAPS s'efforcent par exemple d'apporter une aide aux familles afin de leur donner des repères éducatifs. Les aides à domicile (assistants sociaux, puéricultrices, techniciennes en intervention sociale et familiale ou auxiliaires de vie sociale), dans le cadre d'un accompagnement concerté par les services sociaux et les associations, doivent être confortées. Le Conseil économique et social tient à réaffirmer, dans la continuité de son avis adopté en juin 2003 sur *« L'accès de tous aux droits de tous par la mobilisation de tous »*, présenté par M. Didier Robert, que les familles seront d'autant plus accessibles à un soutien.

en matière d'éducation à la santé qu'elles seront assurées de pouvoir être maintenues dans un logement salubre en disposant des moyens matériels nécessaires pour assurer l'essentiel de la vie quotidienne de l'ensemble de la famille.

Les consultations médicales périodiques et les bilans de santé obligatoires doivent permettre un dialogue entre le médecin et la famille et favoriser l'accès progressif de chacun des enfants à leur propre responsabilité en matière de santé.

2.2. Permettre une véritable éducation à la santé à l'école et avec les autres acteurs du champ éducatif

L'école est reconnue comme le lieu privilégié, mais non unique, de l'éducation à la santé en raison des interactions importantes entre la santé, la réussite scolaire et l'éducation, et aussi parce qu'elle permet d'atteindre la majorité d'une classe d'âge d'une manière continue et pendant une longue période.

a) Consolider l'éducation à la santé

Face à l'atomisation des initiatives prises en matière d'éducation à la santé, il est nécessaire de veiller à l'application du programme national d'éducation pour la santé récemment adopté. Celui-ci semble témoigner de la volonté de donner à l'éducation à la santé la dimension qu'elle mérite dans la politique de santé.

Le Conseil économique et social préconise qu'au sein de chaque projet d'établissement, soit inclus un volet consacré à la prévention sanitaire. Il importe également d'ouvrir davantage l'Education nationale sur l'extérieur, notamment en la faisant participer plus activement, avec les Directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS), à l'élaboration des Schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS), mais aussi en la faisant collaborer davantage avec les autres projets locaux comportant un volet d'éducation pour la santé, tels que les Contrats locaux de sécurité (CLS), les Contrats éducatifs locaux (CEL), les cellules de veille éducative ou les Comités communaux de prévention de la délinquance (CCPD). Il faut également faire en sorte que les intervenants extérieurs à l'école puissent être accrédités au niveau des rectorats par une cellule représentative des secteurs de la santé et de l'éducation.

Par ailleurs, les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), qui fonctionnent encore de manière trop autarcique, doivent développer un véritable partenariat avec les services déconcentrés de l'Etat - Intérieur, Justice, Jeunesse et Sport, Emploi et Solidarité -, les collectivités territoriales et les associations, dans le cadre d'un travail en réseau à l'échelon des bassins de formation. Des chefs de projets pourraient représenter l'Education nationale auprès de ces différents partenaires, et un « correspondant CESC » pourrait être désigné au sein de chaque service déconcentré. Les CESC pourraient aussi susciter la participation des familles, en leur proposant des programmes qui recueillent en priorité les préoccupations des parents sur la santé de leurs enfants.

Notre assemblée estime qu'il est, de même, nécessaire de développer les compétences en matière d'éducation à la santé. A la différence de la situation qui prévaut dans d'autres pays, notamment le Royaume-Uni, l'Espagne ou les Pays-Bas, la professionnalisation des éducateurs en matière de santé n'est pas encore réalisée en France, et les formations universitaires (DU, DESS) restent rares. La prévention doit être le souci de tous. Il convient, cependant, que les éducateurs non enseignants, en dehors du champ scolaire, puissent avoir accès à une formation diplômante, dans le cadre d'un partenariat entre l'Unité de formation et de recherche (UFR) de médecine et celle de sciences de l'éducation, dans les différents champs de compétences : conception de programmes, coordination des réseaux et des actions, interventions éducatives, évaluation des interventions,… Beaucoup reste en effet à faire dans le champ de l'ingénierie de la santé. Un autre niveau de formation pourrait être envisagé pour les intervenants appartenant à la communauté éducative : enseignants, chefs d'établissement, assistants sociaux, psychologues, parents,…

Actuellement, seuls les médecins de l'Education nationale ont une formation en santé publique et une formation méthodologique en éducation à la santé. Il conviendrait de l'étendre aux infirmières scolaires et de l'assortir d'une formation continue.

Pour les enseignants, une formation à l'Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) et des modules de formation continue doivent être envisagés afin de les sensibiliser à la question de la santé des élèves et de leur faire prendre conscience de leur rôle fondamental dans toute éducation à la santé. Un module pourrait également être consacré, pour les conseillers d'éducation au collège et les conseillers principaux d'éducation au lycée, à une information sur l'adolescence, à l'exemple de la formation *« Education à la vie »* agréée par le ministère des Affaires sociales, qui inclut une information sur la puberté des filles et sur celle des garçons.

b) Adapter les méthodes éducatives au concept de promotion de la santé

Pour le Conseil économique et social, l'éducation à la santé ne saurait être réduite à une matière d'enseignement fondée essentiellement sur la transmission des savoirs. Elle doit combiner l'apport d'informations, la participation des élèves, ainsi que le développement de l'estime de soi et des capacités relationnelles. Cette démarche doit être mise en place dès la petite enfance et se fonder sur l'apprentissage des principales règles d'hygiène de vie, dans le cadre d'un enseignement à part entière, et faire appel à des intervenants extérieurs à l'école. Elle doit pouvoir s'inscrire dans la durée, sur plusieurs années, et les interventions ponctuelles dans les établissements scolaires disparaître au profit de programmes généralisés à tous les établissements d'enseignement avec un nombre d'heures annuel préétabli et effectif.

Le message éducatif doit être situé, au-delà de l'information sur un risque particulier, dans un contexte plus global de santé. La prévention des comportements sexuels à risque, par exemple, ne peut pas se limiter à la prévention des infections sexuellement transmissibles, mais doit s'accompagner d'une pédagogie qui fasse comprendre la nécessité de l'attention portée à l'autre. La prévention des consommations psychoactives, quant à elle, ne doit pas se limiter à l'information sur les produits et leurs effets mais privilégier une information sur les risques du passage de la consommation expérimentale à la consommation régulière et sur ceux d'une consommation régulière et abusive. Les interventions doivent par ailleurs se situer le plus près possible du moment d'expérimentation des jeunes, et leur donner une information adaptée à leurs préoccupations immédiates. Concernant le risque de tabagisme, elles doivent impérativement, pour être réellement efficaces, être prioritairement mises en œuvre dès l'entrée dans les classes de collège, afin d'éviter le processus de la dépendance. En effet, les risques de dépendance sont beaucoup plus grands lorsque les habitudes ont été prises avant l'âge de quatorze ans.

Surtout, la démarche éducative doit s'efforcer d'améliorer l'aptitude des jeunes à réagir vis-à-vis du stress, de l'anxiété, des inhibitions, à accroître leur sens des relations sociales, et à assurer leur estime de soi. Le développement de ces compétences doit faire l'objet de programmes spécifiques dès l'enseignement primaire. Ce sont en effet ces qualités qui préservent en profondeur de l'adoption de certains comportements à risque.

Ces actions doivent pouvoir associer d'autres acteurs, comme les centres de planning familial, ou les services de prévention et de soins des collectivités locales et territoriales. Le message éducatif doit également être fondé sur une véritable pédagogie de la prévention, faisant appel à des intervenants extérieurs à la communauté éducative et utilisant des supports suscitant l'intérêt des jeunes (théâtre interactif, outils informatiques intégrant des jeux de rôle, ...).

Notre assemblée souligne que la crédibilité des acteurs de prévention et d'éducation ne peut, pour autant, être préservée et l'efficacité de leurs messages assurée que si ceux-ci se trouvent en cohérence avec un cadre de vie scolaire favorisant en lui-même l'adoption de comportements sains. La restauration scolaire, par exemple, doit être, pour les élèves, un vecteur de l'éducation à l'alimentation. Il est par ailleurs difficilement concevable que les élèves à qui l'on essaie de faire passer des messages d'éducation à la santé puissent, au sein des établissements scolaires, trouver des distributeurs de boissons très sucrées, fumer ou voir leurs enseignants ou le personnel de l'établissement fumer. Il faudrait en priorité qu'aucun adulte ne donne le mauvais exemple en enfreignant la loi. De même, l'état et les conditions d'utilisation des sanitaires doivent favoriser l'éducation à l'hygiène et au respect des autres. Or ceux-ci sont trop souvent dans un mauvais état d'hygiène, mal équipés, mal éclairés et peu surveillés, devenant de surcroît un lieu où se multiplient les incivilités, quand ils ne deviennent pas des lieux où se développent des agressions à caractère sexuel.

De la même façon, il semble difficilement compréhensible de chercher à promouvoir une attitude favorable à la santé en maintenant des conditions de travail rendues pénibles par des bureaux inadaptés à la physiologie des élèves, et des cartables ou sacs à dos surchargés. Ainsi que l'a recommandé notre assemblée en octobre 2002 dans son avis *« Favoriser la réussite scolaire »* présenté par Mme Claude Azéma, l'organisation du travail doit elle-même respecter davantage les rythmes biologiques de l'enfant. Les rythmes scolaires, notamment, devraient s'efforcer de prendre en compte l'évolution biologique des filles et les problèmes physiques et psychologiques auxquels elles sont confrontées à l'adolescence.

c) Développer et valoriser la recherche et l'évaluation en éducation pour la santé

L'éducation à la santé est un champ et une pratique qui trouvent leurs origines dans de nombreuses disciplines : pédagogie, médecine, épidémiologie, psychologie, clinique et sociale, communication sociale ou sociologie…. Contrairement à d'autres pays, il n'existe pas en France de tradition universitaire développée en éducation pour la santé, ni de chaire spécialisée.

Il serait donc utile de développer une recherche interdisciplinaire s'appuyant sur le corpus existant des savoirs en éducation pour la santé, en créant des centres inter-UFR conférant un statut universitaire à l'éducation pour la santé et capables de travailler en partenariat avec les associations reconnues dans ce domaine. Dans cette perspective, il serait souhaitable qu'au tissu universitaire soient associés les instituts de recherche (INSERM, CNRS, INRP) et les instances qui développent des actions de terrain.

Le Conseil économique et social demande que de nouveaux outils d'évaluation soient par ailleurs développés. Les évaluations des interventions éducatives se sont longtemps centrées sur les contenus des savoirs, en ignorant le rôle de l'ensemble des facteurs, des processus, des aspects organisationnels dans la qualité et l'efficacité de l'éducation pour la santé. L'apport des outils et méthodes des sciences humaines a peu à peu modifié les objectifs de la recherche évaluative et donné de la place au qualitatif. Cette approche qualitative doit être développée à côté de l'approche quantitative. Il est nécessaire que l'INPES parvienne à établir de nouveaux indicateurs permettant d'évaluer l'acquisition des compétences personnelles et la capacité d'action des jeunes vis-à-vis de leur santé.

C - CRÉER UN ENVIRONNEMENT OÙ LE SUIVI, LA PRÉSERVATION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ DE TOUS APPARAISSENT COMME UNE PRIORITÉ

Il a été précédemment rappelé que la prévention en matière de santé relève de nombreuses politiques publiques. S'agissant du logement, notre assemblée rappelle, comme elle l'a affirmé dans son avis *« L'accès de tous aux droits de tous, par la mobilisation de tous »*, qu'il est indispensable et urgent d'accroître et d'améliorer fortement l'offre de logement à caractère social et de prévenir les

ruptures de droit en matière d'habitat. La question de l'habitat dans ses liens avec la santé doit être envisagée de façon pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Dans cette perspective, il est important par exemple d'intégrer dans la formation et dans les méthodes de travail des architectes une réflexion sur le lien entre habitat et santé. Ce travail en amont, développé de façon innovante par le Comité régional d'éducation pour la santé (CRES) Languedoc-Roussillon, s'avère particulièrement nécessaire en matière de prévention des allergies.

Il est également essentiel d'approfondir la recherche sur l'influence des facteurs d'environnement, en particulier par des études d'impact. L'évaluation des pressions exercées sur l'environnement par les activités humaines souffre en effet de ne pouvoir s'appuyer sur des indicateurs fiables. Un véritable système de collecte des données doit être mis en œuvre concernant aussi bien les productions « directes » de produits toxiques que les rejets. Aussi les mesures concernant l'environnement contenues dans le plan de lutte contre le cancer *« Une mobilisation nationale, tous ensemble »* répondent-elles à des nécessités majeures en prévoyant l'inclusion explicite dans les cahiers des charges des études d'impact de sites industriels d'une évaluation spécifique du risque cancer, la réalisation au sein de dispositifs de surveillance des cancers de l'InVS, d'études spécifiques permettant d'explorer les déterminants environnementaux des cancers, la réalisation, notamment par l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE), d'études sur les facteurs de risque dans le cadre d'actions thématiques de recherche, et l'amélioration du repérage et du traitement des sites contaminés par des substances reconnues cancérigènes, ainsi que de la surveillance de l'exposition des populations concernées. Il est également très important que les dispositions du projet de loi de santé publique permettant de renforcer la lutte contre le saturnisme et d'améliorer la protection contre les risques de pollution et de contamination des eaux potables et des eaux minérales, soient effectivement mises en œuvre.

Dans le domaine de la politique de santé publique, il convient d'insister plus particulièrement sur trois axes d'amélioration : la mise en place de véritables suivis de l'état de santé ; la responsabilisation des médias et des industries pouvant induire des risques ; la promotion d'une véritable politique de santé au travail.

1. Mettre en place de véritables suivis de l'état de santé

1.1. Les professionnels de santé auront un rôle fondamental dans l'établissement d'un véritable suivi préventif régulier

La prévention, qu'elle soit primaire ou secondaire, est avant tout globale. Les actions et les campagnes de dépistage, notamment, doivent s'inscrire dans un cadre défini par l'Etat, tout en prenant en considération les spécificités régionales en termes de santé publique, avec le concours de l'assurance maladie, des professionnels de santé et des associations concernées. Des campagnes de

dépistage systématique et précoce de certaines maladies, définies en fonction des priorités de santé publique et ciblées sur les catégories de population les plus exposées, devront être poursuivies. Ces campagnes de dépistage ne pourront avoir d'effet que si la population se sent concernée. Les médias, par conséquent, ont un rôle considérable à jouer en ce domaine.

L'effectivité de toute politique ou action de prévention suppose que les professionnels de santé, qui sont à la fois au cœur du système d'information et au plus près des patients et de leurs familles, et jouissent d'une grande crédibilité auprès de la population, soient préparés à jouer ce rôle. Il est nécessaire pour ce faire d'améliorer leur formation en santé publique, initiale et continue, en veillant à ce que celle-ci soit pluridisciplinaire, et intègre notamment des approches sociales.

Le Conseil économique et social souligne que parmi ces professionnels, les médecins généralistes sont appelés à jouer un rôle central dans la qualité du suivi de la santé de leurs patients, en l'inscrivant dans la durée et en associant prévention et soins. Des moyens supplémentaires sont par ailleurs prévus dans le cadre de la mise en place de véritables consultations de prévention. Le projet de loi relatif à la santé publique prévoit d'ailleurs d'appuyer des programmes de santé sur des consultations de prévention et d'*« assurer la possibilité d'un remboursement* [de celles-ci] *par l'assurance maladie »*. Ces consultations doivent être l'occasion pour le patient de se retrouver, selon une périodicité établie en fonction des évolutions physiologiques ou sociales des individus, dans une relation différente de celle entretenue habituellement avec le médecin, et de détecter certains risques à partir d'une analyse reposant davantage sur son environnement que sur les symptômes qu'il présente. Les consultations annuelles préalables à la pratique d'un sport pourraient s'inscrire dans ce cadre. Les consultations de prévention doivent être prises en charge en totalité, mises en place de façon progressive, fondées sur un protocole établissant leurs modalités, ciblées et d'une fréquence variable selon les catégories de personnes visées. Une visite médicale pourrait être systématiquement organisée au moment de la sortie de l'activité professionnelle. Les initiatives prises par la Mutualité sociale agricole (MSA) qui, en s'appuyant sur les médecins généralistes, a organisé des bilans de santé en les adaptant à quatre catégories d'âge, et a par ailleurs fixé une rémunération forfaitaire incluant une seconde visite de prévention pour les personnes les plus en difficulté, fournissent à cet égard des repères intéressants.

Si les médecins généralistes sont davantage sollicités pour être des acteurs de premier rang de la prévention, la rémunération spécifique, forfaitaire, des consultations de prévention, qui nécessitent un bilan physique, psychologique et environnemental excédant la durée d'une consultation habituelle, serait de nature à assurer leur bonne participation à une politique active de prévention.

En outre, pour les praticiens de l'odonto-stomatologie, il est important de mettre en place des consultations et des traitements préventifs, établis par accord conventionnel, dans le cadre d'une politique de santé bucco-dentaire qui

permettrait d'éviter la perte des dents et le recours à la pose de prothèses coûteuses. Ainsi, le bilan bucco-dentaire pour les adolescents de 13 à 18 ans, prévu par la convention dentaire, allie examen de prévention et prise en charge à 100 % des soins consécutifs. Il mériterait cependant une grande campagne de communication car il reste encore faiblement utilisé, notamment par les populations défavorisées. De même, il conviendrait d'établir pour certaines spécialités, notamment l'ophtalmologie ou la gynécologie, des protocoles spécifiques de consultations et de soins préventifs permettant d'éviter la survenue de troubles graves.

Pour le Conseil économique et social, il est également important que les informations tirées des constats effectués par les médecins puissent être recueillies et analysées par les différents acteurs concernés. A cet égard, la constitution d'un dossier médical unique par patient, auquel il serait possible d'accéder avec son accord au moyen d'une carte magnétique, fournirait une source d'études épidémiologiques d'un grand intérêt en termes de prévention, en permettant d'établir une cartographie de la santé. Elle serait également de nature à permettre d'agir, à l'échelon individuel, sur les interactions médicamenteuses et sur les redondances en matière d'examens. Ainsi que l'a recommandé notre assemblée en avril 2002 dans son avis « *Santé et nouvelles technologies de l'information* » présenté par Mme Jeannette Gros, il conviendrait que les pouvoirs publics, l'assurance maladie et les professionnels de la santé encouragent chacun à autoriser, en connaissance de cause, la loi ayant établi que chaque patient est propriétaire de son dossier médical, la conservation de celui-ci sur un support informatique. Il est également indispensable, par une information continue, de sensibiliser la population à la nécessité de conserver dans la durée et de présenter ce document, qui constitue l'un des éléments essentiels au maintien de sa santé. Il conviendra dans le même temps, comme l'avait préconisé notre assemblée, de rendre effectifs les nouveaux pouvoirs de contrôle et de sanction accordés par la loi à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Par ailleurs, certaines professions, notamment les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes, ont su s'organiser en créant des structures qui se sont fortement engagées en matière de prévention. Ainsi, le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM), créé à l'initiative de l'Ordre national des pharmaciens, diffuse à l'intention des pharmaciens et du public des informations de nature préventive, qui peuvent avoir d'autant plus d'effet que ces professionnels sont en contact direct et fréquent avec la population. Il met également en œuvre des programmes de formation continue ou réalise des études et enquêtes sur des sujets à forte dimension préventive. De même, l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) a conçu un « *contrat de santé dentaire* » qui met l'accent sur l'importance d'une action préventive de dépistage précoce dans la pratique dentaire. Notre assemblée estime qu'il convient de conforter la place de telles structures, dont la compétence serait reconnue.

1.2. Certains suivis spécifiques supposent de faire appel à d'autres acteurs

a) Le suivi des enfants, des adolescents et des jeunes adultes

Pour le Conseil économique et social l'importance primordiale que revêt cette question dans une optique de prévention pour l'ensemble de la population justifie un suivi particulier de la santé des jeunes par le Haut comité de la santé publique ou par le Haut conseil de la santé publique dont le projet de loi de santé publique prévoit la création. L'ensemble des objectifs et des moyens de la santé des jeunes en milieu scolaire devrait être fixé dans un cadre législatif. La définition d'un projet éducatif national de santé doit permettre de dégager des principes d'action. Au sein de celui-ci, plusieurs évolutions sont à envisager :

- Améliorer les bilans de santé et le dépistage en milieu scolaire

Il est indispensable d'instaurer une coordination efficace entre la PMI, qui relève du département, et la médecine scolaire, qui relève du ministère de l'Education nationale. La création d'un « dossier de santé », annoncée par le ministre délégué à l'Enseignement scolaire en février 2003, doit permettre de réaliser cette coordination, dans le prolongement du carnet de santé de la PMI et du dossier de santé scolaire actuel. Ce nouveau « dossier de santé » ne devrait pas, en effet, supprimer le dossier médical scolaire actuel, en cours d'informatisation dans quelques académies et ouvrant à des études épidémiologiques et à des bilans. Généralisé à l'ensemble des élèves, ce « dossier de santé » deviendrait un véritable outil de santé publique et la première étape d'une politique de prévention et d'éducation pour la santé. Il convient d'être attentif à l'effectivité de sa mise en place, dans la mesure où la « fiche de liaison » créée par un arrêté du 18 août 1997, alors qu'elle était l'instrument premier de la continuité entre les deux services, a été, dans les faits, peu utilisée jusqu'à ce jour.

Le bilan réalisé lors de la sixième année de l'enfant devrait être avancé afin de permettre de mieux dépister les troubles pouvant entraver les apprentissages essentiels. Les médecins scolaires doivent, en outre, être en capacité d'examiner dans des conditions beaucoup plus satisfaisantes les élèves qui leur sont signalés par les infirmières, les enseignants ou les Réseaux d'aide spécialisée pour les enfants en difficulté (RASED), concernant notamment le repérage de la dyslexie. Ceci suppose de remédier, à moyen terme, à l'insuffisance manifeste du nombre de médecins et d'infirmières scolaires.

Il est, de même, important d'assurer par des partenariats au plan local la coordination dans le suivi de l'état de santé des enfants. A cet égard, l'expérience menée dans l'Oise pour assurer, dans le cadre d'un réseau associant la DRASS, la DDASS, la CPAM, la médecine scolaire, les professionnels de santé, les réseaux d'éducation prioritaires, les enseignants et la PMI, le suivi des examens médicaux réalisés auprès des enfants de maternelle, décrite dans le rapport précédant le présent avis, offre des repères intéressants.

De nouvelles stratégies pourraient également être mises en place pour permettre un meilleur suivi de l'élève au niveau régional et académique. Les moyens existants pourraient être mutualisés sous la forme d'un réseau local de santé scolaire dont les modalités seraient organisées par un réseau régional de santé scolaire, sous l'autorité de l'Education nationale. Une journée de prévention pourrait réunir chaque année, de façon décloisonnée, les différents acteurs de terrain, afin de réfléchir aux évolutions et adaptations du réseau local de santé scolaire. Un tel réseau aurait le mérite de respecter la diversité des statuts de différents acteurs tout en optimisant l'efficacité des actions entreprises. L'Etat pourrait également conclure avec les conseils régionaux des contrats d'objectifs pluriannuels. Un volet des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) pourrait être consacré à cette action, à charge par ailleurs pour les conseils régionaux de négocier la mise en place d'un réseau régional de santé scolaire et de réseaux locaux.

L'évaluation, indispensable pour la réussite des objectifs poursuivis, doit être régulière et restituée aux différents acteurs. L'ensemble des données indispensables à cette évaluation devrait être clairement défini. Les réseaux régionaux de santé scolaire pourraient avoir la charge de collaborer au recueil de ces données, et les observatoires régionaux de la santé pourraient, en collaboration étroite avec les autorités académiques, être des partenaires actifs. Le traitement de ces données pourrait être confié au Haut comité de la santé publique. Les résultats et leur analyse, les observations et propositions faites à leur suite pourraient faire l'objet d'une publication officielle permettant à chacun des acteurs de s'approprier les conclusions et d'en faire le meilleur usage possible.

- Favoriser le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique des enfants et des adolescents

Pour le Conseil économique et social, il est indispensable, compte tenu de l'importance du vécu de cette période fondamentale dans la construction d'un individu, d'organiser un dépistage plus précoce des troubles de santé mentale et des souffrances psychiques.

L'établissement de connexions entre les services de maternité des hôpitaux et de PMI pourrait permettre un meilleur repérage et traitement de la dépression maternelle, et éviter les conséquences négatives que celle-ci peut avoir sur le psychisme de l'enfant. Beaucoup peut être fait également afin de développer le travail en commun des différentes institutions et acteurs qui sont en contact avec les enfants. Les parents, les enseignants, les personnels sociaux et de santé de l'Education nationale peuvent jouer un rôle de repérage et d'aiguillage des enfants en difficulté, en veillant à ce que le relais soit pris par les équipes spécialisées, le réseau de santé et le réseau social de droit commun. Des réseaux sanitaires associant les hôpitaux, les médecins de ville et des structures associatives pourraient être mis en place. La présence d'un psychologue dans les équipes scolaires est également souhaitable.

Pour les jeunes qui ne sont plus dans le système scolaire, il importerait, dans le cadre des contrats de ville par exemple, de faire collaborer les secteurs de la santé mentale (notamment l'inter-secteur de pédopsychiatrie, ISPP) et de l'Education nationale, de la Formation, et de l'Insertion professionnelle.

Face à la souffrance de nombreux adolescents, il conviendrait également d'engager une réflexion sur les moyens de combler le « vide institutionnel » devant lequel ceux-ci se trouvent en cas de difficulté. Les « Points écoute jeunes » ou « Points écoute parents », ainsi que les structures telles que les « maisons des adolescents » mises en place dans quelques services hospitaliers mériteraient par ailleurs d'être développés sur l'ensemble du territoire.

Il serait utile, enfin, au lieu de n'étudier que les facteurs de vulnérabilité, de développer la recherche sur la notion de « résilience », c'est-à-dire chercher à comprendre pourquoi certains adolescents résistent à des situations traumatisantes. Une meilleure appréhension des facteurs de cette résistance permettrait de promouvoir une communication positive vis-à-vis des enfants, des adolescents et de leur entourage. Au seul repérage de la souffrance psychique, il faudrait pouvoir substituer une problématique de la promotion de la santé mentale.

- Réaliser un bilan de santé des jeunes adultes

A la suite de la disparition du service national, il n'existe plus aucun outil permettant de disposer d'une connaissance épidémiologique des jeunes adultes. La journée d'appel de préparation pour la défense, au cours de laquelle sont actuellement réalisés des tests d'évaluation des apprentissages fondamentaux de la langue française, pourrait être en même temps l'occasion d'un tel bilan, qui permettrait de fournir une image globale, annuelle et instantanée de la santé d'une génération. A l'occasion de ce bilan, une vérification et une mise à jour des vaccinations pourraient également être réalisées.

- Considérer la santé comme un élément important de l'insertion des jeunes

Les problèmes de santé sont souvent un frein à l'insertion des jeunes. Les structures d'accueil (Missions locales et permanences d'accueil, d'information et d'orientation - PAIO) doivent disposer de moyens plus importants d'évaluation de la santé de ceux qu'elles accueillent, leur permettant d'accéder aux soins en cas de besoin, et leur offrant ainsi de meilleures conditions d'accès au travail.

b) Le suivi des personnes en difficulté

Il est nécessaire, tout d'abord, en liaison avec les professionnels du social, de renforcer l'offre de soins préventifs et de porter à leur égard une attention particulière au sein de la PMI, de la médecine scolaire et de la médecine du travail. Les centres d'examen de santé, orientés pour moitié depuis un arrêté de 1992 vers des publics précaires ou des personnes âgées, devraient voir leurs moyens renforcés pour développer leur activité de prévention en l'intégrant à des programmes de santé publique. Les initiatives prises par la Mutualité sociale

agricole, qui propose notamment aux personnes en difficulté d'effectuer un bilan de santé, avec l'aide d'assistantes sociales, constituent aussi des références intéressantes.

Afin de mieux prendre en compte leur souffrance psychique, il convient également de favoriser les partenariats entre les acteurs du social et des services psychiatriques. Au niveau local, les différents dispositifs disponibles (politique de la ville, PRAPS, Plans départementaux d'insertion (PDI), Contrats locaux de sécurité (CLS),…) pourraient prendre en compte cette problématique en faisant collaborer, dans le cadre d'un suivi inscrit dans la durée, les psychologues et les psychiatres de l'Inter-secteur de pédopsychiatrie (ISPP), du Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) et des services municipaux avec les associations et les habitants.

c) Le suivi au-delà la période d'activité professionnelle

Il est impératif, face à la connaissance très parcellaire des pathologies professionnelles, qui sont sources d'importantes inégalités de santé, d'étudier les conditions dans lesquelles peut être mis en œuvre le suivi post-professionnel, en prenant notamment en compte les pratiques développées dans les centres d'examen de santé et à EDF. Des contrats de santé publique avec les médecins traitants pourraient être proposés aux médecins afin de les motiver à porter une attention particulière sur la détection des cancers d'origine professionnelle. Pour cela, outre l'inscription dans le cursus du premier ou du deuxième cycle des études médicales, il est nécessaire de généraliser les actions d'information en matière de maladies professionnelles auprès des médecins traitants.

2. Responsabiliser les médias et les industries pouvant induire des risques

En France des labels tels que *« entreprise sans tabac »* ou *« nutrition-santé »* ont été mis au point avec les industriels, et une charte de bonne conduite avec la presse a été conclue pour ne pas promouvoir le tabac. Dans d'autres pays, une attitude similaire a été adoptée. Au Québec, par exemple, l'association des médias à la lutte contre le tabagisme a été suivie d'effets. Au Royaume-Uni, un *gentleman agreement* a été passé entre le milieu audiovisuel et l'industrie agroalimentaire afin de limiter la promotion de produits alimentaires peu favorables pour la santé. Au Royaume-Uni également, mais aussi en Espagne, une réflexion a été engagée avec les médias pour limiter la prégnance de l'image voire du culte de la minceur qui favorise dans des proportions inquiétantes l'apparition des troubles du comportement alimentaire chez les jeunes filles.

Le Conseil économique et social préconise que cette voie de la négociation et de la responsabilisation soit privilégiée auprès des industries et des médias. Elle gagnerait à être davantage systématisée. Elle n'est pas exclusive d'une attitude de fermeté en vue d'assurer le respect des interdictions posées par la loi. Tel est d'ailleurs le sens des dispositions du projet de loi de santé publique qui prévoient d'étendre aux associations de consommateurs et aux associations familiales la possibilité d'ester en justice en cas d'infraction à la « loi Evin ».

3. Promouvoir une véritable politique de santé au travail

Notre assemblée souligne que l'amélioration de la prévention en milieu de travail est un facteur essentiel de la réduction des inégalités de santé et d'espérance de vie. Une véritable politique de santé au travail implique une participation forte des Comités d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), qui doivent être dotés de réels moyens d'action sur les causes mêmes des maladies et des risques professionnels. Elle doit s'attacher à réduire les risques mécaniques, biologiques et chimiques, et notamment l'exposition aux produits estimés cancérigènes. S'agissant de ces derniers, particulièrement pour les produits chimiques, notre assemblée souhaite vivement que la consultation pour l'adoption d'une nouvelle législation européenne sur les produits chimiques conduise à l'adoption rapide d'une directive permettant à l'industrie européenne, par un système intégré d'enregistrement, d'évaluation et d'autorisation (système REACH) de se placer au premier rang mondial en matière de qualité et de sécurité de la production et de l'utilisation des produits chimiques. Elle doit également réduire les contraintes physiques ainsi que les contraintes organisationnelles et relationnelles. Des enquêtes récentes menées sur les conditions de travail mettent en effet en évidence une augmentation générale de la pénibilité psychologique, notamment chez les cadres, alors même que la pénibilité physique, malgré des progrès, est encore une réalité. Ce constat plaide en faveur de la mise en place d'une organisation du temps de travail qui ne conduise pas à une intensification excessive des rythmes de travail et à une augmentation du stress chez les salariés, qui cumulent par ailleurs souvent difficultés dans le travail et craintes sur l'avenir de leur emploi. Il serait intéressant de s'inspirer de l'action menée en Suède où une charte de l'environnement au travail, visant à réduire le stress des salariés, a été éditée.

3.1. Approfondir l'évaluation des risques professionnels

Face à la connaissance très parcellaire des risques professionnels, une véritable expertise des conditions et de l'environnement de travail doit impérativement être développée. Comme l'a souligné l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans son rapport d'activité pour 2003, l'affirmation, éventuellement sous l'autorité du Premier ministre, d'une politique nationale de santé au travail consacrerait son caractère nécessairement interministériel. En ce sens, le projet de loi relatif à la politique de santé publique, en chargeant l'InVS d'une surveillance épidémiologique des employés des entreprises publiques et

privées, marque une avancée de l'idée que la prévention au travail doit engager l'Etat. Le réseau des médecins du travail devrait être davantage sollicité lors des phases de concertation et d'élaboration de la politique de prévention du risque professionnel, ce qui suppose que leur positionnement soit consolidé au sein de l'entreprise.

Notre assemblée estime que l'activité des médecins du travail doit, quant à elle, s'inscrire désormais dans une démarche de santé publique, et s'étendre à la surveillance, la détection et l'évaluation des risques, tout en portant plus particulièrement son attention sur un dépistage ciblé en fonction de la nature des risques identifiés et du degré d'exposition des salariés à ces risques.

La mission principale de recherche de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), qui constitue le principal lieu de recherche pour la santé et la sécurité au travail, doit aussi être réaffirmée. Dans un récent rapport, la Cour des Comptes a en effet pu déplorer son absence de capacité à détecter des risques nouveaux et à étudier de tels risques dès leur émergence. Il est nécessaire, par ailleurs, concernant les accidents du travail, d'élaborer des indicateurs et des outils d'investigation indépendants de leur déclaration institutionnelle. Ces nouveaux indicateurs devraient notamment fournir des informations sur le lien entre les accidents du travail, l'organisation et les conditions de travail, ou sur la proportion des non-déclarations et des non-reconnaissances d'accidents.

Afin de permettre une meilleure reconnaissance des maladies professionnelles, il revient au ministère de la Santé et au ministère du Travail, en collaboration étroite avec l'assurance maladie et les organismes de recherche et de surveillance épidémiologique (InVS, AFSSE, INSERM, INRS …), de veiller au respect de l'ensemble de la législation et de la réglementation du travail et à ce que les diverses obligations de déclaration, notamment celle relative à l'utilisation de produits potentiellement cancérigènes, deviennent effectives et que les manquements soient sanctionnés. Il leur revient aussi d'impulser, au niveau local, une action cohérente associant les CHSCT et les organisations professionnelles et syndicales, les Directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), les Médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO), les Comités techniques régionaux et services de prévention des CRAM, les URCAM, les hôpitaux, les médecins du travail, les médecins généralistes et spécialistes, les professionnels de santé, et les consultations de pathologies professionnelles en lien avec l'administration sanitaire (DRASS, Agences régionales de l'hospitalisation (ARH),...).

3.2. Instaurer une médecine du travail pour les travailleurs non salariés

Les travailleurs non salariés ne bénéficient pas de la médecine du travail, même s'il existe, organisés par certaines caisses régionales de la CANAM, des examens afin de dépister d'éventuelles pathologies pour certaines catégories professionnelles (carrossiers, peintres...). Une réflexion est menée sur ce sujet par les partenaires concernés afin de répondre à ce réel besoin et de créer une médecine du travail pour les travailleurs indépendants, qui pour certains d'entre

eux sont très exposés, notamment dans le bâtiment. Notre assemblée estime que toute la population doit être prévenue contre les maladies et risques professionnels, et qu'il revient aux pouvoirs publics d'aider à la généralisation de ces initiatives de prévention.

3.3. Rendre plus opérationnelles les actions de prévention engagées par les branches accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)

Ainsi que l'a rappelé la Cour des Comptes en 2002, il est nécessaire de rendre davantage opérationnels les programmes nationaux d'action pluriannuels, déclinés au niveau régional des caisses des régimes général et agricole.

Les incitations directes à la prévention de ces deux régimes mériteraient, en outre, d'être mieux utilisées, notamment, pour le régime général, les conventions d'objectifs avec les branches professionnelles et les contrats de prévention avec les entreprises pour permettre le développement de la prévention au sein des PME.

3.4. Mettre en place un système de réparation plus incitatif à la prévention

Une réflexion doit être menée afin que le système de réparation des branches AT-MP soit davantage incitatif pour les entreprises en termes de prévention, et que l'on évolue d'un droit de la réparation vers un droit de la prévention. Le système actuel de réparation n'est que peu dissuasif dans certains cas, dans la mesure où la surcotisation est liée à l'établissement de préjudices sanitaires qui peuvent apparaître une vingtaine d'années après l'exposition dangereuse, alors que certaines entreprises n'existent plus depuis longtemps. Aussi faudrait-il tendre vers un système qui ne sanctionne plus seulement les dommages déjà établis mais, dans la mesure du possible, les situations induisant de forts risques. Cette question doit être abordée en prenant en compte les critères établis par les partenaires sociaux concernés, et en lien avec la mise en place d'une véritable politique nationale de santé au travail.

CONCLUSION

Sous l'impulsion de l'Etat, des organismes sociaux et de la société civile, il est incontestable que depuis quelques années des éléments d'une politique plus globale de prévention ont commencé à se mettre en place. La loi du 4 mars 2002, les plans nationaux de santé publique, le projet de loi de santé publique révèlent la volonté d'intégrer davantage la dimension préventive dans les politiques publiques. Notre assemblée tient à souligner qu'il revient à l'Etat d'approfondir de façon durable ce mouvement en observant un *continuum* stratégique, pour tous les âges de la vie, entre le préventif et le curatif, et entre les différentes politiques sociales, notamment entre le sanitaire, le social et l'éducatif. Un grand nombre d'organismes - publics, parapublics, ou de nature associative - dont les missions sont parfaitement définies agissent dans le champ de la prévention. Pour faire de la multiplicité de ces acteurs une force, et non pas une déperdition d'énergie, il est, en effet, essentiel que ceux-ci, dans le cadre de compétences rationalisées, et à tous les niveaux, sachent collaborer. L'Etat se doit de donner l'exemple en favorisant les logiques interministérielles, notamment en matière de veille, puisque la prévention doit agir en divers domaines, non seulement sanitaires mais aussi socio-économiques, culturels, environnementaux… Le renforcement de l'évaluation est, d'autre part, indispensable pour pouvoir construire et adapter les politiques publiques en la matière.

Si la prévention est une œuvre de long terme, si elle est avant tout une manière d'agir, une question d'état d'esprit autant que de moyens, l'Etat peut cependant, par certaines mesures, contribuer à faire évoluer les représentations et les mentalités et poser les jalons d'une culture de prévention. La « loi Evin » a su, ainsi, même si elle n'est pas toujours respectée, donner un signal fort en sensibilisant la population aux risques du tabagisme. Il importe de promouvoir par la prévention une approche plus globale et renouvelée de la relation entre le médecin et le patient, comme il importe de permettre à chacun de prendre progressivement conscience de la richesse que constitue son capital santé et de la nécessité de le préserver par des attitudes et des comportements sains. L'établissement d'autres normes relève de la responsabilité de l'Etat, comme celle, fondamentale, de l'étiquetage des produits de grande distribution, qui doit indiquer aux consommateurs, de façon simple et claire, la qualité nutritionnelle des aliments. De la même façon, il est de la responsabilité de l'Etat et de celle des médias de faire percevoir les véritables enjeux de la prévention. Des messages souvent sans fondement peuvent induire peurs et même paniques pour n'aboutir qu'à la mise au pilori de boucs émissaires sans apporter de véritables solutions, en détournant l'attention des principaux problèmes.

La prévention est un puissant vecteur de réduction des inégalités sociales de santé. Si le souci de préserver sa santé, ainsi que l'aptitude à la gérer, ne peuvent exister que dans un environnement aussi bien psychologique que

physique favorable, trois orientations revêtent néanmoins une importance majeure.

Les actions de prévention, pour être efficaces, doivent être ciblées, adaptées au public que l'on veut toucher. Trop souvent, en effet, les messages de prévention ne sont entendus que par les catégories les plus aisées. Loin d'imposer une norme, un devoir de santé, les actions en direction des personnes en difficulté doivent interroger leurs représentations de la santé afin de mieux les aider à gérer celle-ci. La proximité est une condition essentielle de l'efficacité de telles actions à l'articulation du social et du sanitaire.

Dans la mesure où les facteurs professionnels expliquent en grande partie les inégalités sociales de santé en termes de morbidité et de mortalité, il doit revenir à l'Etat de mener une véritable politique nationale de santé au travail, en développant notamment la surveillance épidémiologique des différents risques.

Enfin, alors même que son système de soins est reconnu pour sa qualité et son accessibilité, la situation sanitaire française, marquée par une forte mortalité due aux comportements à risque, révèle l'enjeu majeur du développement de l'éducation et de l'information pour la santé. Par ailleurs, la durée de la vie s'allongeant continuellement, chacun doit prendre conscience qu'il est de son intérêt de vivre, durant toutes ces années de vie supplémentaire, le mieux possible. Il faut, dans ces conditions, donner à l'éducation pour la santé toute sa place à l'école dès le plus jeune âge, car c'est très jeune que se prennent les habitudes d'hygiène et que doit s'acquérir la « prévento-conscience ». En suscitant chez chaque personne le réel souci de préserver sa santé et en développant les aptitudes individuelles pour cela, l'éducation pour la santé, qui doit d'abord s'efforcer de consolider l'estime de soi-même, peut jouer puissamment en faveur de la résorption des inégalités sociales de santé. Cette éducation, parce que nombre de risques courus personnellement, et même revendiqués, peuvent avoir des conséquences préjudiciables sur la santé des autres, doit apprendre le respect d'autrui, mais aussi développer chez chacun le sens civique et celui des relations sociales.

En conclusion, le « soutien social » étant un déterminant essentiel de la santé, il faut savoir prendre soin d'autrui, et la prévention, qui doit être le fait de tout le corps social, doit s'efforcer de lutter contre le repli sur soi et la solitude dont le nombre de personnes à la rue, y compris accompagnées d'enfants, comme la crise de l'été 2003, ont révélé la formidable ampleur.

Si le siècle dernier était celui de la prévoyance et de la mise en place des grands systèmes sociaux, notre époque doit être celle de la nécessaire prise de conscience de la prévention. Pour autant, celle-ci ne doit pas instaurer un principe d'hyper précaution qui finirait par inertie à tendre à l'inefficacité. Prévoir l'imprévisible est impossible, la vie est faite de risques qu'il faut savoir évaluer et auxquels il faut faire face en les mesurant sans oublier néanmoins que nous sommes tous mortels.

Deuxième partie
Déclaration des groupes

Groupe de l'agriculture

L'avis dresse, à juste titre, un état des lieux particulièrement sévère sur les carences en matière de prévention dans le domaine de la santé et trace des perspectives pour décloisonner le curatif et le préventif : clarifier les compétences entre l'Etat, l'assurance maladie et le niveau régional, mais aussi aider chacun à être acteur de sa santé.

Il est essentiel, pour que les propositions faites dans cet avis prennent totalement corps, d'aller un peu plus avant dans une méthode d'action, qui doit prendre sa source au niveau de l'échelon local avec une logique ascendante du local vers le national et non pas l'inverse comme c'est encore trop souvent le cas en matière de politique de prévention.

La responsabilisation des acteurs, qu'il s'agisse des assurés, des professionnels de santé ou des organismes de protection sociale, ne peut être obtenue que si elle est vécue et intégrée par les différents acteurs au plus près du terrain.

Citons certaines actions de prévention développées par la MSA reprises d'ailleurs dans l'avis :

- les examens de santé sont ciblés sur des pathologies en fonction de l'âge et la consultation de prévention est effectuée par le médecin traitant,
- des consultations de prévention sont organisées pour des personnes en situation de précarité, où le sanitaire et le social travaillent ensemble.

Toutes ces actions de terrain sont rendues possibles grâce au relais essentiel que sont les délégués de l'échelon local de la MSA.

Cette politique de proximité ne doit toutefois pas cacher le rôle important du niveau régional. Ce niveau régional assure la cohérence des actions menées au niveau local en adéquation avec les politiques nationales. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale en discussion en ce moment au Parlement ouvre de nouvelles perspectives intéressantes en créant des espaces locaux de contractualisation entre les URCAM (Unions régionales des caisses d'assurance maladie) et des groupements de professionnels de santé, non seulement dans le domaine de l'évaluation et de la qualité des soins, mais aussi pour la mise en œuvre d'actions de prévention et de dépistage.

Le niveau national doit aussi être présent pour mutualiser les expériences et les financements et pour redistribuer les savoir-faire et les moyens en faveur des territoires qui en ont besoin, assurant ainsi une approche équitable sur l'ensemble du pays.

La proposition visant à rendre chacun responsable de son capital santé apparaît essentielle au groupe de l'agriculture. Mais là encore cela ne se décrète pas et de grandes campagnes de prévention ne sont pas suffisantes. Un

accompagnement au plus près des personnes doit être continuellement renouvelé. Cela nécessite la mobilisation de tous les acteurs : professionnels de santé, assurés, organismes sociaux … Par exemple, le programme « *Seniors, soyez acteurs de votre santé* », dans le cadre de réunions cantonales, a rendu possible une action de sensibilisation des personnes retraitées à la polymédication en responsabilisant les prescripteurs comme les patients pour la consommation des médicaments et en éduquant les patients pour une meilleure hygiène de vie. Ainsi que le souligne Madame Ologoudou dans son étude sur l'éducation à l'alimentation, étude réalisée à la section de l'agriculture et de l'alimentation, cette éducation commence dès le plus jeune âge.

La prévention des risques professionnels en agriculture peut être riche d'enseignements du fait du décloisonnement qui existe entre médecine du travail et prévention dans l'organisation de la MSA. Le binôme naturel – médecin du travail et préventeur – est un point fort qui permet d'assurer une véritable approche concrète de santé-sécurité au travail.

Groupe de l'artisanat

Si l'opinion publique, encouragée souvent par les médias, attribue aux bienfaits de la médecine curative l'amélioration de l'état de santé de la population, certains spécialistes quant à eux tiennent à rappeler qu'elle revient avant tout aux spectaculaires progrès de l'hygiène. Ils citent à ce sujet non seulement l'équilibre alimentaire mais aussi la résorption de l'habitat insalubre, en passant par les mesures d'asepsie ou encore l'amélioration incontestable des conditions de travail.

Le fait qu'aujourd'hui des maladies infectieuses réapparaissent et avec elles une impuissance face à des pathologies anciennes et nouvelles, montre à quel point la réalité est beaucoup plus aléatoire qu'elle n'y paraît et mérite une nouvelle approche de la politique de santé publique réhabilitant la prévention.

Cette réhabilitation étant complexe du fait de la multiplicité des champs d'intervention, l'avis a raison de susciter une approche globale et de faire appel aux sciences humaines, psychologiques et sociales dans la recherche afin de mieux comprendre les déterminants des comportements à risque.

Bien que l'information n'évite malheureusement pas le danger, il faut, dès le plus jeune âge, mettre en place une éducation à la santé au travers de messages clairs, lisibles et scientifiquement validés et recourir aux techniques modernes de « marketing social » pour donner suffisamment d'armes à ces jeunes pour résister aux nombreux facteurs de risque.

Compte tenu des nombreuses zones d'ombre dans les dispositifs actuels de santé, le groupe de l'artisanat apprécie que cet avis y fasse référence et s'attarde plus particulièrement sur les moyens à mettre en œuvre pour sortir ce public du vide juridique dans lequel il se trouve. L'idée du « dossier de santé scolaire » ou du « dossier médical unique » ainsi que celle de « consultations de prévention »

lui conviennent à condition bien sûr de respecter la confidentialité des données recueillies et le bon usage de leur traitement.

Au-delà de l'utilité pour ces patients d'être mieux suivis médicalement, il faut voir dans la remontée d'informations ; la possibilité de faire avancer la recherche, d'améliorer le dépistage mais aussi celle de contribuer à la rationalisation des coûts, en évitant la surabondance des ordonnances et des examens médicaux.

Face aux incertitudes sur le maintien d'un bon niveau de croissance économique, le groupe de l'artisanat est satisfait que l'approche globale d'une nouvelle politique de santé se fasse dans un esprit de « dépenser mieux » préconisant une délimitation claire des champs de compétences des différents acteurs institutionnels et une reconfiguration plus simple du réseau.

S'agissant plus particulièrement de la promotion de la santé au travail, les travailleurs indépendants étant autant exposés que les salariés aux risques d'accidents et de maladies professionnelles, un amendement au texte initial a été apporté pour généraliser les initiatives de quelques métiers en matière de suivi médical.

Quant à la mise en place effective d'un système de réparation plus incitatif à la prévention, le groupe de l'artisanat espère que la proposition de l'avis de création d'indicateurs d'investigation plus adaptés à l'organisation et aux conditions du travail actuelles permettra enfin à la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » de ne plus subir de prélèvements constants au bénéfice de l'assurance maladie au prétexte de leur sous-estimation et qu'ainsi sera réhabilitée l'incitation à la prévention qu'elle sous tend.

Pour redonner aux employeurs les moyens de cette prévention, il faudrait également éviter toute création intempestive de systèmes parallèles d'indemnisation des victimes dévoyant le système de réparation des risques professionnels tels que le fonds d'indemnisation de l'amiante ou encore les majorations pour accidents de trajet.

Compte tenu du caractère très spécifique de ces questions, le groupe de l'artisanat tient à rappeler son attachement à voir renforcé le rôle des partenaires sociaux dans cette problématique.

Le groupe de l'artisanat a voté l'avis.

Groupe de la CFDT

La santé est le résultat d'un ensemble complexe beaucoup plus vaste que le seul système de soins. La qualité de l'eau, de l'alimentation, de l'habitat, du niveau culturel, du niveau de vie, l'amélioration des conditions de travail ont contribué plus que le progrès médical à l'élévation de la durée de vie et à l'amélioration de l'état de santé de la population. Les principaux acteurs de la prévention s'accordent pour dire que les facteurs de bonne santé d'une population sont à 80 % non médicaux.

En ce sens, la santé ne peut être enfermée dans le cadre étroit de la seule politique sanitaire. Elle doit être présente, au moins à titre secondaire, dans la conception et dans la mise en œuvre de bon nombre de politiques publiques du travail, de l'environnement, des transports, de l'éducation, de la lutte contre l'exclusion…

La santé ne se résume pas davantage au système de soins ou à la structuration et au financement des institutions sanitaires. La prévention et l'éducation à la santé, parents pauvres des politiques de santé en France, doivent avoir leur juste place coordonnée avec les systèmes de soins et d'éducation.

Prévenir en matière de santé, c'est tout à la fois assurer la sécurité sanitaire des produits, agir sur la mortalité évitable par la vaccination, le dépistage précoce, l'éducation à la santé, pour contribuer à modifier les comportements à risque tels que la consommation immodérée de tabac ou d'alcool, veiller à la réalité des mesures de sécurité au travail ou dans les transports, améliorer les conditions de travail dont chacun sait qu'elles modulent considérablement les espérances de vie des différentes catégories socioprofessionnelles.

L'avis s'efforce, parfois trop brièvement, d'embrasser tout à la fois les différents terrains de la prévention et la multiplicité de ses acteurs. Il rappelle le rôle irremplaçable de l'Etat dans la définition des priorités de santé publique et de ce fait des politiques de prévention. Il ouvre cependant, ce que le groupe de la CFDT apprécie, à la fois sur la régionalisation de la mise en œuvre de ces priorités et sur la place éminente de l'assurance maladie dans la déclinaison de ces politiques. Il s'attache également à l'indispensable coordination des multiples acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé et au développement de l'évaluation des actions. Le projet de loi de santé publique toujours en cours de discussion devant le Parlement gagnerait à s'enrichir de l'ensemble de cette démarche.

En fondant ses propositions sur la nécessité pour chacun d'entre nous de se réapproprier sa propre santé, l'avis engage à la citoyenneté en matière de prévention et de santé tout en préconisant de nombreuses mesures susceptibles de permettre l'exercice de cette citoyenneté par :

- l'éducation, les campagnes de promotion de la santé, de vaccinations ou de dépistages, l'information sur les produits et leur dangerosité parfois spécifique à certaines populations,
- le suivi de la santé à tous les âges de la vie. A cet égard la CFDT se retrouve tout à fait dans la nécessité affirmée d'une intégration forte entre prévention et soins. Les médecins généralistes ont une place première à y prendre,
- la promotion d'une véritable politique de santé au travail passant, entre autres, par un renforcement des moyens d'action des CHS-CT, le développement des actions de prévention par l'action sur les causes des accidents et des maladies professionnelles.

La CFDT sera particulièrement attentive à ce que les préconisations de cette partie de l'avis trouvent rapidement des applications concrètes.

Ces dernières propositions n'épuisent pourtant pas le sujet de la santé au travail. L'action résolue de tous les instants pour l'amélioration des conditions de travail que la CFDT entend poursuivre et renforcer, permettra d'avancer réellement vers plus d'égalité dans l'espérance et la qualité de vie.

Le groupe de la CFDT a voté l'avis.

Groupe de la CFE-CGC

L'avis permet d'avoir une meilleure appréciation de la nécessité de mettre en place une politique de prévention ambitieuse dans notre pays.

Le groupe de la CFE-CGC apprécie tout particulièrement la proposition de renforcement de l'évaluation des actions menées, à condition qu'elles reposent sur une connaissance fine des déterminants de santé. Ces études sont indispensables pour établir dans les meilleures conditions les niveaux de financement et les priorités des politiques de santé publique.

Le groupe de la CFE-CGC se montre plus réservé sur deux partis pris de départ qui orientent, dans une certaine mesure, les propositions d'actions ou d'améliorations.

D'une part, il lui semble réducteur de limiter l'analyse d'un sujet comme la prévention en matière de santé aux risques individuels, attitude qui débouche inévitablement sur une responsabilisation à outrance des personnes malades, voire une stigmatisation.

Dans la problématique de la prévention en matière de santé, il lui semble essentiel d'intégrer la dimension des risques collectifs, qu'ils relèvent de facteurs environnementaux, professionnels, voire sociétaux. C'est notamment le cas des comportements alimentaires que l'avis sous-estime. On ne peut que déplorer l'exposition croissante des concitoyens à des substances omniprésentes dans l'alimentation telles que le sucre, certaines graisses et le sel, dont l'excès majore les risques d'obésité, d'hypertension, de diabète et de maladies cardio-vasculaires. Aussi, le groupe de la CFE-CGC souligne que dans le domaine de l'alimentation le rôle réglementaire de l'État est incontournable.

D'autre part, le groupe de la CFE-CGC constate une certaine confusion entre les notions de « prévention » et « d'éducation à la santé », qui explique la tendance de cet avis à focaliser l'essentiel de ses préconisations sur des démarches préventives en direction des jeunes, notamment en milieu scolaire ou préscolaire.

Sans nier l'utilité de ces préconisations, le groupe de la CFE-CGC rappelle que la prévention concerne tous les âges de la vie. S'il est important d'insister sur la prévention de certaines conduites à risque spécifiques aux adolescents, ou sur celles des accidents domestiques dont sont victimes trop de jeunes enfants, il est tout aussi essentiel d'accentuer l'effort préventif en direction des populations

adultes. Il ne faut pas oublier que la prévalence des cancers et des accidents cardio-vasculaires augmente dès l'âge de 45 ans. Et à chaque tranche d'âge, il existe des risques spécifiques : ainsi pour les actifs les accidents de trajets ou de travail, pour les personnes âgées, l'ostéoporose, etc.

Pour le groupe de la CFE–CGC, la prévention sanitaire en milieu professionnel est essentielle. Dans ce domaine, le rôle de la médecine du travail est incontournable. La visite annuelle obligatoire est bien souvent le seul lien d'un certain nombre d'adultes avec la médecine. De plus, en raison de sa formation et sa présence dans l'entreprise, le médecin du travail est le plus apte à appréhender les véritables conditions de vie au sein de l'entreprise : les produits utilisés, les modes opératoires, le stress. Le groupe de la CFE-CGC note d'ailleurs avec satisfaction que l'avis prend largement en considération ce problème qui intéresse particulièrement les cadres.

Il y aurait beaucoup à dire sur l'exercice de la médecine du travail. On peut énoncer succinctement que les médecins du travail ne sont pas assez nombreux et que leurs conditions d'exercice doivent être améliorées en octroyant aux médecins du travail une véritable indépendance à l'égard de l'employeur.

Enfin, le groupe juge qu'il serait judicieux d'étendre le bénéfice de la médecine du travail à tous les citoyens actifs, et non aux seuls salariés du privé. Il est quand même anormal que la quasi-totalité des fonctionnaires, des artisans, des professions libérales ne bénéficient pas systématiquement d'une prestation équivalente.

Le groupe de la CFE-CGC estime que la définition d'objectifs nationaux de santé, et donc de prévention, est un préalable nécessaire à celui de la détermination d'une politique de santé publique, volontariste et globale. C'est essentiel pour l'amélioration de la qualité de notre système de santé.

Cette démarche est de la responsabilité première de l'Etat. Elle doit permettre à chaque citoyen un égal accès à la prévention, qu'il soit salarié du privé, fonctionnaire ou retraité, et quels que soient son âge et son lieu de résidence. Or, ce n'est pas le cas aujourd'hui.

Il apparaît également nécessaire et urgent que se développe en France une véritable « culture de la prévention ». Ce projet doit mobiliser l'ensemble des citoyens sans oublier les professionnels de santé, dont les formations initiale et continue n'investissent pas suffisamment cette dimension de leur pratique.

Cet avis est une étape qui préfigure les bienfaits que pourrait apporter à nos concitoyens une véritable politique de prévention en matière de santé.

Le groupe de la CFE-CGC a voté l'avis.

Groupe de la CFTC

L'action de prévention doit permettre à chacun de prendre conscience de la richesse que constitue son capital santé et de la responsabilité qui est la sienne dans la préservation, la gestion et l'amélioration de ce capital, notamment par ses attitudes et son comportement.

La multiplicité des facteurs agissant sur la santé et la multiplicité des acteurs exigent d'améliorer la définition et la coordination des missions de chacun.

Il revient à l'Etat de définir les principes directeurs et les objectifs d'une politique de prévention, de préciser l'organisation des compétences et des missions des instances et structures intervenant dans sa mise en oeuvre, de renforcer la coordination interministérielle et de réaffirmer le rôle que la Direction générale de la santé doit y tenir. Ce rôle de l'État doit en particulier s'exercer dans l'organisation de la recherche, de la formation des intervenants, des structures de veille, de dépistages et de suivis, comme dans la définition des règles de coordination des acteurs.

Les évènements de l'été ont d'ailleurs mis en évidence des dysfonctionnements graves, parfois insoupçonnés, dans ces différents domaines. Ainsi en est-il de l'absence de formation à la prévention, l'absence de certification en ce qui concerne les pathologies et la nutrition des personnes âgées ou les effets de la canicule, l'absence de cellules de crises préparées suffisamment en amont.

L'éducation à la santé tient une place primordiale dans l'apprentissage des règles d'hygiène et du comportement en société. Dans la mesure où cette éducation se fonde sur le respect de soi-même et de son corps, sur le respect de l'autre et de l'environnement, elle permet l'apprentissage de la gestion personnelle de sa santé par la prise de conscience de sa propre responsabilité dans ses actes et dans ses choix. Elle peut conduire à participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des règles du vivre ensemble, à s'engager dans des actes de solidarité et permettre l'acquisition de réflexes de prévention pour toutes les situations de la vie.

L'avis rappelle la responsabilité première des parents ainsi que le rôle central du médecin traitant dans la gestion et le suivi de l'état de santé de la personne et dans la coordination des missions complémentaires de la médecine scolaire et de la médecine du travail.

Le groupe de la CFTC adhère aux propositions de l'avis sur l'intégration des soins et de la prévention, notamment par la reconnaissance du rôle de l'assurance maladie, et sur les outils disponibles ou à créer : les consultations de prévention, le carnet de santé et le dossier médical qui le prolonge.

En revanche, la création d'un dossier médical scolaire mis à la disposition de multiples intervenants lui paraît soulever des questions de propriété et de confidentialité, sauf à limiter ce dossier à une fonction de liaison avec le médecin traitant, gestionnaire principal du dossier individuel.

De même, la multiplication d'intervenants-conseillers, autonomes, non ou mal coordonnés, pourrait favoriser une logique d'assistance.

Le groupe de la CFTC approuve l'exigence de qualité dans la recherche, la synthèse, la vérification et la diffusion des connaissances destinées aux professionnels et au grand public. En règle générale, les campagnes d'information du grand public sont bien faites et fournissent des indications permettant à chacun de s'orienter vers des structures de conseil, d'analyse ou de traitement. De telles actions sont à poursuivre et à développer plus systématiquement.

En revanche, le groupe de la CFTC tient à attirer l'attention sur les abus de certains médias qui, à des fins commerciales ou ludiques, détournent le thème de la santé publique au point de nuire gravement à la promotion d'une véritable culture de prévention. Ainsi, la programmation de l'émission « A bout de forces… », prévue le 26 novembre, lui semble justifier la proposition d'étendre à ce genre d'émissions les mesures d'avertissement du public en usage dans le cadre de la lutte contre différentes formes de violence.

Le groupe de la CFTC a voté l'avis.

Groupe de la CGT

Tout le monde s'accorde à reconnaître l'importance de la prévention dans le domaine de la santé. Malheureusement en France, elle n'a ni le statut, ni les moyens nécessaires à une réelle efficacité et reste le parent pauvre des politiques de santé.

Selon les comptes nationaux de la santé, les dépenses de prévention représentent 2,3% de la dépense courante de santé et même si la DREES les évalue à 7%, le système de santé reste essentiellement curatif et ne répond pas aux enjeux actuels de santé publique. C'est ce que souligne le projet d'avis qui insiste sur les insuffisances et les blocages auxquels se heurte la prévention. Il relève le manque de vision stratégique des politiques de prévention, de définition des compétences des multiples acteurs, l'absence d'un véritable continuum de l'action préventive permettant de prendre en compte les différents âges et étapes de la vie. Il déplore également le manque de données épidémiologiques, d'indicateurs ou outil d'analyse des comportements. L'ensemble de ces éléments nuit au développement d'une véritable culture de la prévention en matière de santé.

Mais plus encore, la pénurie de moyens humains et financiers, dans des secteurs tels que la médecine de PMI, la médecine de santé scolaire, la médecine du travail, constitue le principal frein au développement de la prévention. La

catastrophe sanitaire de cet été est liée à des carences en matière de prévention puisque la majorité des décès, survenus dans les maisons de retraite, auraient pu être évités par de simples mesures d'aménagement des locaux et de prévention.

La prévention a incontestablement un coût. C'est un investissement dont le retour ne se traduit pas nécessairement en termes d'économies comptables, de moindres dépenses, mais en termes de moindres souffrances, de moindre exposition aux risques d'affection ou d'accident, de mieux être, d'espérance de vie plus longue en meilleure santé.

La préservation de l'intégrité physique et mentale des individus, de leur capacité à s'épanouir dans la société et tout au long de la vie répond bien à la définition qu'en donne l'OMS : « un état complet de bien être physique, psychique et social » ; au delà, la prévention participe aussi d'une certaine conception de la société, de son développement et de la place de l'homme dans cette société, éloignée des critères de rentabilité immédiate auxquels renvoie une approche de la santé uniquement circonscrite - et encore - à l'entretien et à la réparation de la force de travail.

Le projet d'avis aurait pu accorder plus d'attention aux déterminants économiques et sociaux de la santé, la seule approche médicale de la prévention ne suffit pas à rendre compte de l'ensemble des conditions générales de vie, d'emploi et de travail, l'accès à un logement et à des transports de qualité, aux loisirs et à la culture. Le constater est bien, faire de leur amélioration une exigence eût sans doute été mieux, dans un contexte de dégradation et de remise en cause des droits et des acquis dans l'ensemble de ces domaines.

La CGT reconnaît les efforts consentis pour élargir les problématiques touchant à la prévention mais le projet d'avis reste encore fortement imprégné d'une démarche de type comportementaliste qui n'est pas sans danger, car elle peut conduire à renvoyer sur l'individu et sur son comportement la responsabilité de risques et de facteurs de risques objectifs ou socialement déterminés. Par exemple, considérer le tabagisme, l'alcoolisme, la consommation de drogue comme des fléaux majeurs, marginalise les autres risques dont les conséquences en terme de santé publique ne sont pas moindres, tels les cancers professionnels liés à l'amiante pour lesquels les prévisions font état de 100 000 décès dans les 10 années à venir

Le groupe de la CGT apprécie la prise en compte par le rapporteur, à la demande des organisations syndicales et notamment de la CGT, de l'importance de la prévention en matière de santé au travail et la nécessité de promouvoir une véritable politique de santé au travail. Il considère que le projet d'avis constitue un élément intéressant de réflexion à l'attention des Pouvoirs publics. Néanmoins, il aurait souhaité, pour une meilleure lisibilité, une hiérarchisation des priorités d'action.

Le groupe de la CGT a adopté le projet d'avis.

Groupe de la CGT-FO

La Santé publique, et surtout la défaillance de son organisation au niveau national ont cruellement été projetées, il y a quelques mois, au premier plan de l'actualité.

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique, (sur lequel l'avis du Conseil économique et social n'a pas été sollicité) prévoit un plus grand engagement de l'Etat et, pour la première fois enfin affirme son rôle et sa place en la matière. Il est à craindre que ce ne soit un peu tard pour combler les retards accumulés en ce domaine.

Aux termes de ce projet, cette politique devrait s'articuler autour d'une programmation pluriannuelle pour permettre la réalisation d'objectifs ambitieux.

Cela signifie qu'un effort prioritaire doit nous amener au choix impératif d'un programme ambitieux et surtout cohérent de santé publique.

Néanmoins, le groupe FO s'interroge sur la multiplicité des chantiers envisagés dans le projet d'avis dans la mesure où trop d'objectifs signifient moins de moyens pour chacun d'entre eux.

Comme le souligne le rapporteur « *depuis longtemps, et aujourd'hui encore notre société s'intéresse plus à la médecine qu'à la santé alors que le préventif et le curatif sont de plus en plus étroitement associés* ». Il n'en demeure pas moins que la prévention est toujours restée le « parent pauvre » d'une politique globale de santé qui concrètement n'a jamais véritablement vu le jour.

Le rapporteur fait le constat que la santé publique manque cruellement d'un programme adapté et des moyens en conséquence. Ces derniers, éparpillés entre divers intervenants, ne permettent ni actions coordonnées, ni financements appropriés.

Les campagnes publicitaires ont incontestablement leur utilité, mais comme le souligne l'IGAS *« diffuser un message stigmatisant la consommation abusive de tabac ou d'alcool, c'est, du point de vue de l'ouvrier pour lequel cette consommation est une compensation à des conditions de vie ou de travail stressantes, d'une certaine façon, prendre le symptôme pour la cause »*. Et le même genre de raisonnement peut se tenir à propos des personnes en grande détresse. A un certain stade de misère, le mot prévention n'a plus guère de signification. C'est en terme de prise en charge sociale globale que la question de la prévention doit se poser.

Les propositions contenues dans le projet d'avis reprennent ce que Force ouvrière a toujours considéré comme une évidente nécessité ; et en tout premier lieu que soient clairement établis les rôles et responsabilités respectifs entre l'assurance maladie et l'Etat.

D'ores et déjà, l'assurance maladie occupe une place incontestable dans la prévention. Les actions de prévention de l'assurance maladie doivent s'intégrer dans une politique nationale de santé publique dont le préventif et le curatif sont les composantes.

Une telle politique nécessite, comme le propose le rapporteur, une coopération élargie entre les ministères de la Santé, de l'Education nationale, les services de médecine du travail, les institutions de l'assurance maladie, les professionnels de santé.

Chaque entité ne peut continuer à agir seule dans son propre rayon de compétence et doit se tourner vers une coordination nationale.

Le groupe Force ouvrière a voté l'avis.

Groupe de la coopération

Alors que la France connaît une importante mortalité prématurée qui contraste avec un système de soin dont l'OMS a reconnu la très bonne accessibilité, une prise de conscience s'amorce pour donner toute sa place à la prévention en matière de santé.

La loi du 4 mars 2002 constitue une étape importante pour donner à la prévention une place de premier rang dans la politique de santé. Il faudra veiller à son application effective alors qu'on sait combien il est laborieux de faire appliquer les dispositifs déjà prévus par la loi, par exemple en matière de tabagisme. Si la volonté politique est indispensable, elle devra être accompagnée de moyens humains et financiers renforcés : au regard de notre système scolaire qui dispose d'un médecin pour 6 000 élèves et au regard de la médecine interprofessionnelle du travail qui dispose de moins de moyens que la médecine d'entreprise et qui a montré ses limites, l'enjeu est de taille.

La prévention en matière de santé est un sujet complexe et étendu. L'avis aurait peut-être été plus incisif si des priorités d'action avaient pu être plus clairement affichées.

Au-delà de la forte impulsion politique en faveur de la lutte contre l'insécurité routière, le tabagisme et le cancer, le groupe de la coopération souhaite mettre l'accent sur trois volets d'action en matière de prévention :

- la lutte contre la toxicomanie : la consommation des drogues en France fait l'objet d'une banalisation inquiétante, quand on sait que sont aujourd'hui concernés 40 000 adolescents âgés de 15 à 18 ans. Une prévention systématique, notamment dans le système éducatif, est indispensable. Des pays comme la Suède ont su renverser la tendance. ;

- la lutte contre l'exclusion : une politique de prévention pour être efficace doit s'accompagner d'une réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé. On sait que la pauvreté et l'exclusion génèrent des pathologies graves parfois spécifiques et que ces populations doivent faire l'objet de campagnes de prévention qui leur sont adaptées ;
- la prise en compte de la souffrance psychique : la France connaît le triste record de consommation des psychotropes. La détresse psychique est souvent le reflet de conditions de vie ou de travail difficiles. Elle génère là encore des troubles graves de la santé, des comportements à risque comme l'alcoolisme et le tabagisme, et une perturbation de la vie familiale et sociale.

La prévention, si elle vise à agir sur les comportements des individus, est avant tout une démarche collective. Dans le cadre des réflexions actuelles pour réformer le système de santé et de protection sociale, le groupe de la coopération rejoint les groupes de la mutualité et des associations pour demander l'intégration de la prévention dans l'assurance maladie au même titre et dans les mêmes conditions que les soins.

Groupe des entreprises privées

Le groupe félicite le rapporteur pour la qualité de son travail : nous ne pouvons que nous associer à l'objectif d'une amélioration de la politique de prévention en France, dans le sens d'une approche globale de l'individu tout au long de sa vie et de la nécessaire coordination des différentes structures participant aux actions de prévention à mettre en œuvre.

Nous sommes favorables au principe de prévention, même s'il n'existe aucune évaluation réelle de son efficacité.

Rappelons par ailleurs que l'état sanitaire de la population n'est pas conditionné par la seule assurance maladie mais davantage par la qualité du logement, de l'alimentation, de l'hygiène, de l'environnement, des comportements. Il nous faudra donc bien veiller à ce que la prévention ne soit pas conduite et prise en charge par la CNAM, qui a déjà la lourde tâche de gérer le risque.

Dans le prolongement, nous avons quelques réserves ou questions qui nous semblent toujours se poser à la lecture du présent avis. Ainsi, les considérations spécifiques sur l'amélioration de la prévention en milieu de travail appellent, selon nous, plusieurs observations.

Tout d'abord l'avis pointe la difficulté à évaluer l'ampleur des maladies professionnelles mais les estime « fortement sous-évaluées », comme il juge d'ailleurs « très parcellaire » la connaissance des risques professionnels, justifiant ainsi de développer une véritable expertise des conditions et de l'environnement de travail.

Dès lors, il nous semble indispensable que cette expertise prenne en compte l'évolution de la pathologie dite « professionnelle » vers une pathologie multifactorielle (surdité, affections, troubles psycho-sociaux …), afin d'examiner précisément non seulement la part attribuable aux facteurs professionnels mais aussi celle attribuable aux facteurs extra-professionnels, pour déterminer, en toute équité, les parts respectives de causalité.

La responsabilisation des entreprises, au regard de leurs risques professionnels spécifiques, implique en effet de ne pas mettre à leur charge l'ensemble des troubles de santé affectant leurs salariés.

Notre groupe est demandeur, à cet égard, d'une évolution du mode d'indemnisation des maladies professionnelles, tenant compte d'une causalité partagée, à l'instar des systèmes mis en place dans d'autres pays européens.

Plus généralement, il nous semble contestable d'affirmer comme une certitude l'augmentation de la pénibilité psychologique du travail. Le bilan 2002 des conditions de travail publié par le ministère des Affaires sociales en 2003 ne fait-il pas apparaître « *la poursuite de l'amélioration de la situation depuis 1995* » (chute des accidents surtout et augmentation des maladies mais parce que leur reconnaissance s'est considérablement améliorée).

Il nous paraît également disproportionné de dire que la pénibilité physique du travail est encore une réalité. Ne sommes-nous pas loin désormais des conditions de travail qui prévalaient au moment de la première révolution industrielle ?

Enfin, dans sa conclusion, l'avis propose la mise en place d'un « système de réparation » plus incitatif à la prévention, avec la proposition de tendre vers un système qui ne sanctionne plus les dommages déjà établis mais, dans la mesure du possible, les situations induisant de forts risques.

Rappelons la distinction nécessaire à faire entre le « système de réparation », consistant dans l'indemnisation des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, et le « système de tarification » à l'entreprise, se voulant incitatif à la prévention.

La révision du système de tarification, pour le rendre véritablement incitatif à la prévention, implique de réexaminer au préalable les différentes charges imputées à la branche accidents du travail et maladies professionnelles et la légitimité de leur financement exclusif par les entreprises.

Nous attirons également l'attention sur le fait que certains salariés se mettant en danger eux-mêmes, l'instauration d'un système de sanction des situations de risques implique de revoir complètement le système de responsabilité, et notamment la "présomption d'imputabilité" qui est aujourd'hui à la charge de l'entreprise.

Le groupe des entreprises privées a voté favorablement l'avis.

Groupe des Français établis hors de France, de l'épargne et du logement

M. Gérard : « Tandis que Jules Romains affirmait que : « *La santé est un état précaire qui ne laisse rien présager de bon* », Gilbert Cesbron nous disait : « *Ce que je souhaite de tout mon cœur, c'est de mourir jeune… à un âge avancé* ».

Pour satisfaire l'un et l'autre, un seul moyen : une audacieuse prévention en matière de santé. Les Chinois anciens le savaient bien qui ne payaient leurs médecins que tant qu'ils avaient la santé !

Et la section des affaires sociales a eu une excellente idée de retenir ce thème de travail.

Notre rapporteur a raison d'affirmer qu'une approche plus globale de la prévention est nécessaire, « *en considérant que l'objet de la prévention [n'est] plus seulement le risque, mais, plus largement, la recherche du bien-être* ».

Roger de Guimps le dit autrement : « *Après la paix des cœurs et la foi religieuse (je cite intégralement), est-il quelque chose de plus précieux, de plus indispensable que la santé ? Que les forces physiques viennent à faire défaut, et le travail, qui est aussi un élément de moralité, devient impossible, et les études sont interrompues, la carrière manquée, l'intelligence même compromise, car le corps aussi sert la pensée* ».

Avec Guy Robert, notre groupe affirme aussi que « *la prévention en matière de santé ne peut être réellement efficace que si les conditions de vie offertes à la population lui permettent d'éviter d'être exposée à un certain nombre de risques et d'être en mesure de recevoir un message préventif* ».

Ne serait-ce que pour ce message-là, mais aussi pour la plupart des recommandations formulées, notre groupe votera cet avis.

« *La santé dépend plus des précautions que des médecins* » comme disait déjà Bossuet. Et nous soutenons l'idée d'un remboursement des consultations de prévention par l'assurance maladie.

Le représentant des Français établis hors de France voudrait également y ajouter le remboursement des traitements préventifs, qu'il s'agisse du vaccin anti-grippe ou des médications anti-malaria.

Bien sûr, nous soutenons fortement aussi l'idée que : « *La prévention exige également l'approfondissement de la connaissance sur les déterminants économiques et sociaux de la santé* », car, comme le prétendait Jules Renard « *la meilleure santé, c'est de ne pas sentir sa santé* », et nous ne la sentons pas en effet, lorsque rien, sur le plan économique et social ne vient perturber le corps ou l'âme. *Mens sana in corpore sano* !

Mais je ne vais pas rappeler toutes les heureuses propositions concernant la place de la société civile, l'éducation à la prévention, etc.

Comme vous seriez surpris que je ne cite pas Pierre Dac aujourd'hui, j'ajouterai seulement que, « *Quand on a la santé, c'est pas grave d'être malade* », et je conclurai avec François Marie Arouet dit Voltaire, pour vous dire que l'avis nous invite, si toutes ses recommandations sont appliquées, à « *décider d'être heureux, car c'est bon pour la santé* ».

Groupe de la mutualité et groupe des associations

Il y a trente ans, l'Inspection générale des affaires sociales consacrait son rapport annuel à la prévention et soulignait déjà que les frontières entre actions curatives et préventives sont moins nettes qu'on ne l'imagine généralement et qu'il ne faut pas séparer l'idée prévention-santé d'une part, de l'action maladie-sécurité d'autre part. Il rappelait également que la promotion de la prévention ne devait pas trouver sa justification dans une diminution corrélative des dépenses de santé, qui n'a jamais été démontrée. Aujourd'hui la prévention, la promotion de la santé, demeurent des domaines seconds par rapport au curatif, notamment parce que le temps nécessaire à leur mise en œuvre est difficilement compatible avec celui des décisions politiques. Le projet d'avis rappelle ce constat, mais le consensus autour de la dénonciation de l'insuffisance de la prévention évacue le débat sur les finalités et néglige ainsi le risque de renforcement des inégalités.

Le groupe de la mutualité estime nécessaire de revenir sur la question des inégalités. Négliger cette grille de lecture risque en effet de renvoyer à une approche quantitative de la prévention, approche qui peut la transformer en un redoutable accélérateur d'inégalités. En effet, en l'absence d'un ciblage très volontariste qui devrait structurer l'ensemble des interventions, ce sont les plus à même de se projeter dans le futur, ceux qui ont un projet de vie, qui reçoivent le mieux les messages et les intègrent dans leurs pratiques et leurs comportements. Cet aspect est, bien sûr, souligné dans l'avis, mais n'apparaît pas suffisamment comme une condition incontournable pour que les efforts de prévention aient un effet positif.

Il faut également souligner que la faiblesse objective de la part des dépenses consacrées à la prévention, la préférence donnée au curatif, ne doivent pas dispenser d'une évaluation rigoureuse, comme cela doit se faire pour les soins, des actions de prévention. Au-delà de cette observation fondamentale, le groupe de la mutualité remarque que la valorisation de la prévention ne saurait se limiter à une communication adaptée autour de ses seules actions. L'excès, l'approximation de certains média sur le progrès médical, plus avides de sensationnel que d'exactitude, peuvent, en effet, accréditer l'idée qu'à l'échelle d'une vie, la plupart des pathologies seront curables, rendant ainsi les messages sur les efforts à accomplir pour modifier nos comportements, totalement inaudibles. Pour limiter le risque de discrédit de la prévention, il est indispensable d'associer les professionnels de santé aux démarches préventives parce qu'ainsi la prévention bénéficie du même statut que le soin, limitant le risque d'un arbitrage, par nature toujours favorable, à court terme, à la pathologie avérée plutôt qu'au risque lointain et perçu comme hypothétique. Ce statut

d'équivalence conféré à la prévention, doit aussi se traduire dans les modes d'allocation des ressources, l'isolement des actions de prévention conduisant toujours à les financer sur des budgets limités a priori, alors que les dépenses de soin sont constatées a posteriori.

L'intégration de la prévention dans l'assurance maladie, au même titre et dans les mêmes conditions que les soins, est une des principales propositions de la mutualité française pour réformer le système de santé et de protection sociale. Aujourd'hui les mutuelles, de plus en plus, à côté de leurs actions de prévention et de promotion de la santé habituelles, intègrent des actes préventifs dans leurs tableaux de prestations, contribuant ainsi à une valorisation de la prévention et à une responsabilisation individuelle plus efficace que la responsabilisation financière.

Concernant les priorités, les groupes de la coopération, des associations et celui de la mutualité identifient trois volets d'action : celui de la lutte contre les toxicomanies, celui de la prise en compte de la souffrance psychique bien souvent reflet de conditions de vie et de travail difficiles, celui enfin de la lutte contre l'exclusion, car la réduction des inégalités sociales et territoriales est une condition d'efficacité de toute politique de prévention.

Les groupes de la mutualité et des associations insistent, enfin, sur l'indispensable mobilisation des acteurs. Ils sont multiples sur le terrain de la prévention, ce qui peut être un gage d'efficacité si une coordination effective est mise en œuvre et si elle permet d'améliorer ciblage et proximité. Malheureusement le sentiment persiste que, souvent, l'étape de l'appropriation des objectifs nationaux par les acteurs de terrain est négligée dans la politique de prévention. Pourtant, qu'il s'agisse de priorités aussi incontournables que le risque professionnel ou la prévention des difficultés psychologiques et sociales chez les enfants et les adolescents, elles ne peuvent être concrétisées sans l'implication des organisations syndicales, des employeurs, de l'école, de l'assurance maladie... Le consensus spontané, presque naturel, autour de la prévention, ne doit pas faire oublier l'importance, dans la mise en œuvre, du rôle des professionnels de santé, de l'assurance maladie, du mouvement mutualiste et plus généralement de l'ensemble des acteurs économiques et sociaux.

Le groupe de la mutualité et celui des associations ont voté positivement.

Groupe de l'Outre-mer

Autant qu'en métropole, la prévention en matière de santé est indispensable Outre-mer, en raison des climats tropicaux, sub-équatoriaux, ou clairement froids, de la pauvreté et également de la persistance de logements insalubres.

La nécessité de la prévention s'y pose en des termes analogues à ceux développés dans le rapport et l'avis. L'importance numérique de la jeunesse dans les populations ultra-marines la soumet aux mêmes menaces sur les conduites à risques vis-à-vis du tabac, de l'alcool, des maladies sexuellement transmissibles, des pulsions suicidaires. Les facilités d'approvisionnement en substances

psychoactives y rendent la nécessité de la prévention encore plus évidente. S'y ajoutent pour les adultes, les fléaux courants de santé publique, liés aux maladies lourdes comme les cancers qui nécessitent bien évidemment des efforts ciblés de prévention. Pour les populations vieillissantes, l'évaluation des risques liés à une vie de travail, fut-il domestique, reste certainement à faire.

Ce n'est pas d'une mise en cause du système de santé publique tel qu'il est constitué Outre-mer qu'il s'agit, - sauf à St-Pierre-et-Miquelon où ce système est à recréer entièrement -, mais bien du travail de prévention. Le système de santé scolaire Outre-mer mérite d'être organisé si l'on veut que les jeunes scolarisés puissent bénéficier d'une prévention et que les déficits de synergies relevés dans l'avis y soient mieux traités. Selon l'excellente définition de 1946 de l'OMS, rappelés dans l'avis, « la santé est un état de complet bien-être, physique, mental et social ». Il y a beaucoup à faire Outre-mer pour avoir une approche globale de la santé publique, incluant notamment l'environnement de la personne au premier rang duquel ses conditions de logement.

Le rôle des divers acteurs est à redéfinir, entre autres l'Etat et les collectivités territoriales, sans oublier qu'en Outre-mer, l'architecture institutionnelle et administrative, différente, impose un effort particulier de coordination des organismes chargés de gérer la couverture santé et la santé publique. Mais l'idée de donner à la région ou au territoire un rôle moteur en matière de prévention est acceptée.

L'idée de donner une place plus importante à la société civile organisée paraît importante. Les associations sont très présentes Outre-mer, elles y jouent un rôle non négligeable d'éducation civique et populaire, tout comme de défense des citoyens. L'éducation familiale à la prévention constitue, comme le note très justement l'avis, la base de départ indispensable à toute action future. Or, sans ce soutien et cette éducation indispensables, elles ne peuvent s'opposer seules au modèle de consommation dominant véhiculé par la télévision qui n'est pas forcément le meilleur canal pour une saine éducation à la prévention. Il conviendrait donc que les pouvoirs publics leur donnent les moyens d'accomplir leur tâche, mais sans en faire les instruments de substitution à la défaillance des structures normales de prévention.

Comme souligné, la prévention a parfois disparu ou a été mal structurée, il reste à l'organiser pour certains groupes particuliers.

La prévention est bien un puissant vecteur de réduction des inégalités sociales, et d'autant plus que celles-ci étaient importantes au départ ; mais ensuite c'est à chacun de prendre conscience des comportements à risques s'il a été éduqué pour cela. L'Outre-mer n'est évidemment pas absente de ces défis, et c'est pourquoi le groupe de l'Outre-mer à voté l'avis.

Groupe des personnalités qualifiées

M. Maffioli : « Je voudrais d'emblée féliciter le rapporteur pour le travail considérable qu'il a effectué. Il fallait, en effet, un certain courage pour accepter de traiter de ce thème. Pourquoi ? Parce que vouloir aborder le domaine de la prévention, c'est se résoudre à dérouler une pelote de laine sans fin, tant le champ à traiter est vaste. Avec humilité, vous avez limité volontairement votre propos et je vous en félicite.

Plusieurs points forts, plusieurs messages importants sont présents dans ce travail.

La France n'a pas et n'a jamais eu de vraie politique de prévention en matière de santé. Elle s'est attachée pendant de longues années à perfectionner la qualité de son système de soins et à proposer le meilleur accès aux soins possible et elle y a réussi. Mais sans nier l'importance capitale et indéniable de la démarche curative, il faut impérativement envisager de marcher sur deux jambes : le curatif et le préventif. Or, notre pays n'a pas de culture de la prévention et votre rapport doit être considéré comme un plaidoyer pour que nous développions une nouvelle attitude.

Certes, une politique efficace de prévention passe par l'expression réelle d'une volonté politique affichée par les décideurs. Cette volonté politique ne doit pas être conditionnée par la seule recherche d'économie financière, mais par le souhait d'apporter le meilleur mieux-être possible à nos concitoyens. L'accès à la prévention comme l'accès aux soins est un enjeu central de la réduction des inégalités sociales. La loi de mars 2002 et le projet de loi de santé publique actuellement en discussion sont des signes encourageants qui vont dans le bon sens, mais attention ! Il n'est pas suffisant de créer des structures nouvelles - souvent supplémentaires - pour penser réussir et croire avoir gagné. L'amélioration de la santé ne peut s'effectuer que par la mobilisation de l'ensemble des acteurs institutionnels associés aux populations concernées autour d'objectifs clairement définis et expliqués.

Cette culture de la prévention ne prendra corps que lorsque tous les acteurs participeront réellement à la démarche et que s'installera une véritable politique de pédagogie répétitive. A ce sujet, je voudrais souligner la place et le rôle des médias. Ils sont un des principaux acteurs de notre société. Leur pouvoir est considérablement étendu pour le meilleur et pour le pire. Ils doivent être intégrés et s'intégrer dans les démarches préventives. Une réflexion commune et un travail solidaire doivent être impérativement menés avec eux.

L'Etat doit encourager l'éclosion et le développement de cette politique de prévention qui reste une œuvre au long terme. Il doit surtout lutter contre la dispersion des acteurs et des actions. Il doit favoriser la cohérence des projets, la coordination des acteurs, la synergie des actions et des moyens, le renforcement de la coordination sanitaire et sociale. Si la multiplicité des acteurs et des travaux

engendre une déperdition d'énergie et une absence d'efficacité, une gestion organisée doit en faire une force.

Parler de la prévention, c'est aborder le problème de la responsabilité. Certains veulent opposer la responsabilité collective et la responsabilité individuelle en orientant selon les cas, les réflexions et les solutions éventuelles plus dans un sens que dans l'autre. C'est un faux débat. La société a des devoirs auxquels elle se doit de ne pas se soustraire mais l'individu doit aussi assumer certaines responsabilités et obligations. Les actions proposées doivent porter sur les deux aspects collectif et individuel.

L'efficacité d'une bonne politique de prévention en matière de santé repose sur plusieurs items :

- les populations à risque doivent être bien ciblées et il faut leur permettre le meilleur accès possible aux outils et messages de prévention ;
- la politique de prévention à mener doit être globale, associant prévention et soins ;
- cette politique doit s'appuyer sur une démarche de proximité, seule démarche qui permettra de véhiculer le plus efficacement possible les messages adaptés. Il faut souligner ici l'intérêt de deux outils indispensables : la consultation de prévention chez le médecin généraliste, la médecine générale libérale représentant un exemple type de maillage de proximité sur le terrain, et le dossier médical unique, de la naissance à la mort, dossier qui devrait être demain une source inestimable de données épidémiologiques ;
- une évaluation organisée des actions entreprises doit être intégrée ; c'est une étape indispensable à la définition des priorités de la politique menée.

Vous nous avez dressé un constat réaliste et proposé quelques clés de réussite future : je voterai positivement cet avis ».

Groupe de l'UNAF

Le groupe de l'UNAF remercie le rapporteur, notre collègue Guy Robert, pour l'important travail accompli sur la prévention en matière de santé. Le bilan de la politique de prévention dans notre pays est extrêmement contrasté et a fait apparaître un manque de lisibilité dans les politiques menées et dans les champs d'intervention des différents acteurs, une coordination insuffisante dans la tenue des actions, une mauvaise adéquation entre les messages délivrés et les cibles visées, mais surtout, une absence criante de moyens. Le *« droit à la santé »*, perçue comme bien-être physique, psychique et environnemental, impose la prise en compte de déterminants non seulement sanitaires, mais aussi économiques et sociaux.

La prévention est un investissement pour l'avenir, car nos modes de vie et nos comportements en matière de santé aujourd'hui conditionnent notre état physique de demain. Le groupe de l'UNAF soutient le rapporteur lorsqu'il insiste sur la prise de conscience nécessaire d'une démarche active de prévention, lorsqu'il propose d'y associer la participation des citoyens et de la société civile, et lorsqu'il souligne la responsabilité partagée de tous les acteurs concernés par la santé, en particulier de chaque personne qui doit se reconnaître comme premier responsable de la gestion de son capital-santé.

La responsabilité en matière de santé doit s'accompagner de responsabilité en matière de comportements et de consommation dans la vie courante, d'équilibre alimentaire et d'hygiène de vie, mais aussi en matière de relations avec les professionnels de santé. Il convient de rappeler que les conditions de vie familiale, le logement, l'environnement, la gestion des temps, constituent des axes sur lesquels nos associations familiales agissent au plus près du terrain, dans une conception réaliste de la prévention en matière de santé dans la famille.

L'institution scolaire est également un lieu-clé d'éducation à la responsabilité en matière de santé et de prévention, dans le discours pédagogique et le contenu des enseignements donnés, par la réorganisation nécessaire d'un service de santé scolaire cruellement déficient, l'adaptation des locaux et l'organisation de conditions de vie favorables au bien-être et à la préservation de la santé en milieu scolaire.

Ainsi, la coopération de tous les acteurs doit être recherchée et le dialogue facilité pour permettre à chacun de se construire comme acteur de sa propre santé. Il convient aussi de souligner le rôle des médias dans la diffusion d'informations scientifiquement validées et la proposition de modèles comportementaux raisonnables en matière de santé. Le groupe de l'UNAF rejoint le rapporteur sur ce point.

Cependant, l'Etat ne saurait être exonéré de sa responsabilité majeure en matière de politique de santé. Notre groupe regrette que certains des objectifs de la loi du 4 mars 2002, en particulier les actions à mener sur la prophylaxie, l'identification des facteurs de risques, les programmes de vaccination et les dépistages des maladies, n'aient pas fait l'objet d'une réflexion de notre section. Il est vrai que le gouvernement n'a pas souhaité saisir notre assemblée en amont de sa délibération.

Reconnaissant la qualité pédagogique des propositions contenues dans l'avis pour créer le climat de *« prévento-conscience »* qu'il convient de promouvoir à tous les échelons de responsabilité, le groupe de l'UNAF s'est prononcé en faveur de l'avis.

Groupe de l'UNSA

En matière de santé, la prévention, ce n'est pas ce que la France fait le mieux. Prise de conscience tardive, pour les risques collectifs comme pour les risques individuels, absence de politique cohérente assortie d'une volonté, d'une continuité, d'une évaluation. Face à cette irrésolution, se sont développées des initiatives aux acteurs disparates (Mutualité, régimes divers de sécurité sociale, associations multiples, médecins du travail, employeurs…), initiatives sectorielles sans coordination entre elles.

Les pouvoirs publics eux-mêmes, quand ils ont fait de la prévention, ont manifesté la même disharmonie : enchevêtrement des actions, discontinuité, responsabilités mal définies, absence de suivi et d'évaluation, manque de moyens. S'y ajoutent les freins à une éventuelle politique de prévention que constituent des lobbies puissants - lobby de l'alcool, industrie automobile, industrie du tabac, par exemple - d'autant plus forts que l'action de prévention impréparée relève de l'improvisation à effet de communication : on le voit aujourd'hui avec la hausse brutale du prix des cigarettes.

Le rapport est disert à ce sujet. Du coup, on attendait que l'avis propose des clarifications résolues, des innovations énergiques. On reste sur sa faim. Les choses sont aussi complexes et embrouillées à l'arrivée qu'au départ. C'est le principal défaut du projet d'avis.

N'était cette faiblesse, l'avis est bon. L'observation que « *meilleurs sont les soins, plus s'impose et importe la prévention* » est pertinente et même fertile en initiatives potentielles. De même, on ne peut qu'approuver la définition de la prévention « *qui doit s'envisager par rapport à la santé et au bien-être et non plus par rapport à la maladie* ». Elle doit réduire les risques subis collectivement et ceux liés aux comportements en assurant l'intégrité physique et mentale de chacun.

Aussi, la prévention passe-t-elle par l'éducation à la santé. L'avis y consacre fort justement une large place. L'école en est un lieu privilégié. Quel impact auront les propositions raisonnables de l'avis qui nécessitent un renforcement des personnels de santé dans l'éducation, une amélioration de la médecine scolaire, quand, aujourd'hui, le Sénat, prenant le relais des intentions initiales du gouvernement, veut que l'Etat s'en débarrasse ? Sait-t-on que, pour 2004, le budget prévoit des ouvertures d'établissements scolaires nouveaux, mais zéro création de postes de médecins, d'infirmières et d'assistants sociaux ? Qui fera l'éducation à la prévention ?

Le problème est analogue s'agissant de la médecine du travail, qui devrait avoir une importante fonction de prévention et qui a beaucoup de difficultés à l'accomplir du fait de l'insuffisance de ses moyens.

Les observations sur l'utilité d'intégrer soins et prévention, l'intérêt d'une action véritablement interministérielle, ou de coordonner le sanitaire et le social sont justes et pas franchement novatrices.

L'observation sur l'importance des déterminants économiques et sociaux sur la santé (moyens de subsistance, logement, etc.) est tout à fait pertinente mais ne débouche pas sur des propositions.

Le développement sur l'évaluation est judicieux : c'est en France, ce qui fait le plus défaut. Il est bien de signaler que « *c'est dans la phase d'élaboration des objectifs que doit être donnée une définition précise et opérationnelle des indicateurs de suivi disponibles ou à construire* ».

Pour l'essentiel, nous partageons ce qui est dit ; rien ne nous gêne vraiment dans les propositions de cet avis. C'est pourquoi l'UNSA l'a voté. Sans enthousiasme. Le sujet, surtout aujourd'hui, aurait mérité un engagement plus déterminé et le choix de priorités clairement définies.

ANNEXE A L'AVIS

SCRUTIN

Scrutin sur l'ensemble du projet d'avis

Nombre de votants.....*158*

Ont voté pour.....*158*

Le Conseil économique et social a adopté

Ont voté pour :

Groupe de l'agriculture - MM. Baligand, Pierre Bastide, de Beaumesnil, de Benoist, Ducroquet, Ferré, Girardi, Giroud, Mme Gros, MM. Patria, Rousseau, Salmon, Sander, Schaeffer, Szydlowski, Thévenot, Vasseur.

Groupe de l'artisanat - Mme Bourdeaux, MM. Delmas, Gilles, Kneuss, Lardin, Perrin, Teilleux.

Groupe des associations - MM. Jean Bastide, Coursin, Mmes Mengin, Mitrani.

Groupe de la CFDT - Mmes Azéma, Blassel, MM. Boulier, Denizard, Heyman, Mme Lasnier, M. Lorthiois, Mme Lugnier, M. Moussy, Mme Paulet, MM. Quintreau, Rousseau-Joguet, Toulisse, Vandeweeghe.

Groupe de la CFE-CGC - MM. Bonissol, Chaffin, Fournier, t'Kint de Roodenbeke, Sappa, Mme Viguier, M. Walter.

Groupe de la CFTC - MM. Deleu, Naulin, Michel Picard, Vivier.

Groupe de la CGT - M. Alezard, Mmes Bressol, Crosemarie, MM. Decisier, Forette, Mmes Geng, Hacquemand, M. Larose, Mme Lemoine, MM. Manjon, Rozet.

Groupe de la CGT-FO - MM. Bailleul, Gamblin, Mmes Hofman, Monrique, M. Pinaud, Mme Pungier, M. Reynaud.

Groupe de la coopération - MM. Ducrotté, Grave, Marquet, Segouin, Verdier.

Groupe des entreprises privées - MM. Bernard Boisson, Cerruti, Chesnaud, Michel Franck, Pierre Gauthier, Ghigonis, Joly, Kessler, Lebrun, Leenhardt, Noury, Pellat-Finet, Roubaud, Séguy, Pierre Simon, Didier Simond, Talmier, Tardy, Trépant.

Groupe des entreprises publiques - MM. Ailleret, Brunel, Mme Cotta, MM. Gadonneix, Martinand, Vial.

Groupe des Français établis hors de France, de l'épargne et du logement - MM. Cariot, Dehaine, Gérard, Mme Rastoll.

Groupe de la mutualité - MM. Caniard, Chauvet, Davant.

Groupe de l'outre-mer - Mlle Berthelot, Mmes Jaubert, Mélisse, M. Paturel, Mme Tjibaou.

Groupe des personnalités qualifiées - MM. Bennahmias, Bichat, Bonnet, Brard, Mmes Braun-Hemmet, Brunet-Léchenault, MM. Debout, Dechartre, Duharcourt, Mme Elgey, MM. Fiterman, Gentilini, Mmes Guilhem, Le Galiot-Barrey, Lindeperg, MM. Maffioli, Motroni, Mme Pailler, MM. Pasty, Piazza-Alessandrini, Pompidou, Didier Robert, Roussin, Schapira, Steg, Mme Steinberg, MM. Taddei, Teulade, Mme Wieviorka.

Groupe des professions libérales - MM. Chambonnaud, Guy Robert, Salustro.

Groupe de l'UNAF - MM. Billet, Bouis, Brin, Edouard, Guimet, Laune, Mmes Lebatard, Marcilhacy, Petit, M. de Viguerie.

Groupe de l'UNSA - MM. Barbarant, Martin-Chauffier, Masanet.

RAPPORT

présenté au nom de la section des affaires sociales
par M. Guy Robert, rapporteur

Le 9 juillet 2002, le Bureau du Conseil économique et social a confié à la section des affaires sociales, la préparation d'un rapport et d'un projet d'avis sur *« La prévention en matière de santé »*.

La section a désigné M. Guy Robert comme rapporteur.

*
* *

Pour parfaire son information, la section a procédé à l'audition de :

- M. le professeur Maurice Tubiana, président de l'Académie nationale de médecine ;
- M. le professeur Roland Sambuc, vice-président du Haut Comité de la santé publique ;
- M. Hervé Treppoz, médecin-conseil à la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) ;
- M. Michel Depinoy, directeur-adjoint de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ;
- M. Marc Brodin, ancien président de la Conférence nationale de santé ;
- M. le professeur Lucien Abenhaim, ancien directeur général de la Santé ;
- M. Bertrand Garros, directeur des « *stratégies santé* », Fédération nationale des Mutuelles de France ;
- M. Michel Régereau, vice-président de la commission santé-prévention de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;
- M. Christian Schoch, directeur du département des politiques de santé de la CNAMTS.

En outre, le rapporteur s'est entretenu avec plusieurs personnalités dont la liste se trouve en annexe 1.

M. Guy Robert remercie vivement toutes ces personnalités. Ses remerciements vont également aux membres et à l'administration de la section des affaires sociales pour leur appui précieux pendant toute l'élaboration de ce rapport.

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années le Conseil économique et social a mené une réflexion sur différents aspects de la prévention en matière de santé. Ainsi, le rapport sur *« L'éducation pour la santé »* présenté par M. Emile Lévy en 1982, celui sur « *La santé scolaire et universitaire »*, présenté par M. Jacques Beaupère en 1990, l'étude présentée par la section des affaires sociales sur « *Le suicide »*, sur le rapport de M. Michel Debout en 1993, et le rapport « *Prévention et soins des maladies mentales »*, présenté par M. Pierre Joly en 1997 ont chacun amené un éclairage sur une dimension particulière de la prévention.

L'intérêt était grand pour le Conseil économique et social d'élargir son approche sur la place et les enjeux de la prévention en matière de santé. L'apparition du sida, ou les crises sanitaires récentes, notamment celle due à la canicule de l'été 2003, ont fait prendre conscience à la population et aux responsables politiques et sociaux de la nécessité renouvelée d'une approche des enjeux de santé publique en terme de prévention. De surcroît, la France connaît une forte mortalité évitable, qui traduit l'importance des comportements à risque : déséquilibres alimentaires, tabagisme - en augmentation dans la population féminine -, consommation excessive d'alcool, accidents de la circulation. L'obésité, notamment, augmente dangereusement chez les jeunes. Cette situation plaide en faveur d'une politique de prévention active en ces domaines[2].

Il existe, d'ailleurs, de la part de la population, une réelle demande d'information et de prévention. Si les deux tiers des Français estiment, selon une étude récente[3], qu'*« en France, on fait ce qu'il faut pour la prévention des maladies »*, l'attente reste forte en matière de prévention. Vis-à-vis des risques sanitaires, les trois quarts d'entre eux déplorent qu'*« on ne contrôle pas ce que l'on a dans son assiette et que cela aura des conséquences graves à terme »* et ont le sentiment que *« l'Etat ne contrôle pas assez ce qui se passe »*. Cette exigence de protection de la part du public peut apparaître contradictoire au regard de la persistance de comportements à risques. Elle est en réalité légitime et conforme à la notion ancienne et centrale de l'Etat protecteur dans le contrat qui lie les pouvoirs publics et les citoyens. En outre, de nombreuses études sociologiques ont établi que la plupart des groupes sociaux ont pris conscience de l'importance des comportements individuels dans le déclenchement des maladies[4].

---

[2] InVS, *La mortalité prématurée en France* Bulletin épidémiologiste hebdomadaire du 8 juillet 2003, n° 30-31/ 2003.

[3] DREES, S*anté, famille, protection sociale, exclusion : les opinions des Français de 2000 à 2002,* Etudes et résultats, n°223, mars 2003.

[4] *Quelles sont les attentes de la société ?* in *Les politiques de prévention*, les dossiers de l'Institut d'études des politiques de santé, Médecine-Sciences Flammarion, 2003.

Comme l'a souligné le Bureau du Conseil économique et social dans sa lettre de saisine, la prévention occupe depuis le développement de la médecine moderne une place secondaire dans le système de santé français, qui s'est constitué autour d'une démarche essentiellement curative. Longtemps, en effet, notre société s'est plus intéressée à la médecine qu'à la santé. La préoccupation majeure était davantage d'assurer un accès aux soins le plus largement ouvert, que de favoriser une culture de prévention. Pourtant, l'amélioration de la qualité des soins, loin de rendre la prévention inutile, la rend au contraire encore plus nécessaire : c'est parce que la durée de vie s'allonge qu'il importe de prévenir l'apparition de maladies chroniques ; on meurt beaucoup moins d'une pneumonie, et beaucoup plus du cancer du poumon[5]. Au demeurant, le préventif et le curatif sont de plus en plus étroitement associés avec l'essor des examens, notamment biologiques et radiologiques, et des traitements à visée préventive.

Mais la prévention doit se penser autrement que par rapport au seul système des soins. Elle s'efforce, en effet, de répondre à une double finalité : d'une part, assurer l'intégrité physique et mentale et développer les capacités vitales de chaque individu, d'autre part, réduire les menaces que font peser sur les individus et les groupes, leurs environnements physique, psychologique et social. Elle vise, en effet, à réduire les risques liés aux comportements, mais aussi les risques subis collectivement ; elle ne peut être considérée comme un champ particulier de la politique de santé publique, et doit s'appuyer sur de nombreuses autres politiques publiques : le processus de santé de chaque individu est l'enchevêtrement complexe entre les diverses influences de son héritage génétique, de ses conditions de travail et de ses habitudes de vie, et de son environnement. Le dépistage, centré sur un risque de santé, fait appel à des professionnels de la santé et s'organise dans le système de soins. L'éducation à la santé, en revanche, n'est pas l'apanage des seuls professionnels de santé, et fait appel à des intervenants multiples, issus des milieux éducatifs et sociaux ; les médias ont par ailleurs un rôle essentiel dans ce domaine.

L'importance des inégalités sociales en matière de santé vient rappeler l'influence de l'environnement social sur la santé, et donc la nécessité de lier les actions de prévention à une approche sociale. En matière de santé, et tout particulièrement de santé mentale, la plupart des facteurs en cause échappent au domaine sanitaire et relèvent de l'action sociale, entendue au sens le plus large du terme.

Une réflexion sur la prévention en matière de santé apparaît donc très ambitieuse. Envisager l'homme dans sa globalité d'être à la fois physique, psychologique et social permet de déployer l'horizon immense de la prévention en matière de santé.

---

[5] Audition, le 8 janvier 2003, du professeur Maurice Tubiana, président de l'Académie nationale de médecine, devant la section des affaires sociales du Conseil économique et social.

La prévention doit se penser aujourd'hui dans le cadre d'une promotion de la santé et s'envisager par rapport à la santé et non plus par rapport à la maladie ou au risque, comme au temps de l'hygiénisme où prévalait l'esprit de paternalisme moralisateur et dogmatique. La santé est en effet devenue une valeur sociale centrale, identifiée à l'accomplissement personnel et même au bonheur. Cette évolution est également liée à la transition épidémiologique, marquée par la raréfaction des maladies infectieuses, traitées et éradiquées par les vaccinations et les antibiotiques, ainsi que par la prédominance des maladies cardiovasculaires et du cancer parmi les causes de mortalité. La prévention doit désormais s'attacher à rendre l'individu acteur de sa propre santé. Pour autant, elle doit prendre en compte le fait que l'attrait pour l'interdit et pour le risque existe. Le philosophe Canguilhem affirmait que c'est la caractéristique de l'homme en bonne santé, à la différence du malade, de pouvoir prendre des risques et de faire des écarts ; la santé ne peut être associée à une norme, elle est, au contraire, la capacité à s'adapter et à répondre à une agression par des nouvelles normes[6].

L'étendue et la complexité du sujet font que le présent rapport ne peut, de toute évidence, prétendre à l'exhaustivité. Ainsi, il n'aborde pas certains enjeux importants, tels les risques environnementaux, la médecine prédictive, les maladies nosocomiales ou la sécurité routière. Ceux-ci, s'ils entrent dans le domaine de la prévention en matière de santé, sont des champs qu'il faut cerner dans leur spécificité afin de mieux les intégrer dans une politique globale. Il en est de même du rôle de l'éducation dans l'alimentation, qui vient de faire l'objet d'une étude de la section de l'Agriculture et de l'alimentation adoptée par le Bureau le 28 octobre 2003.

---

[6] *« L'homme ne se sent en bonne santé - qui est la santé - que lorsqu'il se sent plus que normal - c'est-à-dire adapté au milieu et à ses exigences- mais normatif, capable de suivre de nouvelles normes de vie. »* Canguilhem ajoute plus loin : *« Contre certains médecins trop prompts à voir dans les maladies des crimes, parce que les intéressés y ont quelque part du fait d'excès ou d'omissions, nous estimons que le pouvoir et la tentation de se rendre malade sont une caractéristique essentielle de la physiologie humaine. Transposant un mot de Valéry, nous avons dit que l'abus possible de la santé fait partie de la santé. » Le normal et le pathologique,* P.U.F.

CHAPITRE I :

HISTORIQUE ET APPROCHES DE LA PRÉVENTION

I - QUELQUES ÉLÉMENTS D'HISTOIRE

A - LA MÉDECINE EMPIRIQUE ET LA LUTTE CONTRE LES MALADIES CONTAGIEUSES (ANTIQUITÉ ET MOYEN-AGE)

L'un des plus grands fléaux de l'Antiquité et du Moyen-Age fut sans aucun doute la survenue d'épidémies, la lèpre, la peste et le typhus essentiellement, qui décimaient et terrorisaient les populations. Face à ces épidémies récurrentes, l'homme a cherché des explications, qui pourraient nous paraître aujourd'hui aberrantes, et qui ont généré des mesures de prévention, individuelles ou collectives.

Les textes les plus anciens remontent au IIIème millénaire avant notre ère. Les Mésopotamiens y liaient la maladie à la volonté de dieux, d'où la nécessité de les apaiser par des rituels : la prévention y était uniquement magique. Tout porte à penser que ce type de prévention archaïque était à cette époque l'apanage de l'ensemble des civilisations[7]. Puis, à force d'observations, des liens de causalité plus ou moins pertinents ont pu être établis, aboutissant à des mesures de prévention.

C'est à la lutte contre la lèpre que l'on doit les premières mesures de prévention collective. Généralement à la suite d'une dénonciation, la personne accusée d'être lépreuse passait devant une commission composée, selon les époques et les lieux, d'ecclésiastiques, de laïcs ou de lépreux à qui il incombait de déterminer si la personne était saine ou malade. Au Moyen-Age, le lépreux ou « *mésel* » était exclu de la communauté des fidèles et de toute vie sociale. Enfermé dans des léproseries, il ne pouvait qu'exceptionnellement en sortir, et ce au prix de nombreuses contraintes : les portes des villes lui étaient fermées, il devait porter des vêtements distinctifs, signaler son approche par le bruit d'une cliquette, ne pouvait se baigner dans certaines rivières,... Puis la mise à l'écart s'étendit non plus aux seuls malades mais aussi aux possibles porteurs sains.

L'épidémie qui eut les conséquences les plus dramatiques d'un point de vue démographique sur la population française est sans aucun doute la peste noire du XIVème siècle (1347-1352). L'histoire de cette épidémie débuta en Crimée en 1346, à Caffa[8], comptoir de la République de Gênes qu'assiégeait Djanibeg, le Khan de la Horde d'or. Face à l'impossibilité de prendre le port, et devant faire face à une épidémie de peste qui décimait son armée, Djanibeg fut contraint de lever le siège. Avant son départ, il catapulta par-dessus les remparts

---

[7] Ruffié, Sournia, *Les épidémies dans l'histoire de l'homme : de la peste au sida*, Flammarion.
[8] Biraben, *La révolution contagieuse*, La Revue du Praticien, 2001.

des cadavres de pestiférés, que les Génois s'empressèrent de jeter à la mer. Cette mesure pleine de bon sens s'avéra néanmoins inefficace, et les galères qui quittèrent peu après Caffa emportèrent dans leurs flancs des puces et des rats porteurs des germes de la plus grande pandémie du Moyen-Age. L'épidémie suivit exactement les mouvements de populations et toucha tous les ports d'escale des galères jusqu'à Gênes, avant d'atteindre le sud puis le nord de la France, puis l'Angleterre et l'Allemagne et enfin la Pologne et la Russie, où elle ne s'éteignit réellement qu'en 1770[9]. Sur les vingt et un millions d'habitants que comptait la France au XIVème siècle, sept en périrent.

Face au vent de panique provoqué par la peste, la médecine de l'époque proposa deux théories explicatives :

- la théorie « *aériste* », qui se réfère aux canons d'Avicenne (Xème siècle), selon laquelle la propagation rapide de la peste s'expliquerait par la corruption de l'air provoquée par des vapeurs nocives émanant des charniers, des marais ou de la profondeur de la terre. Cette théorie admettait également que les gouttelettes de salive, le souffle et les objets ayant appartenu aux pestiférés transmettaient la maladie ;
- la théorie de Galien retenait quant à elle la notion de putréfaction : la peste se développerait sur des organismes présentant un déficit humoral avec excès de chaleur et d'humidité. Les mesures prophylactiques découlant de ces théories concernaient essentiellement l'air : il fallait fuir le pestiféré, l'empêcher de pénétrer dans les maisons, brûler ses vêtements et fuir les lieux de contagion, cette dernière consigne ayant en fait contribué à la propagation de la maladie.

A ces deux théories il convient d'ajouter une troisième, celle du châtiment divin. De grandes processions furent organisées partout en Europe. Il est intéressant cependant de noter que bien que cette théorie fût celle retenue par les autorités, la plupart de la population et de ses dirigeants adoptèrent les mesures de prophylaxie précédemment évoquées.

Cette épidémie de peste s'est donc trouvée à l'origine de nombreuses mesures de prévention individuelles. La crainte de sa résurgence est quant à elle à l'origine du premier embryon d'organisation et de coopération sanitaires au XVIIème siècle. Pour juger de son efficacité il est utile de préciser qu'au XVIIIème siècle, Marseille accueillit près de 17 000 navires, dont environ 150 étaient pestiférés, au sens où la peste avait tué au moins un matelot. Pour autant celle-ci ne se répandit dans la ville qu'une seule fois, en 1720, en raison d'ailleurs d'un non-respect de la réglementation[10]. Cette dernière incluait l'utilisation de nombreux lazarets (établissements dans lesquels étaient isolées

---

[9] Régnier, *Le vêtement et la peste*, La Revue du Praticien, 1996.
[10] Panzac, *Quarantaine et lazarets, l'Europe et la peste d'orient*, Edition Edisud.

les personnes en provenance de pays infectés par la peste) terrestres ou maritimes, l'emploi d'un personnel nombreux, et l'utilisation de l'armée.

Afin de réaliser une surveillance efficace des épidémies sur l'ensemble du territoire, et de les mettre en relation avec les observations météorologiques, Vicq d'Azir fonda en 1776 la Société royale de médecine. Une coopération internationale fut même instaurée avec la mise au point du système des patentes nettes et des patentes brutes ainsi que des échanges de courriers entre les bureaux sanitaires des ports. Il est intéressant de préciser que cette coopération se poursuivit même en période de conflits[11]. Ainsi, même en l'absence de cause identifiée de la maladie et de traitements efficaces, les Européens, grâce à des mesures préventives collectives empiriques, étaient pratiquement parvenus à se protéger de façon efficace contre ce fléau.

B - Le triomphe de l'hygiénisme et de la vaccination (du XVIIIème siècle à la seconde guerre mondiale)

1. L'hygiénisme

Du fait que l'on ne disposait que de peu de traitements efficaces pour lutter contre les maladies contagieuses, seul le respect de règles d'hygiène strictes pouvait permettre de juguler les épidémies. Le mouvement hygiéniste, qui ne prit forme qu'à partir de 1820, stipula que les maladies et les conditions sociales étaient négativement liées, et qu'une amélioration des conditions d'hygiène et de vie de la population réduirait l'incidence de certaines maladies[12]. Ce courant s'inscrivait en droite ligne des idées de la Révolution selon lesquelles l'Etat a une responsabilité dans la santé des citoyens. Dès 1802 avait été fondé à Paris le premier conseil de salubrité, dont le rôle était d'essayer de résoudre les problèmes sanitaires posés par l'exode rural vers la capitale. D'une manière générale, les hygiénistes s'intéressaient aux conséquences sanitaires de l'urbanisation et de l'industrialisation par le biais de l'étude des sources d'insalubrité urbaine : rivières, cimetières, denrées alimentaires... Leur théorie peut se résumer de la façon suivante : la contagion n'existe pas, seules la saleté et la pauvreté ainsi que les conditions climatiques étant à l'origine des épidémies.

Les hygiénistes sont à l'origine de deux réglementations : celle du travail des enfants en 1841, qui limitait la semaine de travail dans les manufactures à 48 heures pour les enfants de moins de 11 ans et à 72 heures pour ceux de moins de 13 ans et celle de la lutte contre les logements insalubres en 1850.

Deux tendances peuvent être distinguées dans ce mouvement :

- une tendance héritière de la Révolution, qui souhaitait que l'Etat légifère en vertu de sa responsabilité vis-à-vis de la santé des citoyens ;

---

[11] Lalande, *Sécurité et veille sanitaires : concepts, historique et évolution des structures et des doctrines*, Revue française des affaires sociales, juil-déc 1997.

[12] Bourdelais, *Les épidémies terrassées, une histoire des pays riches*, Ed. La Martinière.

- une tendance libérale, estimant que l'amélioration des conditions de vie des ouvriers irait de pair avec le développement, et prônant donc la responsabilisation individuelle plutôt que l'intervention de l'Etat.

Après l'épidémie de choléra de 1832 qui emporta près de 150 000 personnes en France, les hygiénistes préconisèrent des mesures d'assainissement urbain qui furent suivies par de nombreuses municipalités. Ainsi à Paris, dans la période qui suivit immédiatement l'épidémie, soixante-trois kilomètres de canalisation furent construits, et le nombre de fontaines fut quintuplé[13]. Les investissements municipaux dans l'assainissement et dans l'hygiène, jumelés avec les premières campagnes de vaccination, firent chuter la mortalité urbaine de façon importante. Ainsi, au Creusot, entre 1836 et 1860, période d'industrialisation, l'espérance de vie masculine était passée de 37 à 27 ans. Puis à partir de 1860 la ville entreprit une politique d'adduction d'eau, de sensibilisation de la population à l'hygiène et de lutte contre l'insalubrité. Dix ans plus tard l'espérance de vie avait retrouvé son niveau de 1836, preuve du bien-fondé des théories hygiénistes.

Ces mesures de prévention étaient essentiellement le fait d'initiatives locales. La loi de 1884 étendit même le pouvoir des municipalités en matière d'hygiène. Un grand nombre de médecins acquis aux théories hygiénistes ayant été élus à la tête des mairies, les premiers bureaux d'hygiène municipaux virent le jour, le premier au Havre en 1879. Cinq rôles principaux leur étaient dévolus : a surveillance par temps d'épidémie, l'entretien de la voirie et des égouts, la lutte contre les logements insalubres par des visites d'inspection visant à vérifier que les conditions d'hygiène imposées par la loi étaient bien respectées, l'assistance médicale et la protection des enfants.

Concrètement, l'un des premiers effets de la création de ces bureaux fut le renforcement du contrôle de la couverture vaccinale de la population. La cartographie des foyers d'épidémies permit d'identifier les quartiers à risques et de les assainir. Au-delà de l'isolement des malades contagieux et de l'exclusion de l'école des enfants atteints, les bureaux d'hygiène favorisèrent la création des centres d'analyse chimique et bactériologique municipaux.

L'absence de politique de santé publique nationale d'envergure, à cette époque, s'explique par des raisons culturelles. Il était en effet considéré en France que la diffusion des normes d'hygiène et de l'assistance étaient de la responsabilité du médecin. Aussi toute intervention publique massive fut-elle rejetée jusqu'en 1871 au nom du libéralisme et du maintien de l'ordre social. Et si les épidémies purent être jugulées au XVIIème siècle en partie grâce à l'intervention du pouvoir central, la lutte contre l'insalubrité au XIXème siècle fut menée quant à elle par les municipalités.

---

[13] Bourdelais, Raulot, *Une peur bleue : histoire du choléra en France 1832-1854*, Payot 1987.

La première grande loi de santé publique, la loi d'hygiène publique, ne fut votée qu'en 1902, après des années de débat. Elle obligeait notamment les villes de plus de 20 000 habitants à se doter d'un bureau d'hygiène municipal, mettait en place des dispensaires, offrait la possibilité de désinfecter les logements au phénol, afin de prévenir les épidémies de choléra, et rendait obligatoire la vaccination contre la variole. Des lois en matière d'hygiène avaient déjà été votées mais n'étaient la plupart du temps pas respectées. Ainsi la loi de 1850 sur l'insalubrité des logements ne fut réellement appliquée qu'avec la création des bureaux d'hygiène par les municipalités qui, à la suite de plaintes de locataires, dépêchèrent des inspecteurs sur place. Les raisons qui ont retardé le vote de la loi de 1902 étaient d'ordre économique : on se demandait combien allait coûter l'application des mesures prévues par la loi. Les raisons qui ont incité le pouvoir à faire voter une telle loi sont en partie liées à la demande grandissante des populations de pouvoir avoir accès aux soins. En une centaine d'années la médecine, par l'intermédiaire des hygiénistes et de la vaccination, avait accompli des progrès considérables et était passée du rang d'art à celui de science. Consciente de ces progrès et des bénéfices qu'elle pouvait en tirer pour sa santé, la population était désireuse de soins, notamment de vaccinations.

2. La vaccination

Les origines de la vaccination sont connues de façon imparfaite. Selon la légende, au quatrième siècle avant notre ère, Mithridate, roi du Pont, ingurgitait des doses croissantes de toxiques afin de se prémunir contre tout risque d'empoisonnement. Au XVIIème siècle, les Turcs avaient mis au point, grâce aux observations qu'ils avaient pu faire, le premier vaccin efficace contre la variole en prélevant des traces du contenu de pustules de cas modérés de variole et en les inoculant à des personnes saines. Le procédé fut rapporté en Angleterre par Lady Montagu, ambassadrice d'Angleterre à Constantinople, en 1718.

Bien que certaines pratiques d'immunisation fussent connues de longue date, le premier médecin à pratiquer une vaccination efficace et à grande échelle fut Jenner en 1798. Cette technique fut introduite en France dès 1800 par le duc de la Rochefoucault-Liancourt et se diffusa très rapidement au sein de la population. Bien que la nécessité d'une revaccination, connue depuis 1820, ne fût pas encore entrée dans les mœurs, la couverture vaccinale fut suffisante pour qu'aucune épidémie d'étendue ne puisse se développer jusqu'en 1860.

A cette époque, la politique française en matière de prévention vaccinale accusait un sérieux retard par rapport à ses voisins européens. La vaccination variolique, par exemple, avait été rendue obligatoire dès 1816 en Suède, alors qu'elle ne le fut qu'en 1902 en France. La revaccination avait d'ailleurs été fortement conseillée en Suède dès 1853. Il suffit, pour se convaincre des conséquences dramatiques de cette couverture inefficace, de comparer les décès par variole durant les guerres de 1870, soit avant la vaccination obligatoire, et de 1914-1918. Lors de la guerre de 1870, 600 000 soldats n'étaient pas vaccinés

contre la variole. 175 000 l'attrapèrent, 18 000 en moururent, et 200 000 personnes dans tout le pays. En 1914-1918 en revanche, sur les huit millions de soldats vaccinés, vingt-trois contractèrent la variole et un seul en mourut. L'absence de vaccination lors de la guerre de 1870 avait deux origines, l'une économique, les budgets dédiés à la vaccination étant dramatiquement insuffisants, l'autre culturelle, au nom de la liberté individuelle, chacun étant libre de ne pas se faire vacciner s'il le souhaite.

Si la découverte du vaccin contre la variole fut essentiellement le fruit d'observations empiriques, les découvertes suivantes résultèrent quant à elles d'expériences scientifiques basées sur les connaissances nouvelles en immunologie. Les principaux vaccins mis au point à cette époque sont les suivants : choléra des poules (Pasteur en 1880), charbon du mouton (Pasteur en 1881), rage (Pasteur en 1885), sérothérapie anti-diphtérique (Roux et Behring en 1890), typhoïde (Wright en 1896), peste (Haffkine en 1906), tuberculose (Calmette et Guérin en 1920).

Aussi efficace qu'elle ait pu paraître, la diffusion de la vaccination ne se fit cependant pas sans heurt ni sans drame. Dans de nombreux pays des voix s'opposèrent à la vaccination, mettant en doute son innocuité. En effet la pratique de la vaccination de bras à bras, pratiquée à l'origine, avait été notamment à l'origine de contaminations par syphilis. Les dénégations de beaucoup de médecins ainsi que leur obstination à ne pas reconnaître le risque encouru expliquaient qu'ils avaient été l'objet d'un certain discrédit dont comptaient bien profiter les opposants à la vaccination. La contestation fut particulièrement forte dans les pays du nord de l'Europe qui avaient des programmes de vaccinations obligatoires développés. En France, les opposants à la vaccination firent échouer en 1880 un projet de loi voulant rendre obligatoire la vaccination contre la variole.

C - L'ESSOR DE LA MÉDECINE CURATIVE

Le XXème siècle marque l'avènement de la médecine dite curative. En effet, des progrès importants avaient été accomplis jusqu'alors, essentiellement au siècle précédent, dans la lutte contre l'apparition des maladies (asepsie, antisepsie, vaccination). Désormais, avec l'apparition des antibiotiques, il devint possible de traiter efficacement à peu près toutes les infections.

Un premier pas fut franchi avec la découverte de sulfamides par Domagk en 1935. Cette découverte fut rendue possible grâce aux travaux de Ehrling sur les colorations. Neveu d'un fabriquant de colorants, celui-ci remarqua que certains d'entre eux avaient des propriétés bactéricides et eut l'idée de les utiliser comme agents thérapeutiques. Après avoir testé plus de six cents colorants différents, il s'aperçut que le six cent sixième avait des propriétés curatives sur les lapins infectés par la syphilis. Le premier traitement syphilitique efficace, à base d'arsenic, vit le jour en 1912. L'utilisation des sulfamides, découverts sur la base des travaux de Ehrling, fit quant à elle chuter la mortalité par pneumonie de

20 à 5 %. Le spectre d'action des sulfamides est cependant restreint. Ils sont en effet inefficaces sur le bacille de Koch, la syphilis et le staphylocoque.

La découverte par Flemming de la pénicilline, dont la première utilisation industrielle eut lieu en 1943, a marqué le début de la révolution thérapeutique. Cette molécule est en effet efficace sur les deux grandes maladies infectieuses de la première moitié du XXème siècle : la syphilis et la tuberculose. D'autres antibiotiques vinrent rapidement compléter l'arsenal anti-infectieux : la streptomycine en 1944, les cyclines en 1948,... La mortalité par maladie infectieuse, qui avait diminué de 20 % entre les deux guerres, chuta de 50 % entre 1945 et 1950 et encore de 50 % entre 1950 et 1960, pour ne plus représenter que 5 % des causes de décès. L'espérance de vie augmenta quant à elle de neuf ans entre 1945 et 1965.

Durant les *« Trente Glorieuses »* les politiques de santé ont essentiellement été dédiées à la construction d'hôpitaux et à la diffusion la plus rapide possible des nouvelles thérapeutiques : trois ans seulement séparent la première utilisation de la streptomycine dans un sanatorium du Minnesota en 1944 et sa première utilisation en France à l'hôpital Percy.

Les progrès en médecine n'ont pas été l'apanage des seules thérapies contre les maladies infectieuses. Toutes les disciplines ont été concernées. En cardiologie les troubles du rythme cardiaque ont été traités par pacemaker à partir de 1955, et en chirurgie cardiaque la première transplantation a été réalisée par Barnard en 1967. En hématologie les premières rémissions de leucémie ont été observées grâce à l'exsanguino-transfusion dès 1947. En néphrologie l'insuffisance rénale a été traitée par dialyse puis par greffe à partir de 1958[14]. Rappelons par ailleurs les progrès de l'imagerie médicale, qui ont permis notamment des progrès importants en matière de prévention (radiographie, radioscopie…).

La médecine curative a connu alors son « âge d'or », et l'hôpital est devenu un lieu d'excellence, avec par exemple les premières greffes de rein. A la fin des années soixante beaucoup pensaient avoir éradiqué des pays industrialisés les maladies infectieuses. L'émergence de nouvelles maladies et l'apparition de souches résistantes aux antibiotiques ont entraîné une remise en cause de ce système centré exclusivement sur le curatif.

D - LA REMISE EN CAUSE DE LA VISION PUREMENT BIOMÉDICALE

Face à ces progrès spectaculaires, la prévention était devenue le parent pauvre de la nouvelle médecine. Plusieurs facteurs ont ensuite contribué à lui redonner une place dans la stratégie thérapeutique.

a) Le développement de l'épidémiologie, dans les années soixante, a permis d'identifier des facteurs de risques de maladies contre lesquelles on disposait de peu de moyens thérapeutiques, notamment le cancer. Ainsi l'étude

[14] Halioua, *Histoire de la médecine*, Masson 2001.

des registres de mortalité a permis d'établir un lien irréfutable entre le tabagisme et le cancer du poumon. L'OMS a pu en 1970 qualifier le tabac d'« *instrument de mort* », et l'on sait aujourd'hui que plus de 90 % des cancers du poumon sont liés au tabac[15]. Les responsables politiques et les médecins disposent désormais, grâce à l'épidémiologie, d'un outil intéressant pour guider les politiques de prévention.

b) De nouvelles maladies, contre lesquelles les antibiotiques sont inefficaces, sont apparues, comme le sida au début des années quatre-vingts, qui est survenu dans un contexte où l'Europe n'avait plus connu de grande épidémie depuis la grippe espagnole de 1918. Face à une maladie dont on ignorait tout, les médecins et les pouvoirs publics se sont trouvés désemparés. La réaction face à ce fléau a néanmoins été exemplaire puisque moins de dix ans se sont écoulés entre la découverte des premiers cas et la mise au point des premiers traitements, efficaces mais non curatifs. Devant l'absence de traitement curatif, seule la prévention peut contenir l'épidémie. Ainsi, une politique de prévention et d'éducation pour la santé de grande envergure devrait être mise en place afin, non seulement d'instruire la population des modes de contamination, mais aussi de changer les comportements, concernant notamment l'utilisation du préservatif.

L'éducation pour la santé n'a cependant pas vu le jour avec l'épidémie de sida, même si elle lui doit sa renaissance actuelle. Dès 1865 en effet une loi rendant obligatoire l'enseignement de l'hygiène dans les écoles avait été votée[16]. L'alcool étant le grand fléau social de la fin du XIXème siècle, un décret de 1897 introduisit la prévention de l'alcoolisme dans l'enseignement primaire. Des plaquettes au style volontairement dramatique furent présentées aux étudiants. La série « *Sus à l'alcool* » de 1898 reproduisait en une douzaine de plaques photographiques le drame classique de la déchéance alcoolique : le père de famille entraîné par ses collègues au cabaret où, sous l'emprise de l'alcool, il commettait un crime avant de mourir d'un delirium tremens, laissant sa femme et ses enfants sans logis et contraints à la mendicité[17]. La lutte contre l'alcoolisme fut supplantée après la première guerre mondiale par la lutte contre la syphilis et la tuberculose. Après la mise au point de traitements efficaces contre ces deux maladies le champ de l'éducation pour la santé se déplaça après guerre vers la lutte contre le tabagisme et vers la prévention des risques individuels, sans rencontrer de réel soutien de la part des institutions politiques.

---

[15] Murard, Zylbreman, *Le tabagisme, fléau subi et non affronté (1950-1975),* La Santé de l'homme, n° 362, novembre-décembre 2002.

[16] Roussille, *Soixante ans d'éducation pour la santé,* La Santé de l'homme, n° 362, novembre-décembre 2002.

[17] Lefèbvre, *Aspects négligés de l'iconographie anti-alcoolique : plaques de verre et films fixes,* La Revue du praticien, 2002.

c) L'apparition dès les années soixante-dix de souches résistantes aux antibiotiques a contraint les médecins à s'interroger sur leurs pratiques médicales (respect des règles d'asepsie) et thérapeutiques (bon usage des antibiotiques). Le taux d'infection nosocomiale, proche de 7 %, a alerté les pouvoirs publics et la population, dont la confiance absolue en l'hôpital commençait à évoluer. Des comités de lutte contre les infections nosocomiales, chargés de surveiller l'apparition de ces infections et donc de vérifier les pratiques médicales, ont ainsi vu le jour en 1988.

d) La nécessité de maîtriser les dépenses de santé s'est faite ressentir. Les différentes réformes du système de santé ont toutes eu pour volonté, à partir du choc pétrolier de 1973, de freiner la croissance de ces dépenses. Après une tentative de limitation des dépenses de l'assurance maladie (augmentation du ticket modérateur, planification sanitaire, budget global) jusqu'en 1996, les pouvoirs publics ont essayé de mettre en place une politique de rationalisation des dépenses où la prévention, perçue comme un moyen d'éviter des dépenses de santé en prévenant la survenue de la maladie, occuperait une place de premier choix.

e) Les mentalités ont par ailleurs évolué. Perçu parfois comme un sorcier ou comme un charlatan aussi bien dans l'Antiquité qu'au Moyen-Age, puis comme un homme de science respecté, notamment au cours des deux derniers siècles, le médecin tend au XXIème siècle à être considéré davantage comme un prestataire de service qui doit informer et rendre compte de ses actes, comme le montre le vote de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. La très grande fiabilité des techniques médicales rend la survenue d'effets indésirables plus rare et moins facilement acceptée qu'auparavant. Les patients ont des exigences croissantes en matière de sécurité dans le domaine de la santé. Les exigences se sont parfois manifestées sous la forme d'une judiciarisation excessive, notamment parce que, jusqu'à la loi du 4 mars 2002, l'indemnisation d'un éventuel préjudice était liée à la démonstration d'une faute. Le nouveau dispositif législatif sur l'aléa thérapeutique, au-delà de l'amélioration apportée aux victimes d'un préjudice, doit contribuer à la prise de conscience qu'il n'existe pas d'acte thérapeutique, préventif comme curatif, sans risque.

E - L'ÉMERGENCE RÉCENTE DU PRINCIPE DE PRÉCAUTION

Les drames du sang contaminé et de l'hormone de croissance comme la crise de la vache folle sont venus rappeler, de façon spectaculaire, qu'en matière de santé, la préoccupation de sécurité ne peut être reléguée au second plan, que fautes et risques thérapeutiques peuvent ruiner les acquis d'un système réputé efficace et provoquer de véritables tragédies. Le principe de précaution viendrait alors répondre aux défaillances de la prévention. La demande de précaution, de la part de la population, est, dans cette optique, l'expression d'une méfiance à l'égard des élites, surtout politiques, et, dans une moindre mesure, scientifiques. La prévention, entendue comme forme d'action collective fondée sur la

connaissance scientifique des risques, est, en effet, apparue comme insuffisante, voire inacceptable, car trop lente. Aussi, il semble nécessaire que les risques soient évités plus en amont de la décision. Ce sont par conséquent les risques potentiels, et non simplement avérés comme dans le cas de la prévention, qui constituent le champ de la précaution, puisque celle-ci cherche à anticiper les risques. La précaution est donc une démarche qui repose en premier lieu sur la définition d'hypothèses de risques, de « *risques de risques* ». Les probabilités en matière respectivement de prévention et de précaution ne sont donc pas de même nature. Dans le cas de la prévention, la dangerosité est établie, il s'agit de la probabilité de l'accident. Dans le cas de la précaution, il s'agit de la probabilité que l'hypothèse soit exacte. Cependant, les risques potentiels, en dépit de leur caractère hypothétique, peuvent avoir une probabilité de réalisation élevée[18]. Ainsi, en matière d'environnement, les risques de pollution nucléaire qu'entraîne l'exploitation de centrales électriques relèvent de la prévention : ils sont connus et ont malheureusement été expérimentés, notamment avec la catastrophe survenue à Tchernobyl. En revanche, les risques relatifs au stockage des déchets de longue durée sont mal connus. Ils n'ont fait, par définition, l'objet d'aucune expérience. Ils relèveraient donc de la précaution.

Si la précaution est inséparable du processus même de constitution de la connaissance, de cet entre-deux du savoir et de l'ignorance qu'est la recherche elle-même, il apparaît néanmoins que le principe de précaution rend légitime la rupture du lien entre la connaissance scientifique et la décision face au risque. Deux citations sont fréquentes à ce propos. La première, qui accompagne la loi du 2 février 1995, dite « *loi Barnier* », sur la protection de l'environnement, affirme que *« L'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques du moment ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles »*. La seconde est due au Conseil d'Etat dans l'affaire du sang contaminé : *« En situation de risque, une hypothèse non infirmée devrait être tenue provisoirement pour valide, même si elle n'est pas formellement démontrée »*. Comme a pu le souligner le professeur Lucien Abenhaïm, *« ces définitions sont en parfaite adéquation avec le paradigme de l'épidémiologie, et donc de la santé publique (…) Toute la tradition de la santé publique repose non pas sur la démonstration formelle d'hypothèses, mais bien sur l'adoption de mesures effectives de prévention en l'absence de certitude »*[19].

---

[18] Philippe Kourilsky et Geneviève Viney, *Le principe de précaution*, rapport au Premier ministre, octobre 1999

[19] *Nouveaux enjeux de santé publique : en revenir au paradigme du risque*, Revue française des affaires sociales, n° 1, janvier-mars 1999.

Snow n'a pas, en effet, attendu la certitude de la responsabilité de la pompe[20], ni la mise en évidence du vibrion cholérique pour prendre la *« mesure effective et proportionnée »* de faire fermer la pompe.

Il en ressort que le principe de précaution est tout le contraire d'une règle d'inaction ou d'abstention systématique. Au dicton « *Dans le doute, abstiens-toi* », le principe de précaution substitue l'impératif : « *Dans le doute, mets tout en œuvre pour agir au mieux* ». Le principe de précaution ne se confond pas non plus avec l'utopie du risque zéro : dans les faits, le principe n'est souvent mobilisé qu'à partir du moment où l'on commence à s'apercevoir du caractère hautement nocif en puissance d'un processus. Tel serait le cas pour l'accumulation des gaz à effet de serre et pour le changement climatique qui en découle potentiellement. Cette donnée concernant les gaz est une donnée acquise. La seule solution serait une réduction de ces concentrations à l'avenir, et donc une réduction du risque. Le risque zéro n'a donc ici aucun sens, puisque le processus est largement entamé[21]. L'hypothèse même du risque peut encore naître postérieurement à l'émergence du danger. C'est ainsi que, rétrospectivement, on a pu dater les premiers cas de sida post-transfusionnels à la fin des années 70, avant même l'identification des premiers cas de sida en 1983.

D'autre part, la plupart des situations comportent une marge incompressible de risques et l'application, même optimale, du principe de précaution, laissera, le plus souvent, subsister un risque résiduel qui sera jugé acceptable en raison des bénéfices attendus. Les analyses comparées risques/bénéfices et coûts/avantages des différents scénarios, y compris celui de faire ou de ne pas faire, sont donc essentielles. L'affaire du sang contaminé fournit ici encore un exemple : en 1983, le questionnement des donneurs de sang destiné à écarter de la collecte les individus à risque constituait une mesure de précaution typique. La Grande-Bretagne, où cette mesure a été appliquée, a connu 17 fois moins de contaminations que la France où elle ne l'a pas été, mais il y a eu néanmoins un certain nombre de cas. La mesure n'était pas efficace à 100 %, mais représentait un compromis jugé acceptable vis-à-vis de l'autre branche de l'alternative que constituait l'arrêt de la transfusion sanguine qui eût provoqué à coup sûr des milliers de décès.

La précaution, si elle est entendue comme promesse d'un risque zéro, ne peut qu'aboutir à une paralysie de toute activité, et, par-là, être fortement remise en question. C'est ainsi que M. Setbon a développé une analyse très critique du principe de précaution : alors que la prévention, qui *« agit sur les facteurs de risque identifiés et de la façon la plus précise (ciblée) possible, permet d'agir*

---

[20] Alors que durant l'été 1854 une épidémie de choléra ravageait Londres, J. Snow, auquel on doit l'expérience fondatrice de l'épidémiologie, eut l'idée de comparer le taux d'incidence des cas de choléra parmi les utilisateurs d'une eau pompée en amont ou en aval d'un égout dans la Tamise, et, à partir de cette observation d'un *risque relatif »*, fit fermer la pompe fautive. Ainsi put-il faire arrêter l'épidémie sans la moindre idée du mécanisme de la maladie, en agissant seulement à partir d'un raisonnement statistique.

[21] D. Bourg, J-L Schlegel, *Parer aux risques de demain, le principe de précaution*, Seuil, mars 2001.

avec le plus d'efficacité et à moindre coût, c'est-à-dire de façon plus efficiente, tant sur le risque lui-même que sur l'activité qui le génère », la précaution, *« qui n'a pour tout fondement qu'une simple hypothèse, d'autant plus fragile qu'elle est précoce et non fondée sur des faits précis, contraint à supprimer, ou à réduire de façon massive l'activité (arrêter de transfuser, ne plus manger de viande bovine…) faute d'une connaissance suffisante pour agir sur les facteurs de risque spécifiques et prouvés »*. En effet, selon cette analyse, l'objet de la précaution ne serait pas *« le risque »*, mais *« l'activité qui en permettrait l'occurrence »*[22].

L'émergence du principe de précaution est inséparable de ses significations sociales (rapport Kourilsky et Viney, précité) : si elle demande davantage de sécurité de la part de la population, elle est aussi, inextricablement, l'expression d'un désir de participation accrue. Toute décision politique doit désormais prendre en compte le fait que le public réclame une explicitation sur les arbitrages rendus. La tentation peut être grande alors, pour le politique, de céder à des mouvements d'opinion disproportionnés et transitoires, parfois amplifiés par les médias, qui pourraient se révéler, en vérité, contraires à des objectifs d'intérêt général. Il apparaît d'autant plus nécessaire de bien séparer l'évaluation technique des risques de la décision politique en tant que telle. Cette revendication du principe de précaution correspond aussi à une réaction contre la dilution des responsabilités, celui-ci apparaissant comme étant capable de redonner une maîtrise sur les événements par une attention plus vigilante portée à leurs causes potentielles et aux décisions prises en amont.

II - APPROCHES ACTUELLES DE LA PRÉVENTION

A - L'APPROCHE BIOMÉDICALE

La vision biomédicale de la prévention est héritée des différentes approches historiques. On y retrouve une réaction à la fois au « *modèle pastorien* » et à l'essor de la médecine purement curative. Elle se rapproche du « *modèle pastorien* » par la reconnaissance du consensus, et l'idée selon laquelle les faits scientifiques sont reconnus comme une vérité, comme était évidente l'efficacité de la vaccination. Elle s'en différencie néanmoins par le fait que la prévention n'est plus vécue comme un simple évitement. La vision pastorienne s'attache en effet à empêcher la nuisance de « *corps étrangers* », cette nuisance, circonscrite au domaine des maladies infectieuses, rendant l'homme distinct de sa santé. Dans cette vision l'homme ne peut donc améliorer sa santé qu'en intervenant sur l'environnement.

L'approche biomédicale introduit au contraire la prise en considération du rôle plus complexe de la conduite individuelle. Selon cette vision les individus deviennent acteurs de leur propre santé. La collaboration entre les professionnels

---

[22] M. Setbon, *Le principe de précaution en questions,* Revue française des affaires sociales, n°3-4, déc. 1997.

de santé et les individus est néanmoins indispensable pour permettre cette intervention sur soi. Le rôle dévolu aux professionnels est d'objectiver les risques encourus par la population, à charge pour celle-ci de s'efforcer, par ses comportements, de les éviter. Ainsi la vision biomédicale suppose que les individus, mieux informés des risques qu'ils encourent par des professionnels de santé qui connaissent mieux ces facteurs de risque grâce au développement de l'épidémiologie, vont modifier leurs comportements pour améliorer leur santé.

La classification de la prévention établie par l'OMS s'inscrit dans cette vision, en distinguant trois niveaux :

- la prévention primaire, qui comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, c'est-à-dire à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas, au moyen de la vaccination ou de la lutte contre les facteurs de risque ;
- la prévention secondaire, qui s'efforce par la détection des maladies d'éviter leur développement ou leur aggravation ; cette fonction suppose des actions de dépistage et de soins apportés aux affections dépistées précocement ;
- la prévention tertiaire, qui vise à éviter les séquelles des maladies et les rechutes.

B - LES APPROCHES SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES

1. La mise en évidence des limites de l'approche médicale

Le modèle biomédical, centré sur l'individu, privilégiant les variables individuelles, comportementales, pour ensuite développer des stratégies d'actions axées sur l'information ou la réglementation, a été largement critiqué au début des années 80 (Goldberg, 1982 ; Gottraux, 1982). Il rencontre en effet un certain nombre de limites.

La première limite tient tout d'abord au fait qu'il ne suffit pas d'être informé d'un risque pour parvenir à l'éviter, les comportements n'obéissant pas toujours à une logique rationnelle. Par exemple, la recherche de satisfactions immédiates est souvent opposée aux conduites préventives. La prise de risque pour connaître ses limites, les besoins de transgresser les interdits fixés par les adultes pour forger son identité, l'envie de suivre des modes, la difficulté de résister à ses pairs sont des phénomènes souvent inconscients que l'on retrouve fréquemment dans les conduites à risque. Il ne suffit pas de savoir pour modifier son comportement. Encore faut-il le vouloir.

La seconde limite à la vision biomédicale est la relativité de la norme scientifique. Les connaissances scientifiques évoluant constamment, certaines ont pu être présentées, de façon dogmatique, comme une vérité, et se sont parfois trouvées infirmées par de nouvelles recherches. Un exemple éloquent à cet égard est celui de la nutrition : s'il y a quelques années on recommandait l'abolition du pain et des féculents des régimes alimentaires, on a depuis prouvé l'apport

essentiel des ces aliments dans l'équilibre nutritionnel, et peut-être les recherches à venir reviendront-elles sur cette vérité. La norme scientifique n'est donc pas la seule valable, elle n'est pas « *La Vérité* ». Il est souvent dangereux au travers des recommandations scientifiques de rompre des recommandations familiales de bon sens. La dépendance aux professionnels de santé s'accroît et la vie quotidienne se médicalise inutilement. On observe par exemple depuis de nombreuses années une médicalisation de la prise en charge de la grossesse ou du nouveau-né. Les étapes de ces événements de vie sont alors vécues difficilement par les familles, et un conseil médical est nécessaire pour tous les actes ordinaires, de la nutrition du premier trimestre de grossesse à la position du bébé dans son lit. La transmission des connaissances familiales laisse alors de plus en plus la place à « *un savoir* » médical.

Ce « *savoir médical* » repose le plus souvent sur des études épidémiologiques réalisées sur des populations, et l'on oublie vite que ce qui est observé sur une population n'est pas immédiatement et automatiquement extrapolable sur un individu particulier. Les connaissances médicales souffrent également d'une grande variabilité d'un professionnel à un autre. Le discours d'un professionnel n'est jamais neutre, il est lui-même fondé sur des représentations de la réalité et porteur de certaines valeurs.

Globalement, la principale limite de l'approche biomédicale est de considérer l'homme idéalement comme un individu responsable de ses actes, qui par conséquent pourrait être tenu finalement pour responsable de sa maladie s'il ne se conforme pas aux informations données. De surcroît, le fait de désigner les facteurs de risque comme des phénomènes isolés conduit plutôt à des actions ponctuelles, facteur par facteur, et qui risquent de se révéler peu efficaces dans la mesure où la diminution de l'exposition à un facteur peut entraîner une augmentation à un autre.

2. Le développement d'une approche globale

L'approche globale envisage l'influence des divers facteurs d'ordre notamment social, économique… sur la santé de l'individu qu'ils déterminent positivement ou négativement.

De nombreuses données statistiques ou études ont contribué à montrer l'intérêt d'une approche globale de la prévention.

De manière générale, les indicateurs de santé apparaissent comme reflétant en fait la cohésion sociale, car s'ils sont corrélés avec la richesse, ils sont en particulier corrélés avec la répartition de celle-ci, plus ou moins équitable[23].

---

[23] J. de Kervasdoué, *La santé n'est pas uniquement affaire de médecine,* Santé publique et libertés individuelles (...).

L'importance des facteurs sociétaux comme déterminants majeurs de l'état de santé a été soulignée par Jonathan Mann, ancien directeur du Programme mondial de lutte contre le sida de l'OMS, qui n'a cessé d'interroger l'amont des causes « *mécaniques* » apparentes des maladies, tout en regrettant l'inaptitude des institutions de santé publique à travailler directement sur les racines sociales des problèmes de santé. Ses analyses tendent à montrer que les atteintes aux droits et à la dignité constituent une force pathogène destructive à l'encontre du bien-être humain au moins égale à celle de virus ou bactéries[24]. A propos du sida, J. Mann a voulu montrer l'existence d'un « *facteur social de risque* » lié au respect accordé aux droits de l'Homme et à la dignité humaine, à la nature, à l'intensité, et à la portée de la discrimination pratiquée dans la société. Il estime par exemple que la vulnérabilité des femmes est directement liée à leur inégalité par rapport aux hommes, au manque de respect de leurs droits et à leur capacité à refuser des rapports sexuels non protégés[25].

De nombreuses études qui prennent pour objet des pathologies particulières concourent, de même, à mettre en évidence le poids des facteurs sociétaux. Ainsi une étude réalisée par I. Niedhammer et J. Siegrist a fait apparaître que le déséquilibre entre, d'une part, les efforts réalisés au travail et, d'autre part, les récompenses attendues, qu'elles soient monétaires ou d'estime, ou portant sur la sécurité de l'emploi et les possibilités de promotion, constitue un facteur prédictif de survenue des maladies cardiovasculaires[26].

- Un déplacement vers l'idée de promotion de la santé

Cette nouvelle approche opère un déplacement significatif, l'objet envisagé n'étant plus le risque, mais le bien-être. Elle s'avère plus conforme à la définition de la santé telle que la concevait l'OMS dès 1946 : *« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et non point seulement l'absence de maladie ou d'infirmité »*.

La Charte d'Ottawa, élaborée en 1986 sous l'égide de l'OMS, met ainsi l'accent sur les conditions préalables à la santé et les modalités de l'intervention en promotion de la santé. Dans la continuité de la Charte d'Alma-Ata de 1979, elle s'attache à formuler la nécessité d'établir une politique publique de santé qui dépasse largement la seule politique de soins et des institutions de soins. La promotion de la santé va, en effet, bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques et des divers acteurs, en les éclairant sur les conséquences possibles de leurs décisions sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard. Cette nécessité d' *« élaborer une politique publique saine »*, selon les termes de la Charte, s'accompagne du souci

---

[24] J. Mann, *Ethique et droits de la personne,* Revue française de santé publique, sept. 1998, n°3.

[25] J. Mann, *Sida, santé et droits de l'homme. La genèse de nouvelles responsabilités dans le monde moderne,* Revue française des affaires sociales, n°2, 1994.

[26] I. Niedhammer, J. Siegrist, *Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires : l'apport du modèle du déséquilibre efforts/récompenses,* Revue d'épidémiologie de santé publique, n°46, 1998.

de créer des *« milieux favorables à la santé »*, au sens écologique mais aussi sur le plan de l'urbanisme, du logement, du travail, des loisirs, etc.

Certaines analyses insistent par ailleurs sur les effets positifs de la promotion de la santé sur les inégalités, s'appuyant sur le texte même de la Charte. Alain Cherbonnier la définit ainsi en ces termes : *« On peut considérer la promotion de la santé comme une approche de la santé (…), et même comme une « philosophie », voire une idéologie, qui va à l'encontre de l'idéologie dominante, laquelle reste globalement biomédicale et individualiste. La promotion de la santé prend en compte la dimension collective et sociopolitique de la santé, en ce qu'elle cherche à jouer sur les déterminants de la santé et de la maladie, et notamment sur ceux des inégalités en matière de santé »*[27]. Les termes de la Charte peuvent en effet être rappelés : *« La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé »*.

La promotion de la santé marque, de fait, l'aboutissement d'une évolution récente qui a entraîné un déplacement des responsabilités de l'Etat vers les professionnels de santé et, enfin, vers les individus. Selon la Charte, *« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci »*. L'individu est reconnu comme le gestionnaire de sa propre santé. La spécificité de ce modèle global par rapport au modèle biomédical est que l'on envisage l'ensemble de la population dans sa vie quotidienne sans se centrer sur des maladies spécifiques et/ou des groupes « *à risque* ». Les actions éducatives sont alors plutôt orientées vers le développement des aptitudes personnelles et sociales que vers la modifications des « *mauvais* » comportements.

- L'approche en termes d'adaptation évolutive

La focalisation des actions préventives sur la santé peut amener néanmoins à considérer celle-ci comme un but ultime qui couvre tous les aspects de la vie, alors même que la Charte d'Ottawa précise : *« La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie »*.

Aussi, un troisième modèle, centré sur l'idée d'adaptation évolutive, peut utilement venir tempérer l'approche en termes de promotion de la santé. Selon cette nouvelle approche, la santé, conçue comme *« l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques et sociales) »*, supposerait alors non seulement *« la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont les mêmes pour tous les êtres humains »*, mais aussi *« une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation »*[28]. Il s'agit alors de considérer que la qualité de la vie serait la mesure dans laquelle un individu ou un groupe peut,

---

[27] A. Cherbonnier, *Evaluation, quand tu nous tiens !*, Education santé, 1994, n° 93.
[28] E. Berthet, *Information et éducation sanitaires*, Coll. Que sais-je ? Paris, PUF, 1983.

d'une part, réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins, et, d'autre part, évoluer avec le milieu, l'adapter et s'y adapter. La composante éducative et citoyenne prend alors le pas sur la composante sanitaire.

L'évolution de l'éducation à la santé en milieu scolaire reflète ces diverses orientations au fil du temps. Dans les années soixante-dix, la prévention étant envisagée comme une action sur les seuls facteurs individuels et biologiques, l'éducation à la santé en milieu scolaire s'est référée à une représentation de l'individu comme un être rationnel libre de ses choix : la prévention se réduit à l'information, puisque la simple connaissance des risques devrait suffire à changer de comportement. De 1a fin des années soixante-dix au début des années quatre-vingt-dix, les facteurs psychosociaux en relation avec les modes de vie ont été principalement pris en considération dans les comportements « *à risque* ». La période actuelle considère la promotion de la santé en lien avec l'insertion du jeune dans le tissu social : *« L'éducation à la santé devient explicitement construction du lien social nécessaire à l'apprentissage de la citoyenneté »*[29], comme le reflète la création des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, où sont évoquées les valeurs d'équité, de solidarité, de respect mutuel, de laïcité, etc.

C - APPROCHE ÉTHIQUE DE LA PRÉVENTION

1. Ethique et politique de prévention

Toute politique de prévention, comme toute politique de recherche ou de soins, repose sur des choix, qui sont censés correspondre au meilleur compromis possible entre les valeurs portées par les différents acteurs. C'est en ce sens que l'on peut dire que toute politique de prévention revêt une dimension éthique. Un professeur en santé publique pensait ainsi pouvoir écrire : « *les gouvernements choisissent leurs morts* ». Si la priorité est mise sur tel problème particulier, les personnes qui sont marquées par ce facteur de risque ou cette morbidité vont, en effet, être avantagées par rapport aux personnes qui souffrent d'autres pathologies. « *On nous laisse mourir* », discours qui fut tenu pendant de longues années par l'association « *Act up* », était à comprendre en ce sens. Il est vrai que la dimension éthique de la prévention apparaît souvent *a posteriori* négativement, dans ses manques, ses oublis, ses malades délaissés.

La question se pose dans les mêmes termes pour ce qui concerne les risques collectifs : risques environnementaux, risques liés aux conditions de travail, à l'alimentation… Si le risque est une donnée objective, quantifiable, la gestion du risque nécessite d'intégrer la réaction subjective des groupes de population exposés au risque. La réponse au risque est, au final, un problème politique et non pas technique.

---

[29] N. Leselbaum, *L'éducation à la santé en milieu scolaire au fil des textes officiels*, La Santé de l'Homme n°362, nov.-déc. 2002.

A la frontière des libertés individuelles, l'action publique, en matière de prévention, a cette particularité de devoir transformer parfois en phénomène social des comportements relevant de l'intimité des personnes. Il appartient donc aux pouvoirs publics d'éviter des phénomènes de rejet de la part de l'opinion publique sur des sujets délicats, tels que les comportements sexuels, et de savoir mener une action collective sur des sujets relevant *a priori* des libertés individuelles.

Or, dans ces conditions, se pose alors la difficile protection du champ de l'intime en tant que tel. Ainsi, la décision de ne pas lancer la campagne réalisée par l'Association Aides pour l'été 2000, qui rendait visible explicitement la sexualité, avait pour motif que « *l'Etat n'a pas à s'occuper de l'intime* ». La question peut se poser de savoir si une telle intervention quasi directe de l'Etat comme prescripteur des conduites sexuelles est légitime.

Dans l'équilibre difficile à maintenir entre sécurité collective et respect de la liberté individuelle, il convient de veiller à ce que le projet de sécurité collective ne l'emporte pas sur le projet de santé concernant en propre l'individu. Dans le cas de la toxicomanie, par exemple, le projet ne peut seulement viser la sécurité de tous, le bien-être et la santé du toxicomane doit rester l'un des objectifs prioritaires, ce que suggère la réticence de certains médecins à l'égard des produits de substitution.

a) La prévention, entre obligation et responsabilisation de l'individu

Deux champs peuvent être distingués en matière de prévention. Dans le premier, qui intègre notamment les déséquilibres alimentaires, certains cancers, ou les maladies cardiovasculaires, la pathologie et le comportement de l'individu ne concernent que lui-même. Dans le second, s'agissant par exemple des maladies infectieuses, des comportements au volant, ou, dans une certaine mesure, de l'absorption d'alcool, ces pathologies et comportements peuvent avoir des conséquences sur autrui. Précisément, si toute politique de prévention comporte une dimension éthique, c'est, en premier lieu, parce que, dans de nombreux cas, elle oblige l'individu à reconnaître sa responsabilité à l'égard des autres : elle fait savoir à chacun qu'il existe une réciprocité des devoirs et qu'il doit à l'autre ce que l'autre lui doit, c'est-à-dire sa sécurité sanitaire. Il est souhaitable, par conséquent, que la prévention soit, pour l'individu, gouvernée par un principe de responsabilisation, à l'égard de lui-même mais aussi à l'égard d'autrui. Doit-on cependant, dans les faits, au nom de la protection de la santé de l'ensemble de la population, laisser la prévention à l'entière liberté de l'individu ?

En s'intéressant par exemple au cas des vaccinations, on pourrait ainsi établir une distinction entre celles dirigées contre les maladies épidémiques et celles dirigées contre les maladies seulement transmissibles (hépatite B, tétanos, rage…). Dans le cas des maladies transmissibles, l'individu non immunisé n'est pas protégé de la maladie. Or, en dehors du coût induit par la maladie, il semble ne pas y avoir de réel motif à l'obliger à la vaccination ontophylactique,

c'est-à-dire conférant une immunité individuelle. L'intérêt personnel bien compris devrait suffire. En revanche, pour les vaccinations démophylactiques, c'est-à-dire protégeant l'ensemble de la population, l'obligation peut s'admettre comme une nécessité communautaire, afin que chacun ne puisse être le contaminateur d'autrui.

Le droit de la société à se protéger peut donc entrer en conflit avec le nécessaire respect des libertés individuelles. Deux points de vue apparemment légitimes sont en jeu, soutenus chacun par des valeurs différentes. C'est en ce sens que la prévention est inséparable d'un questionnement éthique. Le secret médical est essentiel dans la relation de confiance établie entre le praticien et le malade. Le praticien est tenu à la confidentialité ; mais c'est le malade qui détient son secret et qui devrait pouvoir seul permettre de le lever. Pourtant, devant la gravité de certaines maladies infectieuses extrêmement contagieuses, les praticiens sont obligés par la loi de les déclarer. C'est le cas, par exemple, de la syphilis et de la typhoïde.

Les débats récurrents sur le dépistage systématique et obligatoire du sida, les pratiques hospitalières de dépistage à l'insu des patients, autour du secret médical ont bien montré la difficulté de prendre des mesures assurant la protection de l'ensemble social sans attenter aux libertés fondamentales. L'analyse du conflit sous-jacent entre protection collective et respect des libertés individuelles conduit à envisager les modes possibles de la prévention, entre d'une part obligation, coercition, et, d'autre part, incitation, proposition, responsabilisation. C'est au malade lui-même, à partir du moment où il a été dûment averti de son état pathologique par son médecin traitant de la gravité et de la dangerosité de sa maladie à l'égard d'autrui, que revient le devoir et l'impérieuse nécessité de ne pas se comporter comme agent de transmission.

Ces comportements responsables doivent être particulièrement soulignés dans toute éducation à la santé.

- Le cas du dépistage du sida : le choix de la responsabilisation

La santé publique est souvent invoquée pour défendre le dépistage systématique du sida. Cette position « *sécuritaire* » a été retenue par quelques pays, dont Cuba et la Suède. Cette dernière a, dans le cadre de la lutte contre la transmission des maladies infectieuses, adopté des méthodes de suivi des personnes porteuses du VIH. Cette position en faveur de l'obligation systématique du test du sida rencontre des oppositions fondées sur des arguments non seulement d'ordre technique, tels que les problèmes de la sensibilité au test, des erreurs techniques, de la mobilisation effective de toute la population ou du renouvellement nécessaire du dépistage[30], mais aussi d'ordre éthique, tels que les risques de phénomènes de discrimination et d'exclusion. Cette position ne semble pas de surcroît apparaître comme la plus à même d'enrayer la diffusion de la maladie, car elle conduit, comme l'a souligné le professeur J.F Mattéi, à

[30] J-L. San Marco, *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, Coll. Thémis, PUF, 1997.

« déresponsabiliser à tort en faisant croire à une fausse sécurité ». La seule protection efficace en ce domaine relève, en effet, de la responsabilité individuelle, et préférer la proposition à l'imposition, c'est faire le pari d'une possible responsabilisation des individus.

En France, les pouvoirs publics ont soutenu avec constance le principe d'une démarche individuelle librement consentie. En fait, deux logiques coexistent : d'une part le dépistage anonyme et gratuit, et, d'autre part, les propositions systématiques de test. La loi du 27 janvier 1993 a prévu, en effet, un dispositif dit de *« dépistage systématiquement proposé »*. En complément des propositions diagnostiques faites à toute personne présentant des signes évocateurs de l'infection au VIH, ou ayant connu une situation à risque, les praticiens de santé ont l'obligation de proposer systématiquement le test de dépistage à toute personne consultant dans le cadre d'un examen prénatal ou prénuptial. La personne doit être informée de la prescription, et peut la refuser, cette faculté étant d'ailleurs également reconnue pour toute proposition de test avant intervention chirurgicale ou en milieu pénitentiaire.

L'interdiction stricte des tests à l'insu a été affirmée dès 1988 par le Comité consultatif national d'éthique, qui a souligné que le consentement au dépistage est le premier signe d'une responsabilisation de la personne, et que le dépistage ne peut en soi se substituer à une action éducative. Une circulaire du 15 mars 1996 a rappelé avec vigueur l'interdit des pratiques de dépistage à l'insu dans les établissements de santé. De même, en milieu pénitentiaire, la circulaire du 5 décembre 1995, en application de la loi du 18 janvier 1994, a rappelé le caractère volontaire du dépistage.

2. Les dérives possibles de la prévention : normalisation et stigmatisation des écarts à la norme

- Prévention et intériorisation de la norme par les individus

La prévention suppose une intériorisation de la norme par les individus et peut amener à être ressentie en termes de culpabilité. Ainsi, dans la lignée de l'analyse de Michel Foucault, qui interprète tout système préventif comme le double réseau de la surveillance et de la contrainte, Philippe Lecorps, professeur à l'école nationale de la santé publique de Rennes, a considéré que *« La santé publique s'inscrit dans une logique d'ordre social.(….) Légitimée par le savoir épidémiologique, elle est appel à la conformité »*[31]. Qui plus est, la prévention est nécessairement porteuse d'une idéologie - ne fût-ce que celle du progrès - et de valeurs qui ne sont pas forcément celles des « *usagers de la prévention* ». La santé n'est pas nécessairement la valeur ultime pour tous, et la question se pose alors de savoir si avoir une bonne santé est un droit ou un devoir. La déclaration d'Alma Ata, qui définit la santé comme un *« état de complet bien-être physique, mental, et social »*, et peut entretenir de la sorte une confusion entre santé et bonheur, risque en ce sens d'avoir un effet pervers, dans la mesure où la vie

[31] Philippe Lecorps, J-B. Paturet, *Santé publique, du biopouvoir à la démocratie,* ENSP, 1999.

heureuse, associée à la santé, tend à devenir une Valeur, au détriment peut-être d'autres. Or certaines analyses considèrent que dans les sociétés occidentales la valorisation de la santé individuelle et le repli narcissique rendent les individus particulièrement réceptifs aux messages visant le salut sanitaire (Lasch, 1979). Ainsi, le bien-être se serait substitué au bien, et les devoirs envers soi-même aux obligations envers Dieu (Lipowetsky, 1992). Dans ces conditions, le contrôle social passerait, selon Lecourt, par « *une honte intériorisée de ne pas être sain, énergique et productif* », mais surtout une honte de ne pas avoir tout fait en son pouvoir pour maintenir sa santé. En fait, le droit à la santé, valeur fondamentale qui guide la santé publique, serait associé à un devoir, individuel et non collectif, de le maximiser (Last, 1992).

- Stigmatisation des écarts à la norme

Cette situation n'irait pas sans engendrer et nourrir culpabilité et stigmatisation chez les individus qui ne correspondent pas à la norme telle que les experts la définissent. Et l'un des lieux importants des enjeux éthiques en santé publique est, en effet, cette construction culturelle du blâme et des jugements moraux posés sur des groupes à risque (Coughlin et Beauchamp, 1996). A ce propos, certains rappellent, à l'instar de Philippe Lecorps, l'étymologie du mot « *prévenir* », issu du latin judiciaire « *praevenire* », citer en justice : le prévenu, aujourd'hui figuré par l'individu qui ne se conformerait pas à la bonne conduite en matière de santé, est donc à la fois jugé responsable et peut-être coupable. D'autre part, la double connotation du mot « *prévention* », qui suggère à la fois l'existence d'un danger possible et l'idée de suspicion, pourrait jouer un rôle d'avertissement face aux dérives possibles en matière de stigmatisation.

Ces dangers de stigmatisation à l'encontre de certains groupes à risque pourraient être d'autant plus grands que l'on connaît plus précisément le poids exact des facteurs de risque dans l'apparition de certaines pathologies, comme par exemple la corrélation entre tabac et cancer du poumon. L'« *intégrisme* » antitabac dont les fumeurs sont l'objet aux Etats-Unis en serait une illustration. Les progrès de la science et certains discours de prévention sont, en effet, tels que prendre un risque tend à devenir pratiquement anormal, inadmissible, et source de culpabilité. Et pourtant, une vie sans risque est-elle possible ? Le risque zéro n'existant pas, demander aux individus d'atteindre un tel objectif pourrait relever de l'utopie, et ce d'autant plus que le contrôle et/ou l'éviction du risque ne relèvent pas de la seule responsabilité individuelle.

- Les limites à l'excessive responsabilisation des individus face aux comportements à risque et la nécessaire approche du contexte social global.

La stigmatisation des comportements à risque, et l'idée, qui lui est liée, d'une responsabilité individuelle s'avèrent d'autant plus contestables, en effet, que les déterminants principaux de la santé, on l'a vu, sont sociaux, culturels, fonction du niveau de formation, de conditions de travail et de rémunération, etc. Aussi, les comportements à risque peuvent-ils souvent s'interpréter comme des réponses permettant de s'adapter à un contexte de vie difficile. Le prix Nobel d'économie Gary Becker a ainsi montré comment un comportement d'addiction au tabac ou aux opiacés pouvait être parfaitement rationnel par rapport aux contraintes que vivent les individus et aux préférences que ceux-ci ont sur leur manière de vivre et sur « *l'utilité* » que leur apporte un certain nombre de consommations, en comparaison de leurs coûts financiers et/ou sanitaires. Aussi, plutôt que de considérer les comportements à risque comme le problème véritable, il peut être nécessaire de remonter à l'amont des problématiques, afin de tenter d'être en mesure de proposer quelque chose en remplacement de ces comportements. La question peut de plus être posée de la pertinence et de l'efficacité à prévenir les méfaits de la consommation d'aliments, d'alcool ou de tabac lorsque l'activité économique et commerciale dicte les comportements de consommation.

En matière de lutte contre le sida, par exemple, l'approche éthique implique de considérer le contexte social global dans lequel se fait la prise de risque. Les travaux réalisés sur le sida ont mis en évidence que celle-ci répond à des enjeux qui ne sont pas forcément ceux de la prévention, mais qui peuvent relever de stratégies relationnelles ou sociales. Le risque sanitaire vient, en effet, défier d'autres risques, sociaux, familiaux, affectifs, et la gestion des risques peut se résoudre, chez un individu, par un choix en faveur du moindre d'entre eux, dans une logique de calcul des risques. Par exemple, le risque de perdre son partenaire en lui exprimant sa méfiance, ou de mettre en péril sa reconnaissance sociale s'il ne procrée pas peut entrer en balance avec le risque de perdre sa santé

- Prévention et actions ciblées

J.-F. Girard, ancien directeur général de la santé, a souligné que la prévention soulève un *« problème idéologique »*, au sens où elle est liée à la notion de cible et de définition de cibles : *« Dans quelle mesure peut-on définir une cible pour être efficace en matière de prévention, au risque de ne pas traiter d'autres problèmes et de contribuer à une forme de stigmatisation ? »*. Dans le même sens, le philosophe G. Canguilhem rappelait que *« S'il y a déraison c'est dans la tendance à considérer le pathologique non plus comme déviation du physiologique dans l'individu, mais comme déviance dans le corps social »*[32].

[32] G. Canguilhem, *Etude d'histoire et de philosophie des sciences*, Vrin, 1983.

La communication en matière de prévention du sida offre un exemple d'arbitrage difficile entre visibilité et risque de rejet, comme le révèlent les précautions prises de la part des pouvoirs publics pour éviter toute discrimination en matière de communication préventive à l'égard du sida. Une première période a été fortement marquée par la volonté de faire prendre conscience du risque VIH à l'ensemble de la population, alors qu'au cours d'une seconde période l'action en direction des groupes de population prioritaires a été mise résolument au premier plan. Le souci d'éviter le rejet et l'exclusion des groupes les plus exposés explique la non-visibilité des groupes à risque dans les campagnes de la première période. L'année 1995 a été marquée au contraire, par l'intégration des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) dans les campagnes de communication grand public, orientation adoptée tardivement à la demande des associations, qui revendiquaient une visibilité beaucoup plus grande des groupes les plus exposés.

3. L'éducation à la santé : au-delà de la soumission à la norme, parvenir à favoriser, chez l'individu, un engagement libre et choisi en matière de santé

La légitimité à vouloir modifier les comportements d'autrui, et cela même si c'est pour son bien, est une question centrale en matière d'éducation pour la santé. Ce bien, traduit en termes de santé et de bien-être, ne correspond, en effet, pas forcément à ses valeurs et à sa culture. Cette « *normalisation* » des comportements irait à l'encontre de tout projet éducatif, qui est de construire l'autonomie de l'élève. Ainsi, comme l'a expliqué par exemple Sylvie Fainzang, *« La question éthique n'est alors pas tant celle de savoir si l'on a le droit de transmettre des messages, de produire un discours au risque d'aller à l'encontre de celui auquel adhère à ce moment le sujet, mais de donner une information, aussi juste et rigoureuse que possible, face à laquelle le sujet devra apprendre à faire ses choix, et de veiller qu'il n'y ait pas de jugements sur ses comportements, mais seulement une information sur les risques qu'ils comportent »*[33]. L'approche éthique de l'éducation pour la santé revient à informer les sujets en veillant à ce que les messages ne contiennent pas de normes, mais leur permettent de développer leur esprit critique et de mesurer à quel point ils peuvent mettre en jeu leur santé et celle d'autrui en adoptant telles ou telles conduites à risque qu'ils auraient délibérément choisies.

Il en résulte que l'éducation pour la santé ouvre le champ d'une éthique de l'individu, libre et responsable de ses choix, de ses engagements face aux normes que lui dicte la morale de la santé publique. Philippe Lecorps a pu ainsi opposer l'éducation sanitaire, du côté de la morale, à l'éducation pour la santé, du côté de l'éthique: *« …l'éducation sanitaire, dans sa volonté de propager les bonnes conduites prônées par la médecine se situe dans le champ de la morale et exige soumission aux normes ; alors que l'éducation pour la santé et la promotion de*

---

[33] S. Fainzang, *L'éthique est-elle risquée ?,* La Santé de l'homme, n°345.

la santé s'inscrivent dans une démarche éthique, une tension vers l'élargissement de la liberté individuelle et collective, et appel à l'engagement à produire une action juste »[34]. Les injonctions morales, qui s'attachent à sauvegarder le *« bios »*, sans se préoccuper du *« sens »*, peuvent laisser l'individu démuni : face à l'injonction technique, mettre un préservatif, par exemple, se pose la question de « *la capacité concrète d'un sujet d'exister avec ce préservatif* ». Philippe Lecorps en conclut ainsi que *« L'éducation pour la santé puise sa légitimité à travailler cette tension entre l'injonction morale et l'engagement éthique d'un sujet solidaire de sa communauté »*.

[34] Philippe Lecorps, *1942-2002 : De l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé,* La Santé de l'homme, n°362, nov-déc 2002.

CHAPITRE II :

UNE ORGANISATION DIVERSIFIÉE ET DISPERSÉE

I - DES ACTEURS MULTIPLES, AUX COMPÉTENCES ET AUX INTERVENTIONS PARFOIS ENCHEVÊTRÉES

Tous les acteurs et toutes les actions ne peuvent, du fait même de l'ampleur du champ de la prévention, être décrits ni même évoqués dans le présent rapport. Celui-ci s'efforce néanmoins d'en présenter les principales caractéristiques et de mentionner un certain nombre d'expériences positives menées en la matière.

A - DES ACTEURS ET DES INTERVENTIONS MULTIPLES

Les actions menées en matière de prévention font intervenir à tous les niveaux, depuis l'Union européenne jusqu'au niveau local ou individuel, et ce souvent en partenariat, avec un grand nombre d'acteurs publics ou privés. Elles sont de surcroît entreprises sous plusieurs angles, ce qui contribue à leur faible lisibilité : parfois en fonction de l'âge, parfois en fonction du milieu institutionnel (école, lieu de travail), parfois en fonction des pathologies (cancer, diabète, sida…). Dans ce cadre très hétérogène, elles peuvent être présentées en fonction des types de risques : ceux subis au niveau collectif, ceux relevant, au moins en partie, de comportements individuels les favorisant, et ceux qui, au niveau individuel, ne dépendent pas de tels comportements. Les activités de recherche font l'objet d'une présentation séparée.

1. La prévention des risques subis au niveau collectif[35]

La prévention de ces risques concerne de nombreux domaines, et pas seulement sanitaires, que le présent rapport ne peut aborder dans son ensemble. Ainsi, ne peut-on citer que brièvement, en matière de *lutte contre les accidents domestiques*, qui causent plus de 8 000 décès chaque année, la *Commission de la sécurité des consommateurs*, créée en 1983, qui a pour mission de contribuer à l'amélioration de la connaissance statistique en matière d'accidentologie, d'émettre des avis auprès des pouvoirs publics et des professionnels et d'informer le public. Elle inclut notamment dans ses compétences le risque chimique ou les éventuels problèmes dus aux rayonnements électro-magnétiques. Par ailleurs, au niveau européen, *l'European consumer safety association (ECOSA)*, créée en 1993, se compose de représentants des services publics, d'instituts de recherche médicale, du secteur de l'industrie et d'associations de consommateurs et offre un forum de discussion et d'analyse des questions relatives à la sécurité des consommateurs, au niveau national et international, gouvernemental et non gouvernemental.

---

[35] J-F. Girard, *Evolution et perception des risques de santé*, ADSP n°23, juin 1998.

La *lutte contre les effets du tabagisme passif* mériterait également de plus amples développements. On peut néanmoins indiquer que le principe du droit des non-fumeurs à la protection de leur santé, déjà affirmé dans la *« loi Veil »* de 1976, a été posé clairement par la *« loi Evin »* du 10 janvier 1991, intégrée au Code du travail, qui proclame désormais l'interdiction, inscrite dans le règlement intérieur, de fumer sur les lieux de travail, excepté dans les bureaux individuels. Ce nouveau principe représente un début de renversement de la norme : l'interdiction de fumer est désormais la règle et les lieux où il est permis de fumer l'exception.

Une attention plus particulière sera ici donnée à trois thèmes : la politique vaccinale et la lutte contre les maladies contagieuses, la sécurité sanitaire et la prévention en milieu du travail.

1.1. La politique vaccinale et la lutte contre les maladies contagieuses

Les vaccinations obligatoires (BCG, vaccins contre la poliomyélite, la diphtérie ou le tétanos), pour lesquelles l'Etat s'engage à couvrir la réparation des accidents qui pourraient en découler, sont de moins en moins nombreuses, et, pour certaines d'entre elles, le taux de couverture a tendance depuis quelques années à diminuer. Il revient au ministère de la Santé de lancer, au nom de l'intérêt collectif, des campagnes de vaccination, que celles-ci soient recommandées ou obligatoires. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est chargé des actions de communication visant à inciter à la vaccination, tandis que l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) joue un rôle dans le contrôle de la publicité pour les vaccins.

Des textes anciens confèrent par ailleurs aux communes un rôle dans la politique de vaccination, et, depuis les lois de décentralisation, les conseils généraux sont chargés de favoriser dans chaque département les vaccinations obligatoires. Les vaccinations, qu'elles soient ou non obligatoires, sont prises en charge par l'assurance maladie, dans des conditions rationalisées par la loi du 4 février 1995. Leur réalisation est assurée par les médecins libéraux.

D'autre part, l'article L 131-2 du Code des communes mentionne parmi les responsabilités des maires, *« le soin de prévenir,…, et de faire cesser… les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties … »*. Les communes de 20 000 habitants et plus doivent également prendre des mesures de désinfection dans les cas de maladies contagieuses.

1.2. La sécurité sanitaire

La sécurité sanitaire, mission fondamentale de protection des personnes, s'est affirmée dès son émergence comme une mission d'Etat, à l'instar des sécurités routière, nucléaire ou civile. Elle consiste à prendre en charge l'ensemble des risques susceptibles d'affecter la santé de la population, qu'il s'agisse de risques liés aux *activités de soins*, aux *produits alimentaires et de*

santé, ou aux *milieux*[36]. Les risques environnementaux, dont sont traditionnellement chargées les communes au titre de la tranquillité publique[37], font donc partie du concept nouveau de « *sécurité sanitaire* ». Pour assurer sa mise en œuvre, l'administration sanitaire et sociale s'est organisée depuis 1990 selon deux axes : la gestion directe et la création d'agences spécialisées.

D'une part, le ministère de la Santé intervient dans le cadre d'une gestion directe par l'administration centrale et ses services déconcentrés, comme, par exemple, en matière de saturnisme infantile[38]. Le ministère intervient également de façon conjointe avec d'autres ministères dans de nombreux domaines, dont l'alimentation, les produits industriels, l'environnement, notamment l'air et l'eau, la radioprotection, en relation avec les réseaux de surveillance et d'observation[39].

D'autre part, à partir de 1992, le souci de sécurité sanitaire a fortement motivé la création d'une série d'« *agences* », établissements publics autonomes, chargés d'aspects sectoriels de la politique de santé publique : Agence française du sang (AFS) en 1992, Agence du médicament (ADM) en 1993, Etablissement français des greffes (EFG) et Office de protection des radiations ionisantes (OPRI) en 1994, remplacé depuis par l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) et Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 1996. Ces organes « *experts* » disposent, à des degrés variables, du trépied complet de la sécurité sanitaire : expertise, observation-surveillance-alerte, et contrôle.

La loi du 1er juillet 1998[40] est venue renforcer un dispositif dans lequel le contrôle de sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme et la veille sanitaire étaient insuffisants. Elle a créé l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et a étendu la préoccupation de sécurité sanitaire au-delà du champ du système de santé en créant l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), placée sous la tutelle des ministres chargés de l'Agriculture, de la Consommation et de la Santé.

La mission générale de l'InVS, placé sous la tutelle du ministère de la Santé, est de surveiller en permanence l'état de santé de la population et son évolution. Elle repose sur des activités de surveillance et d'investigations épidémiologiques, et d'évaluation de risque. Ses champs de compétence incluent

---

[36] D. Tabuteau, *La sécurité sanitaire, une obligation collective, un droit nouveau*, Revue française des affaires sociales, n°36-4, déc. 1997.

[37] L'article L 131-2 du code des communes, qui fixe le cadre d'exercice du pouvoir de police générale du maire, donne à celui-ci une responsabilité générale pour ce qui concerne la salubrité publique.

[38] Notamment, un système national de surveillance du saturnisme infantile, centré sur le dépistage et animé par les services déconcentrés du ministère de la santé, a été créé en 1995.

[39] Observatoires régionaux de la santé (ORS), Réseau national de santé publique (RNSP), Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE),…

[40] Loi n°98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

les maladies infectieuses, la santé environnementale, la santé au travail, les maladies chroniques et les traumatismes. L'action de l'Institut est décentralisée grâce aux Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) placées sous sa responsabilité scientifique et installées au sein des DRASS. L'InVS développe un réseau de collaboration avec un grand nombre de partenaires qui contribuent à la surveillance de l'état de santé de la population : services de l'Etat, observatoires régionaux de santé, registres de morbidité, organismes de protection sociale, structures d'expertise, hôpitaux, professionnels de santé, etc. Il coordonne également son action avec l'AFSSA et l'AFSSAPS dans le domaine de la vigilance sanitaire.

La création de l'AFSSAPS, placée sous la tutelle du ministère de la Santé, est une réponse au morcellement par produit dont souffrait l'organisation sanitaire. De même, la création d'une Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) en 2000 répond au besoin de développer et de renforcer les capacités et la cohérence de l'expertise sur l'influence des facteurs de l'environnement sur la santé.

Le principe de santé publique étant de plus en plus présent dans les diverses politiques conduites par l'Union européenne, celle-ci a fait du renforcement de la *sécurité sanitaire des aliments* une de ses priorités depuis plusieurs années[41]. La publication en 1999 d'un Livre blanc a permis une prise de conscience plus forte des enjeux concernant cette question, qui déborde le strict champ des produits agricoles ou de l'élevage. Conformément à la proposition qu'en faisait ce document, une *Autorité alimentaire européenne* a été créée[42]. Un réseau d'alerte rapide a par ailleurs été mis en place[43]. D'autre part, en 2001, l'Union européenne a adhéré à la commission du *Codex alimentarius*, qui définit et harmonise les normes sanitaires à l'échelle mondiale et émet des orientations et des recommandations concernant les produits de l'agriculture et de la pêche.

1.3. La prévention en milieu de travail : prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles

Plusieurs acteurs interviennent pour prévenir les risques d'origine professionnelle, qu'il s'agisse des médecins du travail, des employeurs, des salariés au travers des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), de la branche *Accidents du travail - maladies professionnelles* (AT-MP) au sein des régimes de Sécurité sociale, ou de la Mutualité française.

---

[41] Antoine Ortiz, *La sécurité sanitaire des aliments, un nouvel enjeu pour l'Union européenne. Echanges, alimentation et nutrition, une question de santé* ; La Documentation française, n°102, juin 2001.

[42] Sa mission principale est de fournir à la Communauté des avis scientifiques indépendants sur toutes les questions ayant un impact direct ou indirect sur la sécurité et la santé des consommateurs.

[43] Placé sous la responsabilité de la Commission, il s'appuie notamment sur les instances compétentes de chaque Etat membre (pour la France, il s'agit de l'AFSSA).

La *médecine du travail* trouve son assise dans la loi du 11 octobre 1946, qui rend obligatoire la création de services médicaux du travail, financés par les employeurs et accessibles à tous les salariés. Universelle, elle bénéficie à chaque salarié sans restriction de seuil ou d'activité. Pour certains salariés, elle peut être la seule occasion de rencontrer un médecin. Elle est à la charge de l'employeur et sous sa responsabilité matérielle. Les médecins du travail, dont l'indépendance est réglementairement garantie, ont un rôle exclusivement préventif. Outre les examens cliniques, leur activité doit comporter, pour un tiers de leur temps, une action propre sur les lieux de travail, qui consiste en la surveillance de l'hygiène des entreprises et de l'adaptation des conditions de travail. Le décret de 1979 rendant obligatoire ce tiers temps a ajouté à la relation individuelle du médecin avec les salariés une dimension collective de conseiller de l'ensemble des personnels de l'entreprise en hygiène industrielle et en ergonomie.

De leur côté, *les employeurs* ont l'obligation en matière de santé au travail de ne pas induire, du fait des conditions et de l'organisation du travail, des pathologies. Responsables de la sécurité, de l'hygiène et de l'environnement professionnel, ils doivent non seulement se conformer aux réglementations et normes en vigueur, mais aussi intégrer l'évaluation et l'anticipation de tous les risques professionnels. Concernant l'amiante, les récents textes édictés au niveau national transcrivent les principes fixés au niveau de l'Union européenne[44].

Les CHSCT, mis en place dans les établissements occupant au moins 50 salariés, associent le personnel aux actions de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Selon une enquête réalisée en 1999[45], seuls 73 % des établissements assujettis à l'obligation de créer un CHSCT en avaient effectivement mis en place. Parmi d'autres initiatives, on peut citer celle de la *Mutualité française*, qui a mené auprès d'eux ainsi qu'auprès des médecins du travail une campagne d'information et de prévention des risques professionnels, afin de tenter de répondre au problème de leur sous-déclaration[46].

Partant du constat de la nécessité, en raison du grand nombre d'acteurs intervenant dans le domaine de la santé et la sécurité au travail, de coordonner dans une structure d'échange et de concertation réunissant, au niveau régional, les partenaires sociaux, les compétences médicales et paramédicales, techniques et organisationnelles, les partenaires sociaux ont décidé par un accord de 2000[47] de créer dans la circonscription de chaque caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) ou de chaque région, sur une base paritaire interprofessionnelle, un *observatoire régional de santé au travail (ORST)* représentant paritairement les

---

[44] La loi 91-1414 du 31 décembre 1991 relative à la prévention des risques professionnels a transposé en droit français la directive européenne du 12 juin 1989 relative à la promotion de l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs.

[45] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), *Premières synthèses* n° 16.2, avril 2001.

[46] Journal bimestriel de la fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés n° 204.

[47] Accord du 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels.

employeurs et les salariés. Les ORST ont pour objectif de *« promouvoir, au niveau régional, les orientations politiques en matière de santé et de sécurité au travail, d'hygiène et de prévention »*. Ils doivent être assistés par une commission consultative réunissant des médecins du travail, des représentants des services de prévention des CRAM et des Associations régionales pour l'amélioration des conditions de Travail (ARACT), des institutions de prévention, et des experts compétents en matière de santé et de sécurité au travail. Leur mise en place est en cours.

Par ailleurs, *les branches « AT-MP » du régime général et du régime agricole* interviennent de deux façons en matière de prévention des risques professionnels : d'une part, par un mode de financement de l'assurance *« AT-MP »* qui entend favoriser la prévention, dans la mesure où les taux de cotisation sont déterminés annuellement en fonction notamment de la fréquence et du coût des accidents ; d'autre part par des actions effectives de prévention. Au sein de la branche *« AT-MP »* de la CNAMTS, la *Commission des accidents du travail et des accidents professionnels* vote le budget du Fonds national de prévention des accidents du travail (FNPAT), qui finance notamment les services de prévention des CRAM et l'action de l'Institut national de la recherche et de la sécurité (INRS). La CNAMTS a, en outre, développé des conventions d'objectifs avec des branches professionnelles ainsi que des contrats de prévention avec les entreprises. De son côté, la caisse centrale de Mutualité sociale agricole (MSA) a élaboré pour la période 1999-2003 un plan pluriannuel en matière d'AT-MP, qui détermine des priorités nationales à décliner par chaque caisse. La MSA a également élaboré plusieurs réseaux de surveillance (réseau de toxicovigilance, réseau de zoonoses) et a signé des conventions avec certains professionnels (scieries, paysagistes, abattoirs,…).

2. La prévention des comportements « *à risque* »

Il s'agit des risques dont les individus sont, pour une part au moins, responsables.

2.1. L'activité normative de l'Union européenne et de l'Etat en matière de lutte contre le tabagisme et contre l'alcoolisme

a) La lutte contre le tabagisme

Au plan européen, la Commission a participé à la lutte contre le tabagisme de plusieurs manières. En initiant, à travers les programmes européens de santé publique[48], des directives en matière d'interdiction de la diffusion à la télévision de publicités pour les produits du tabac, de diminution de la teneur maximale en goudron, en nicotine…, ou d'interdiction d'utiliser des appellations telles que « *light* », « *ultra light* » ou « *mild* ». En finançant, aussi, des projets européens de

[48] Notamment le programme *L'Europe contre le cancer*, créé en 1986 et prolongé jusqu'à fin 2002. Un nouveau programme de santé publique a été adopté en juin 2002 et prendra effet le 1er janvier 2003 pour une période de six ans.

grande envergure, comme le *European network for smoking prevention (ENSP)*, qui a élaboré un rapport sur la situation du tabagisme sur les lieux de travail, pouvant constituer la base d'une action en faveur d'une réglementation au niveau européen[49].

Au plan national, la *« loi Evin »* du 10 janvier 1991, se plaçant dans la continuité de la *« loi Veil »* de 1976, est venue renforcer un dispositif juridique préexistant. Elle comprend différents types de mesures, dont l'efficacité dépend de l'interaction existant entre elles : principe général d'interdiction de toute publicité ou propagande directe et indirecte en faveur du tabac, politique volontariste d'augmentation des prix de vente par l'accroissement des taxes, amélioration de l'information du consommateur figurant sur les paquets.

b) La lutte contre la dépendance à l'alcool

Au plan européen, même s'il n'est pas réellement normatif, le *Plan d'action européen contre l'alcoolisme (PAEA)*, défini en 1992, constitue une base pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes dans les Etats membres[50]. La France s'inscrit dans le PAEA 2000-2005.

Au plan national, la politique mise en oeuvre est plus ancienne que celle menée contre le tabagisme. Aujourd'hui l'ensemble des dispositions inscrites autrefois dans le Code des débits de boissons figure dans le Code de la santé publique. La législation vise à encadrer l'offre de boissons alcoolisées et la publicité en faveur de l'alcool. La réglementation du Code de la route vise à limiter le taux d'alcoolémie accepté au volant[51]. La taxation sur les boissons alcoolisées, en augmentation ces dernières années, contribue également à freiner la progression des ventes.

2.2. Les actions d'information, de communication et d'éducation pour la santé

a) Les actions menées au niveau collectif

A l'échelon national, depuis quelques années, *le ministère de la Santé* a engagé plusieurs actions de prévention. Un *Programme national nutrition santé (PNNS) 2001-2005* a ainsi été lancé, avec pour objectif de promouvoir les facteurs de protection et de réduire les facteurs de risque (cancer, maladies cardiovasculaires…) liés à la nutrition. Ce plan comprend notamment la diffusion d'un guide alimentaire et une campagne, menée en partenariat avec la CNAMTS et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), en faveur de la consommation d'au moins cinq fruits et légumes par jour. Un *plan national d'éducation à la santé* a, d'autre part, été élaboré par le ministre délégué à la Santé en février 2001. Enfin, *chaque volet « prévention »*

---

[49] Sybille Fleitmann, *Lutter contre le tabagisme au niveau européen*, La Santé de l'homme, n°361, septembre-octobre 2002.

[50] Le Conseil des ministres de la Santé a également adopté en 2001 une recommandation pour renforcer la prévention de la consommation d'alcool chez les enfants et les adolescents.

[51] En 1995, le taux réglementaire a été abaissé de 0,7 g à 0,5 g/litre de sang (0, 25 mg/l d'air expiré).

des plans de santé publique, concernant par exemple les maladies rénales, l'asthme ou le diabète, comporte des actions de communication et de prévention. L'INPES, qui a succédé au Comité français d'éducation à la santé (CFES), est, quant à lui, chargé de soutenir la conception et la mise en œuvre de ces programmes en produisant notamment des documents d'information et en organisant des campagnes de communication.

Concernant certains risques, tels le tabagisme, l'alcoolisme, le sida, la communication en matière de santé publique s'est fortement renouvelée, allant dans un sens toujours plus direct et percutant. Les campagnes menées en 2001 par l'assurance maladie et du CFES contre l'alcoolisme[52] et contre le tabagisme[53], de même que celle lancée en 2002 par l'assurance maladie et l'INPES[54] sont révélatrices de ce nouvel état d'esprit.

L'éducation pour la santé est également une composante des missions de *l'Education nationale*. La loi du 10 juillet 1989[55] attribue en effet au système éducatif la mission, entre autres, de *« favoriser les actions médico-sociales et l'éducation pour la santé »*. En 1991, un Service de promotion de la santé en faveur des élèves (SPSFE), composé de deux corps professionnels, les infirmières et les médecins de l'Education nationale, a été créé, et une circulaire leur a attribué une fonction innovante en en faisant les *« conseillers techniques »* des chefs d'établissement, des inspecteurs de l'Education nationale et des directeurs d'école.

Le ministère de l'Education nationale a défini, ces dernières années, de nouvelles orientations nationales afin de renforcer le rôle de l'école en matière d'éducation à la santé. Dans le cadre des programmes obligatoires, celle-ci avait longtemps été appréhendée dans sa seule dimension physiologique, dans le cadre des enseignements de biologie ou de sciences de la vie et de la terre et de l'éducation physique et sportive. Une circulaire de 1998[56] matérialise la prise de conscience que tous les acteurs de l'école doivent s'impliquer dans l'éducation à la santé. Au-delà des programmes, elle en élargit et en structure le cadre dans les collèges en instaurant, *« à côté des enseignements et en relation avec eux »*, des *« rencontres éducatives sur la santé »*, dont l'horaire global doit être compris

---

[52] Cette campagne exposait clairement le risque de cancer lié à une consommation chronique d'alcool : *L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir.*

[53] Il s'agissait d'une campagne menée sur un mode non plus seulement pédagogique, mais aussi provocateur, en direction des jeunes. Sur le mode parodique, quatre messages radio révélaient le cynisme et les silences de l'industrie du tabac et renvoyaient sur un site internet. Ils se terminaient par : *Si vous cherchez un ennemi, il est peut-être dans votre poche.*

[54] Cette campagne télévisée, inspirée des techniques anglo-saxonnes et tout particulièrement des campagnes de l'organisme anti-tabac très militant, *The Truth*, en Floride, jouait sur un effet de surprise et avisait qu'*un produit de consommation courante* contenait *des traces de mercure, d'acide cyanhydrique et d'acétone*. Pour en savoir plus, les consommateurs étaient invités à appeler un numéro vert où un message enregistré annonçait qu'il s'agissait de la cigarette.

[55] Loi n° 89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation.

[56] Circulaire du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège.

entre 30 et 40 heures durant la scolarité au collège, et qui doivent comporter des séquences obligatoires d'éducation à la sexualité. L'organisation de ces rencontres est laissée à l'initiative de chaque collège, invité à les programmer dans le projet d'établissement. A cela s'ajoutent plusieurs journées ciblées dans l'année, comme la journée des droits de l'enfant, la journée sans tabac, la journée mondiale de lutte contre le sida.

Ces nouvelles orientations s'inscrivent dans une perspective d'éducation globale et d'éducation à la citoyenneté. Les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), qui ont succédé en 1998 aux Comités d'environnement social (CES), se sont vus confier des missions importantes en matière de prévention selon les axes suivants : rendre les élèves responsables, et acteurs de la prévention ; organiser la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence dans le cadre du projet d'établissement ; assurer le suivi des jeunes dans et hors l'école, venir en aide aux élèves manifestant des signes inquiétants de mal-être, et renforcer les liens avec les familles. Partant d'une logique centrée sur l'établissement, les CESC s'inscrivent en conséquence comme l'une des instances du maillage public de prévention, en concertation, en particulier avec les structures de la politique de la ville impliquées dans la lutte contre l'exclusion.

La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), qui constitue, sous l'autorité du Premier ministre, le véritable épicentre du dispositif français de lutte contre les toxicomanies, a un rôle important d'information, de communication, et d'éducation. A la suite de divers travaux de réflexion[57], elle a étendu sa compétence, indépendamment du statut légal ou non des produits utilisés, en considérant le comportement à risque de l'individu dans sa globalité, sans segmenter les actions de prévention en fonction des substances. Elle s'attache à un principe de réalité, qui veut que les actions ne doivent pas uniquement viser l'abstinence, objectif parfois irréaliste, mais aussi la prévention du passage de la consommation occasionnelle à l'usage nocif et à la dépendance. La MILDT sollicite l'Education nationale comme partenaire privilégié au travers des programmes de prévention établis dans chaque département par un *« chef de projet »* désigné par le préfet.

L'un des objectifs du plan triennal 1999-2001 de la MILDT a consisté à diffuser auprès de la population, à travers notamment des campagnes médias, un site Internet, un livre édité à près de quatre millions d'exemplaires[58], et une ligne d'écoute téléphonique[59], des informations validées scientifiquement. En 2002, une campagne a été lancée à destination des jeunes de 15 à 25 ans pour les inciter

---

[57] Notamment le rapport de M. Parquet, *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, CFES, Coll. Dossiers techniques, 1997.

[58] *Drogues : Savoir plus, risquer moins.*

[59] *Drogues Alcool Tabac Info Service.*

à évaluer leur propre niveau de consommation de drogues[60]. La MILDT conduit aussi des actions d'informations en direction des associations sportives et culturelles en mettant l'accent sur l'intérêt des groupes de pairs auprès des jeunes, sur la responsabilisation, les nouveaux contextes de consommation. Elle intervient, par ailleurs, dans les lieux festifs qui favorisent les comportements à risque.

L'assurance maladie contribue également, dans le cadre de ses missions, à des actions éducatives ou informatives.

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) doit ainsi promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants[61]. Le Fonds national de prévention et d'information sanitaire (FNPEIS), constitué en son sein, contribue au financement des programmes nationaux de promotion et d'éducation pour la santé initiés par l'Etat, aux programmes régionaux, ainsi qu'aux centres de santé[62]. Le *Fonds de la gestion administrative* permet quant à lui à la CNAMTS et aux caisses primaires de développer des services de prévention ou d'éducation à la santé

Au sein de la MSA, le Fonds national de prévention, d'éducation, et d'informations sanitaires des professions agricoles (FNPSEIA) organise des séances d'information et d'éducation sanitaire en direction des personnes en situation de précarité, et s'efforce de développer l'éducation sanitaire dans le milieu du travail, en particulier sur les risques liés au tabac et à l'alcool.

Pour sa part, la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM) a retenu, parmi les orientations de la Convention d'objectifs et de gestion conclue avec l'État pour 2002-2005, des mesures visant à favoriser la promotion de la santé chez les enfants et adolescents scolarisés ; elle a fait réaliser par ailleurs au cours des dernières années un nombre significatif d'études consacrées à la prévention, dont une expertise collective sur l'éducation pour la santé des jeunes.

La Mutualité française[63] a décidé en 1979, lors de son congrès de Strasbourg, de contribuer plus largement au développement de la prévention et de l'éducation sanitaire en France, en déployant des actions de santé au-delà de ses adhérents et de leur famille. Elle a créé en 1982 un réseau d'*animateurs de prévention*. Son activité de prévention s'est structurée pour passer d'une prévention centrée sur la maladie à la mise en place d'une véritable politique d'éducation pour la santé et de promotion de la santé, en cherchant à privilégier

---

[60] Par la diffusion de spots radios présentant chacun une situation vécue et réaliste de consommation problématique, ou par des actions de *e-mailing »* à destination de 100 000 jeunes.

[61] Art. L. 221-1-3 du code de la Sécurité sociale.

[62] L'accord du 19 novembre 2002 signé entre les caisses de sécurité sociale et le Regroupement national des organismes gestionnaires des centres de santé (RNOGCS) concrétise pour les centres de santé la possibilité d'accéder au FNPEIS de la CNAMTS.

[63] Jean-Pierre Davant, *Politiques de promotion de la santé et le mouvement mutualiste*, IUHPE, hors-série2.2001.

la proximité. Les activités sont coordonnées par la Mutualité française et mises en œuvre au plan local par le réseau de 12 unions régionales et des 67 unions départementales.

A l'échelon local, les *départements*, responsables du service public d'action sociale, organisent à ce titre des actions de proximité (permanences, déplacements à domicile) de prévention et d'éducation à la santé. Les *centres de planification familiale*, qu'ils financent, sont des lieux d'accueil où les jeunes peuvent recevoir des conseils sur la contraception, les MST, l'IVG, etc. Des *communes* interviennent également en ce domaine. Ainsi, les centres de santé participent désormais[64] à des actions de prévention et d'éducation pour la santé. A *Paris* par exemple, le centre de santé *« Enfance et famille »* organise avec des assistantes sociales scolaires, des réunions de sensibilisation en fonction des conduites à risque repérées par les enseignants, ou des réunions d'information autour de la PMI.

Par ailleurs, le programme pilote *« Villes sans tabac »*, initié en 1999 par la CNAMTS et le CFES, remplacé depuis par l'INPES, a pu avoir un effet d'exemple. Dans le cadre de ces programmes, les villes mettent gracieusement à la disposition de la CNAMTS et de l'INPES leurs réseaux d'affichage municipaux. Un guide, conçu à partir de l'étude réalisée en 2000 sur les villes sans tabac, a aidé d'autres municipalités à mettre en place de tels programmes et à approfondir les synergies avec les réseaux de l'assurance maladie et les Comités d'éducation pour la santé.

Dans le cadre du programme *« Ville-santé »* de l'OMS, deux villes du Nord de la France, *Fleurbay* et *Laventie*, ont mené une politique originale d'éducation nutritionnelle, intégrée au programme scolaire et dispensée pendant cinq ans par les enseignants de la maternelle au collège. Une étude lancée en 1992 a prouvé la faisabilité d'une politique de prévention des risques liés à l'alimentation en milieu scolaire grâce à la sensibilisation des enfants et de leur famille. Une étude épidémiologique prospective lancée en 1999 doit, par ailleurs, à partir du suivi d'une cohorte de personnes pendant quatre ans, analyser les facteurs qui entraînent une prise de poids chez celles-ci. L'analyse des résultats permettra d'élaborer une politique de prévention adaptée[65].

Les Comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES) et les Comités régionaux d'éducation pour la santé (CRES)**,** associations régies par la loi de 1901, s'attachent à assurer, outre l'organisation de formations auprès des professionnels de la prévention, la liaison entre les divers Comités thématiques (alcool, cancer, tabac, etc) avec lesquels ils collaborent pour des actions communes, ainsi que la concertation entre les secteurs privés et parapublics concourant à l'éducation à la santé. Ils relayent, en outre, les campagnes nationales, en s'appuyant sur leur implantation locale qui leur permet une approche plus concrète des besoins.

---

[64] Depuis la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la Sécurité sociale pour 2000.
[65] *L'obésité chez l'enfant*, INSERM.

A l'échelon régional, les Comités régionaux d'information et de prévention du sida (CRIPS) forment un réseau national de compétences pour le traitement de l'information et de la documentation sur *le VIH, les hépatites, les usages de drogues et les conduites à risque des jeunes*. Celui-ci a pour objectif d'aider à l'élaboration d'outils de communication adaptés en matière de prévention et à la mise en œuvre d'actions.

Les *associations*, très nombreuses[66], jouent, chacune dans un domaine de pathologie particulier, et sans véritable cohérence d'ensemble, un rôle important d'information et de prévention. Principalement thématiques, mais aussi parfois généralistes, bénéficiant de financements publics ou faisant appel aux dons, elles interviennent dans la lutte contre l'alcoolisme ou le tabac, pour la prévention des maladies cardiovasculaires, des maladies génétiques, du diabète,… soit par des campagnes d'information, en partenariat avec les institutions publiques, soit par des actions régulières auprès de leurs adhérents.

Dans le champ de la *lutte contre le cancer*, les associations sont plus de 70 à intervenir au niveau local ou national. Parmi elles, les plus importantes sont l'Association pour la recherche contre le cancer (ARC) qui malheureusement pour un temps a défrayé la chronique et la *Ligue nationale contre le cancer*, qui centre ses actions de communication autour de la lutte contre le tabagisme[67]. Selon son président, ces actions de communication sont essentielles au même titre que la recherche, même si les donateurs attendent tout du développement thérapeutique ; et de plus en plus, l'efficacité de la lutte contre le cancer dépendrait dans un moyen terme davantage de l'évolution des comportements (tabagisme, exercice physique, dépistage…) que des développements thérapeutiques[68].

Parmi les associations de malades, dont le dynamisme est l'une des dimensions de l'irruption de la santé sur la scène publique, et qui représentent un fort élément de la démocratie participative, les *associations de lutte contre le sida*[69] mènent des actions très volontaristes de communication et de prévention dans des lieux de rencontre, dans les prisons, dans les *« free-parties »*, etc. Ce mouvement collectif où, pour la première fois, des malades ont fait entendre leur voix, de façon parfois très vive, a bénéficié de la conjonction, dans le cadre d'une pathologie donnée, d'une longue durée d'incubation, du niveau socioculturel élevé d'une partie du groupe initialement touché, et de spécificités concernant les modes de contamination extrêmement mobilisatrices[70].

---

[66] Elles ont fait l'objet d'une recherche de recensement dans un *Annuaire* établi par B. Tricot en 2000.

[67] Elle a par exemple produit, en 1999, un film de 40 secondes qui a été diffusé dans les salles de cinéma sous la signature *20 ans, c'est l'âge idéal pour éviter un cancer à 40 ans.*

[68] Henri Pujol, *L'expérience associative : la lutte contre le cancer : Les politiques de prévention,* IEPS, Médecine-Sciences Flammarion 2003.

[69] *Vaincre le sida, AIDES, ARCAT-SIDA, Act-Up, SOL EN SI ...*

[70] J. F. Girard, *Quand la Santé devient publique*, Hachette Littératures, 1998

b) Les actions menées au niveau individuel

Les *codes de déontologie des professions de santé*, tant dans le domaine public que libéral, ou les textes réglementaires qui tiennent lieu de code font de l'éducation sanitaire une obligation professionnelle. Les pharmaciens doivent ainsi contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale[71]. De même, le code de la déontologie médicale prescrit aux médecins de conseiller toutes les personnes qui leur font appel et d'apporter leur secours à l'action des autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. La mission de conseil est également rappelée aux infirmiers par un décret[72] relatif aux règles professionnelles.

2.3. La prévention secondaire des comportements « à risque »

a) Les actions de dépistage

Le *dépistage des maladies sexuellement transmissibles*, par exemple, est de la responsabilité des départements depuis les lois de décentralisation, y compris dans les établissements pénitentiaires. Les établissements antivénériens sont ainsi des établissements dépendant des départements. Depuis 1990[73], les centres de planification familiale peuvent eux aussi assurer le dépistage des MST.

Avant 1988, le test de *dépistage du sida* anonyme et gratuit n'était disponible que dans les *centres de transfusion sanguine*. La loi du 30 juillet 1988 a étendu l'accès au test de dépistage en prévoyant que dans chaque département, le représentant de l'Etat désigne une *« consultation »* destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite le dépistage de l'infection par le VIH. Trois types de structures gérées par les départements se sont trouvés concernés par ce dispositif : les dispensaires antivénériens, les consultations de PMI, et les centres de planification familiale. Les départements, qui n'ont pas de compétence propre, au sens des lois de décentralisation, en matière de lutte contre le sida, sont, par conséquent, partie prenante dans le dispositif de son dépistage. Par ailleurs, une circulaire[74] a préconisé le couplage de chaque établissement pénitentiaire avec une consultation de dépistage anonyme et gratuit. C'est dans ce cadre que certains dispensaires antivénériens interviennent pour le dépistage du sida dans les établissements pénitentiaires, le coût en étant supporté par l'Etat et la Sécurité sociale. Une loi de 1993 a instauré par ailleurs un dispositif de dépistage *« systématiquement proposé »* faisant intervenir les *praticiens de santé* : en complément des propositions diagnostiques faites à toute personne présentant des signes évocateurs de l'infection au VIH ou ayant connu une situation à risques, le législateur institue pour ceux-ci l'obligation de proposer systématiquement le test de dépistage à toute personne consultant dans le cadre

---

[71] Art. R. 5015–2 du Code de la santé publique.
[72] Art. 32 du décret du 6 février 1993.
[73] Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé.
[74] Circulaire du 29 janvier 1993 relative au dépistage anonyme et gratuit ou au dépistage gratuit du sida.

d'un examen prénatal ou prénuptial. La personne doit être informée de la prescription et peut la refuser.

Concernant le *dépistage des hépatites*, le dépistage de l'antigène HBs (hépatite B) chez les femmes enceintes est obligatoire depuis 1992, et dans les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) la généralisation du dépistage de l'antigène HBs est en cours. Par ailleurs, la stratégie de dépistage de l'hépatite C a été considérablement élargie et renforcée depuis 2000. Une première campagne en direction des médecins, notamment généralistes, a été réalisée en 2000 afin de les informer et de les sensibiliser aux situations nécessitant un dépistage, et des campagnes en direction du grand public ont été lancées en 2001 et en 2002, précisant les situations médicales et chirurgicales nécessitant un test de dépistage.

Le diagnostic des *cancers* dont le développement est fortement favorisé par certains comportements à risques est essentiellement assuré par les radiologues libéraux dans le cadre d'un dépistage individuel.

b) D'autres formes de prévention secondaire

Le plan triennal de lutte contre le tabac 1999-2001, ainsi que les campagnes financées par l'assurance maladie durant la période 1997-2001, ont été axés, de façon privilégiée, sur *l'aide aux fumeurs et l'arrêt du tabagisme*. Une ligne d'écoute[75] a aussi été mise en place dès 1998. En 1999, le ministère chargé de la Santé a autorisé en 1999 la mise en vente sans ordonnance des substituts nicotiniques, et la CNAMTS a décidé d'expérimenter à l'égard des personnes en situation de précarité la mise à disposition gracieuse des médicaments de solution nicotinique, action qui a été généralisée en 2002 à l'ensemble des centres d'examen de santé. De même, la Ligue nationale contre le cancer a mis en place, avec le soutien de plusieurs mutuelles, un dispositif d'aide financière pour les 15-35 ans, et en 1999, le ministère de la Santé lui a confié la réalisation d'un programme de formation à l'aide à l'arrêt du tabac. En outre, une circulaire de 2000 a fixé pour objectif de doter à terme chaque département d'au moins une consultation de tabacologie hospitalière et de mettre en place des consultations avancées au sein des maternités. Pour sa part, le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM) a mis en place une formation axée sur l'abord du fumeur à l'officine, l'initiation du sevrage, le suivi pharmaceutique et l'accompagnement psychologique de la personne en cours de sevrage.

En matière de *prise en charge des personnes dépendantes ou dont la consommation d'alcool est excessive*, des actions de communication et de formation ont été entreprises afin de sensibiliser les médecins généralistes à un repérage précoce et à une prise charge adaptée. Les établissements de santé assurent des soins dans des services d'orientation parfois non spécialisés, parfois plus spécifiques.

---

[75] *Tabac Info Service.*

D'autre part, les services d'accueil et d'urgences sont sensibilisés aux difficultés liées à cette prise en charge. De leur côté, les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), pris en charge par l'assurance maladie, ont succédé en 1988 aux Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, qui étaient financés par l'Etat, mais ont vu leur mission préventive se réduire au profit de leur mission curative.

Une politique de *réduction des risques pour les personnes utilisant des drogues par voie intraveineuse* a par ailleurs été mise en place. Ainsi, le ministère de la Santé, responsable en matière de lutte contre les toxicomanies et contre le sida, a levé les obstacles juridiques à la mise à disposition de matériel d'injection stérile. Dans les départements, les préfets et les DDASS organisent une concertation locale, en relais d'initiatives le plus souvent associatives, entre de nombreux acteurs : autres administrations déconcentrées, collectivités locales, acteurs sanitaires (médecins, hôpitaux, pharmaciens d'officine), associations de lutte contre le sida et la toxicomanie, ou humanitaires. Il s'agit en particulier d'implanter des *programmes d'échange de seringues* et des structure dites *« de bas seuil »*, entre la rue et le système de soins, appelées « *boutiques* » ou « *sleep-in* ». Le rôle des conseils régionaux et généraux dans les financements de la réduction des risques est déterminant, de même que le rôle des maires dans l'implantation de ces programmes, notamment des *« boutiques »*, pour accompagner les initiatives des associations.

3. Suivi et dépistage de pathologies indépendantes de comportements « à *risque* »

3.1. Actions de suivi non orientées vers une pathologie particulière.

a) Le suivi de la périnatalité

La grossesse, phénomène naturel, s'est progressivement médicalisée avec la volonté de réduire la mortalité de la mère et de l'enfant[76]. Les progrès de la médecine, le recul des limites de l'âge de la procréation, les difficultés rencontrées par des femmes se trouvant en situation de précarité et donc particulièrement exposées à certains risques (carences alimentaires, conditions de travail, tabagisme, dépendance à l'alcool, toxicomanie) ont également induit cette médicalisation. La prévention périnatale vise à améliorer la qualité et la sécurité de la grossesse et de la naissance[77]. L'examen au cours du premier trimestre de la grossesse, l'augmentation du nombre d'échographies, la possibilité d'une surveillance régulière à domicile par une sage-femme y contribuent. Organisée dans le cadre de projets de santé définis au niveau régional, la prévention périnatale s'appuie sur des acteurs multiples et s'effectue en relation avec des maternités organisées en réseaux avec la volonté de réduire la mortalité infantile et la mortalité des femmes enceintes.

---

[76] Entretien du rapporteur avec le Dr Michel Hannoun, le 23 juin 2003.
[77] Ministère de la Santé, Enquête nationale périnatale 1998.

Les départements et les communes ont mis en place depuis plusieurs années des *centres de préparation à l'accouchement* dont les prestations sont prises en charge par la sécurité sociale. Par ailleurs, des *« réseaux maternités »* se sont développés au niveau régional[78] grâce à la mobilisation des professionnels, rendue possible par l'intervention de la Société française de médecine périnatale et le Collège national des obstétriciens, et dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), initiés par les DRASS. Ces réseaux s'efforcent en particulier d'effectuer le transfert de la mère, avant l'accouchement, dans une structure capable de fournir des soins obstétricaux et pédiatriques appropriés (transferts *in utero*)[79]. Le *réseau maternité des Yvelines*, par exemple, créé en 1998, est un réseau transversal qui regroupe des maternités publiques et privées et se donne pour objectif d'améliorer la prise en charge des grossesses et des accouchements, notamment par l'information du public et la création d'un dossier médical minimum commun à toutes les maternités. Conformément aux recommandations du Haut comité de santé publique, il s'attache à prendre en charge les grossesses et les accouchements en fonction des risques décelés, en associant le médecin généraliste et le gynécologue ayant pris en charge le début de la grossesse. Il a bénéficié lors de sa création de dotations budgétaires de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) d'Ile-de-France et de l'hôpital de Poissy, et est doté d'un comité directeur composé à part égale de membres des maternités publiques et privées ainsi que d'un conseil scientifique auquel participent des médecins généralistes et des obstétriciens de la médecine de ville, des femmes enceintes et des représentants de la DDASS et de la PMI. Ce réseau a établi par ailleurs un partenariat avec un autre réseau périnatal, qui rassemble une quinzaine de médecins de l'agglomération de Dreux. Les maternités participant à ce réseau agissent selon une charte de travail collectif.

Le lieu d'accouchement a, de fait, une grande incidence sur la mortalité des enfants (mortalité lors de l'accouchement et mortalité néonatale), ainsi que sur les handicaps périnataux. Les grands prématurés[80] représentent 1,4 % des naissances en France et 65 % de la mortalité néonatale, ainsi qu'une fraction importante des handicaps périnataux.

---

[78] Nantes couvre ainsi les besoins de la Loire-Atlantique et de la Vendée, Angers ceux du Maine-et-Loire, Poissy ceux des Yvelines, Montreuil ceux de Seine-Saint-Denis et du nord de la Seine-et-Marne. A Paris, l'organisation entre les professionnels est plus volatile et plus complexe, les structures disposant de services de réanimation néonatale ne recrutant pas dans une seule zone géographique.

[79] Emile Papiernik, *Programmes de prévention des accidents de prénatalité et leurs conséquences : Les politiques de prévention*, IEPS, Médecine-Sciences Flammarion, 2003.

[80] Les grands prématurés sont les enfants nés avant 33 semaines d'absence de règles, ce qui correspond à sept mois de grossesse.

Précisément, il a été prouvé que le transfert *in utero* était préférable à un transfert du nouveau-né. Sous l'impulsion d'actions menées par certains pédiatres, le gouvernement a rendu obligatoire, par un décret de 1998[81], les transferts des mères avant un accouchement très prématuré.

b) Le suivi des enfants et adolescents

Pour les enfants de moins de six ans, le service de Protection maternelle et infantile (PMI), qui relève des départements, doit organiser des consultations et des actions de prévention médico-sociales[82], notamment dans les crèches, dans les écoles maternelles. L'enjeu du dépistage précoce réside dans la capacité des professionnels non seulement à repérer des signes de troubles, mais également à établir avec les parents un dialogue autour de la santé de l'enfant[83] et permettre éventuellement une prise en charge précoce.

Si *l'école* n'est pas le lieu où peut être établi un diagnostic précis des troubles du développement, elle est le seul lieu, cependant, où il est possible d'effectuer de façon systématique un dépistage et de tenter de remédier de façon précoce à certains troubles par l'intervention des réseaux spécialisés.

A partir de six ans, le suivi de l'état de santé et le dépistage des difficultés relèvent de *la médecine scolaire*, placée depuis 1991 sous la responsabilité de l'Education nationale. Au cours de la sixième année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une *visite médicale*, principalement orientée sur les acquisitions et le développement nécessaires à la bonne insertion à l'école. Les bilans de sixième année atteignent un taux de couverture de 80 % de la population concernée. Depuis quelques années, ils s'efforcent de repérer davantage, au-delà des seuls troubles visuels et sensoriels, les troubles de l'apprentissage, la dysphasie et la dyslexie notamment. Par ailleurs, au cours de l'année de troisième est prévu, pour les élèves qui se dirigent vers les lycées professionnels ou agricoles, un *« bilan d'orientation »* ayant pour objectif le dépistage d'éventuelles inaptitudes liées à des problèmes médicaux.

Les municipalités ou les associations gèrent parfois des *centres médico-sportifs* qui réalisent des *bilans préventifs* pour permettre une pratique du sport sans risque. Ces bilans sont d'autant plus opportuns que les accidents de sport sont la première cause de morbidité chez les jeunes.

---

[81] Ce décret prévoit l'orientation des mères vers des maternités disposant de l'environnement adopté à leur niveau de risque et à celui de l'enfant. Il organise les maternités en trois niveaux : niveau I, maternités sans unité d'hospitalisation des nouveau-nés à proximité ; niveau II, maternité avec un service de néonatalogie ou soins intensifs, ; niveau III, maternités avec un service de néonatalogie et de réanimation néonatale.

[82] Art. L 149 de la loi du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance.

[83] Anne-Marie Asencio, Paulette Leblanc, Jean-Claude Orlowski, Hélène Siavellis, *Le rôle de la protection maternelle et infantile*, Actualité et dossier en santé publique, n°26, mars 1999.

Dans le domaine de la *santé mentale*, les Centres médico-psychologiques, (CMP) ainsi que les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), relevant du service public de psychiatrie, accueillent gratuitement les jeunes souffrant de difficultés psychologiques. Ces centres, où travaillent des équipes pluridisciplinaires composées de médecins, psychologues, rééducateurs, infirmiers et assistants sociaux, développent leurs activités en partenariat avec les structures scolaires[84].

c) Le suivi des salariés par la médecine du travail

Outre le volet, précédemment évoqué, de la surveillance des conditions d'hygiène du travail, la médecine du travail, qui doit veiller à ce que la santé des travailleurs ne soit pas altérée du fait de leur travail, comporte un second volet, consacré au suivi de l'état de santé des travailleurs, et qui consiste en des examens cliniques.

d) Des initiatives originales destinées à inciter les personnes au suivi régulier de leur état de santé

La MSA a orienté certaines de ses actions vers les *personnes en situation de précarité*, particulièrement éloignées du souci de prévention, en leur proposant d'effectuer un bilan de santé. Des assistantes sociales sont préalablement chargées de les sensibiliser à cet enjeu, et un panier de soins pris en charge par le FNPEISA a été défini, où le médecin peut choisir les examens les plus appropriés. Une rémunération forfaitaire englobant la prise en charge d'une seconde visite éventuelle lui est versée.

Diverses actions sont, en outre, menées pour inciter chacun à veiller au suivi de son état de santé. La CANAM, par exemple, a mis en place un *« suivi maternité enfance »* qui délivre des conseils au profit des mères et des enfants jusqu'à l'âge de six ans. De plus, chaque bénéficiaire du régime d'assurance maladie des professions indépendantes devrait prochainement avoir accès à un *carnet individuel et virtuel de prévention*, recueillant les informations qui le concernent en matière de dépistages et de vaccinations. Deux régions pilotes ont été désignées à cet effet pour 2004.

3.2. Actions de suivi et de dépistage centrées sur une pathologie particulière.

a) Le dépistage des cancers

Au niveau collectif, l'organisation du dépistage des cancers est placée sous la responsabilité d'une part des départements, qui, depuis une loi de 1963[85] doivent assurer le financement du dépistage précoce des affections cancéreuses et, d'autre part, de l'assurance maladie, la loi de financement de la Sécurité

---

[84] Haut comité de santé publique, *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes,* ENSP, février 2000.

[85] Loi n° 63-1241 du 19 décembre 1963, loi de finances pour1964.

sociale pour 1999 établissant que les examens de dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables donnent lieu à des conventions entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels. Le dépistage organisé de certains cancers est mis en œuvre au niveau départemental ou interdépartemental par des « *structures de gestion* » ayant le statut d'association de type loi 1901 ou de groupement d'intérêt public, et qui sont créées et financées par les conseils généraux et les organismes d'assurance maladie. Le niveau de participation financière et d'implication des conseils généraux est très variable d'un département à l'autre, certains départements considérant qu'une généralisation du dépistage doit relever de l'Etat. Le FNPEIS de la CNAMTS et le FNPEISA de la MSA financent une part de l'organisation de ces dépistages.

La généralisation du dépistage concerne avant tout *le cancer du sein*. En 2000, le *Plan Cancer*, qui instaurait une prise en charge de l'acte par l'*assurance maladie*, se fixait déjà comme priorité la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein. Le Plan *« Cancer : une mobilisation nationale, tous ensemble »*, présenté en mars 2003, met à nouveau l'accent sur la généralisation du dépistage du cancer du sein d'ici 2003 en impliquant la médecine générale et libérale. Seuls, trente-trois départements proposaient ce dépistage en septembre 2002. Trente nouveaux départements ont débuté une campagne fin 2002 ou début 2003.

L'organisation du dépistage du *cancer du côlon* se trouve encore à un stade expérimental. Des expériences ont débuté au début de l'année 2003. C'est le cas du département de la Côte-d'Or, par exemple, où une campagne de dépistage organisé vient d'être lancée, financée par les caisses d'assurance maladie et mobilisant de nombreux acteurs de la santé (CPAM, URCAM, DRASS, syndicats médicaux). Dans les cinq années qui viennent, l'expérience menée en Bourgogne et dans dix autres départements devrait être étendue à l'ensemble du territoire.

Le **«** *dépistage spontané* **»** demeure néanmoins prépondérant. En 2000, par exemple, la proportion des actes de mammographies de diagnostic réalisés par des radiologues libéraux en dépistage individuel était de l'ordre de 65 à 75 %. Pour les endoscopies digestives, la proportion était de 65 %. La participation des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, au diagnostic précoce des cancers est de fait une force du système de santé français.

b) L'exemple du suivi et du dépistage bucco-dentaire

Certains départements se sont impliqués dans le domaine de la prévention sanitaire, notamment en matière de suivi et de dépistage bucco-dentaire. Tel est le cas, depuis 1991, du Conseil général du Val-de-Marne, dont le service de santé publique dentaire développe, auprès des enfants de 0 à 12 ans, un programme de prévention bucco-dentaire, résultat d'un partenariat entre le Conseil général, la CPAM et l'inspection académique. Près de 65 % des personnes concernées du département sont couvertes par ce programme, qui permet aux comités locaux de prévention, mis en place dans chaque commune

conventionnée avec le département, de faire évoluer les actions locales par une évaluation quantitative et qualitative[86].

L'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD), par ailleurs, s'est largement impliquée dans le milieu scolaire. En 1996, elle a signé une convention générale avec le ministère de l'Education nationale. Ces actions sont menées dans le cadre d'un large partenariat régional et local, associant le ministère de l'Education nationale, les DDASS et les DRASS, les communes et les départements, le Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV) et le FNPEIS de la CNAMTS, des CPAM et des CRAM, des caisses de la MSA, ainsi que des Caisses mutuelles régionales (CMR) d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés. Parallèlement aux actions d'éducation à la santé qu'elle organise, l'UFSBD mène des actions de dépistage auprès des enfants de 9 ans, cet âge coïncidant avec le pic carieux constaté trois ans après l'apparition des dents définitives, et des enfants de 12 ans, lors d'un bilan de santé destiné, dans le cadre d'une enquête épidémiologique, à évaluer les tendances et à anticiper les besoins. Ces initiatives ont contribué à l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire des enfants, constaté par l'étude de l'indice CAO, qui prend en compte le nombre, par enfant, de dents cariées, absentes ou obturées[87].

Afin d'inciter les personnes à se rendre chez le dentiste de façon préventive, des actions originales ont été conduites, notamment par *la CANAM*. Celle-ci a mené, à partir de 1996, une action expérimentale dans la région Bretagne pour inciter les personnes à se rendre chaque année pendant cinq ans chez le dentiste. Cette opération visait les boulangers-pâtissiers, qui présentent un risque carieux important lié à leur profession, et les artisans-commerçants de 35 ans, la tranche d'âge des 40-45 ans étant la tranche engageant le plus de frais dentaires. A ce titre, un *« examen de prévention »*, qui n'existe pas dans la nomenclature générale des actes professionnels, a été créé[88].

c) La prévention des risques vasculaires

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, région touchée par une surmortalité très marquée par les maladies cardiovasculaires, le *Programme régional de santé « santé cardiovasculaire »* constitue une démarche originale, entreprise afin de lutter contre la sédentarité par des activités physiques et sportives et de faire ainsi diminuer les risques vasculaires. Un groupe de travail transversal de promotion de la santé par les activités physiques et sportives a permis de rapprocher, au

---

[86] Dr Fabien Cohen, *Prévention de la carie dentaire : les enseignements dans le Val-de-Marne, Education et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 4° journée d'assurance maladie de la CANAM, mars 2001.

[87] Cet indice est inférieur à 2 pour les enfants de 12 ans, soit un niveau plus satisfaisant que celui fixé par l'OMS pour la France en 2000.

[88] L'examen et le détartrage sont pris en charge par le budget de la médecine préventive; les soins conservateurs sont pris intégralement en charge à partir de la deuxième année ; les couronnes posées sont remboursées à un taux préférentiel et croissant au fil des ans, à partir de la troisième année et jusqu'à la cinquième année, faisant ainsi intervenir un système de bonus.

travers d'un partenariat entre médecins inspecteurs de santé publique des services déconcentrés du ministère chargé de la Santé et du ministère chargé des Sports, les cultures des milieux de la santé et du sport. Cette démarche peut avoir valeur d'exemple pour d'autres régions et même au niveau national.

4. La recherche en matière de prévention

La prévention est à la croisée des chemins de plusieurs disciplines. La recherche en prévention est partagée au sein de celles-ci. Il en résulte un certain manque de visibilité en la matière.

L'épidémiologie, branche de la Santé publique consistant en l'étude des facteurs déterminant la fréquence et la distribution des maladies dans les populations est un élément majeur de la recherche en prévention. De nombreuses structures y participent, essentiellement dans le secteur public. L'Institut national de la santé et la recherche médicale (INSERM), établissement public placé sous la tutelle des ministères de la Santé et de la Recherche, constitue la principale organisation publique faisant de la recherche en épidémiologie. Trois de ses 66 Instituts fédératifs de recherche (IFR), qui sont des regroupements d'unités de recherche traitant d'une même problématique, sont des IFR de Santé publique et d'épidémiologie. D'autres établissements publics à caractère scientifique et technologique participent à cette recherche : l'Institut de recherche pour le développement (IRD - ex ORSTOM), le Centre national de la recherche scientifique (CNRS). Certaines agences, telles que l'InVS, *l'Etablissement français des greffes, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments,* ou *l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire* élaborent pour leur part de nombreuses études thématiques relatives aux facteurs de risque des pathologies ainsi que des études d'évaluation des actions de prévention. Les médecins épidémiologistes hospitaliers réalisent par ailleurs de nombreuses études d'épidémiologie clinique dans les Centres hospitalo-universitaires (CHU).

Dans le domaine de *la recherche en sociologie et en anthropologie*, qui s'efforce d'étudier les motivations qui conduisent les groupes humains et les individus à adopter certains comportements et proposent des moyens pour faire évoluer ces comportements, les laboratoires de recherche sont essentiellement financés par l'Etat, par l'intermédiaire du CNRS ou de l'université.

Créé au début de 2003, sous la forme d'un Groupement d'intérêt public, *l'Institut national du vieillissement* a un rôle important en matière de prévention. Structure de coopération et d'animation destinée à faire le pont entre les milieux de la recherche, les professionnels de l'action gérontologique, les décideurs nationaux et locaux dans tous les champs d'action qui peuvent concerner les personnes âgées (ainsi, la dimension environnementale en matière d'habitat, de transport ou d'aménagement de ville), il doit principalement instaurer une dynamique de la recherche autour de la question du vieillissement.

En matière de *santé au travail*, l'*Institut national de la recherche et de la sécurité* constitue le principal lieu de recherche. Son action est financée, au sein de la branche « AT-MP » de la CNAMTS, par le *Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles*.

B - L'ENCHEVÊTREMENT DES ACTIONS MENÉES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

Il peut avoir plusieurs origines.

1. Une répartition des compétences parfois artificielle

Ainsi, d'un côté, la lutte contre la tuberculose, contre les maladies sexuellement transmissibles ou contre le cancer relèvent du département, de l'autre, la lutte contre l'alcoolisme, contre la toxicomanie ou contre le sida relèvent de l'Etat. Or, la tuberculose est aussi une affection opportuniste du sida, le sida une maladie sexuellement transmissible, l'alcoolisme une cause de cancer… De même peut-on s'interroger sur la pertinence d'attribuer aux départements la prévention et le dépistage de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles[89].

Il semble en réalité que la plupart des missions transférées au département en 1983 (PMI, vaccinations, lutte contre la tuberculose, lutte contre les maladies vénériennes …) pouvaient paraître à l'époque obsolètes et relever davantage du passé que de l'avenir. La généralisation de la couverture en cas de maladie, l'élévation du niveau de vie, l'augmentation importante de l'offre de soins, les succès dans la lutte contre les maladies infectieuses pouvaient laisser en effet croire que de tels dispositifs d'assistance n'étaient plus nécessaires ou le seraient de moins en moins. Cette opinion était souvent confortée par une baisse de la clientèle et de l'activité des structures concernées. Ce relatif désintérêt explique sans doute en partie pourquoi le transfert des compétences dans ce domaine a paru relever d'un transfert de services plutôt que d'un transfert de missions obéissant à une véritable démarche de santé publique. A cet égard, le titre des trois premiers chapitres de la loi du 22 juillet 1983, *« des prestations », « des services », « des structures et des procédures »,* est éclairant, aucun n'évoquant les missions ou les objectifs de l'action départementale ou municipale[90].

Cette répartition artificielle a parfois entraîné certains acteurs à intervenir au-delà des strictes compétences que leurs ont reconnues les textes. Des départements se sont ainsi impliqués dans la lutte contre le sida et contre la toxicomanie, qui relève selon les textes de la compétence de l'Etat.

---

[89] T. Dieuleveux, *Les départements, acteurs de santé publique ?,* Adsp n°5, décembre 1993.
T. Dieuleveux, membre de l'IGAS mettait ainsi en doute la légitimité d'une telle répartition des compétences : s'agissant de la prévention et du dépistage de pathologies qui pèsent lourd (voir la recrudescence de la tuberculose) du point de vue sanitaire, économique et social, les départements sont virtuellement hors course »

[90] Bertrand Garros, *Le temps des clarifications,* Adsp n°5, décembre 1993.

2. Souvent, un manque de précision des textes

Il existe de grandes zones de flou dans la répartition des compétences, qui laissent la place à des interprétations diverses. Conjugué au principe de la compétence générale des collectivités locales sur les affaires qui intéressent leur territoire, ce flou peut permettre une multiplication des initiatives locales, ou, au contraire, une certaine inertie.

Ainsi, pour ce qui est des *centres de planification familiale*, la loi n'a pas établi jusqu'au bout la responsabilité des départements. Si l'activité de ces centres relève de la compétence des départements[91], ceux-ci doivent pour l'exercer en faire la déclaration auprès du préfet et sont soumis à un contrôle de la DDASS[92]. Ce dispositif sous contrôle de l'Etat apparaît d'autant plus complexe qu'il se situe dans des établissements financés par les départements et concerne depuis la loi du 23 janvier 1990, précitée, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles dont les départements ont été rendus responsables par les textes.

3. L'ambiguïté, parfois aussi, des textes

Pour ce qui est du *dépistage organisé du cancer*, le manque de clarté dans l'attribution des compétences à l'Etat, aux départements et à l'*assurance maladie* est un obstacle à la généralisation de la mise en œuvre de dépistages organisés. D'une part, en effet, la loi du 19 décembre 1963, précédemment citée, a confié aux départements la responsabilité et le financement de *« la lutte contre le cancer organisée pour exercer le dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades »*[93]. D'autre part, la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a confié aux organismes d'assurance maladie et aux professionnels la réalisation, dans le cadre de conventions, des examens de dépistage du cancer[94].

En matière de protection maternelle et infantile (PMI), la responsabilité des acteurs n'est pas non plus clairement définie. L'article L. 146 qui introduit le titre concernant la protection maternelle et infantile dispose en effet que : *« L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent titre, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile […] »*. De fait, le département n'est pas le seul à intervenir. L'Etat légifère et réglemente sur les examens médicaux obligatoires, et par ses missions de surveillance et d'observation le département retrouve une responsabilité générale.

---

[91] Art. L. 149–3° du Code de la santé publique.
[92] Art. 9 du décret n°92- 784 du 6 août 1992.
[93] Art. L. 1423-1 du code de la santé publique.
[94] Art. L. 1411- 2 du code de la santé publique *: au vu des conclusions de la conférence nationale de santé, des programmes de dépistage organisé de maladies aux conséquences mortelles évitables sont mis en œuvre dans les conditions fixées par voie réglementaire sans préjudice de l'application de l'article L. 1423- 1. La liste de ces programmes est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.*

4. La superposition institutionnelle au cours du temps

Ainsi, par exemple, en matière de prévention des *accidents domestiques*, les missions de l'Institut national de la consommation, établissement public sous tutelle, recoupent en partie celles de la Commission de sécurité des consommateurs, qui est pour sa part une autorité administrative indépendante. La création récente de plusieurs agences spécialisées (Agence des produits alimentaires, Agence du médicament, Agence de l'environnement), faisant redondance sur certains points par rapport aux missions de la Commission de Sécurité des consommateurs a contribué à rendre le paysage institutionnel particulièrement éclaté. De même, cette dernière conduit des campagnes de prévention alors que c'est également le rôle de l'INPES. Les thèmes abordés peuvent, par conséquent, largement se recouper.

II - L'ABSENCE D'UN *CONTINUUM* STRATÉGIQUE ET D'UNE APPROCHE GLOBALE DE L'INDIVIDU

A - DES ACTIONS QUI NE SONT PAS TOUJOURS DÉVELOPPÉES EN SYNERGIE

A défaut d'une distribution toujours rationnelle des attributions, la coordination entre les structures existantes devient essentielle. Une coordination globale est certes prévue par le Code de la santé publique, qui en charge le ministère de la Santé. Il demeure néanmoins une absence globale de synergie en matière de prévention, même si certaines expériences de partenariat sont exemplaires et méritent d'être reproduites. L'insuffisance de l'articulation entre les actions de dépistage et le système de soins tend à mettre à mal, notamment, les médecines essentiellement préventives que sont la médecine du travail et la médecine scolaire.

L'examen de quelques difficultés majeures de coordination des acteurs permet de prendre la mesure du chemin qui reste à parcourir pour parvenir à la mise en place d'une véritable politique de prévention.

1. Le manque de coordination dans le suivi de l'état de santé des enfants

Avant l'âge de 6 ans, c'est la PMI, qui relève du département, qui est chargée du suivi de l'état de santé des enfants. Puis c'est la médecine scolaire, qui relève de l'Education nationale. L'opportunité de ce choix au regard des impératifs de santé publique a pu être mise en cause[95]. L'absence de coordination entre les services de la PMI et de la médecine scolaire, de même que l'insuffisance des échanges entre elles et la médecine de ville contribuent de fait à la fragmentation du suivi de l'enfant en dépit de l'existence du carnet de santé.

---

[95] Bertrand Garros, directeur des stratégies de santé à la Mutualité française, affirmait ainsi que *La décentralisation [a] pu aboutir à des choix peu conformes aux véritables nécessités de la santé publique comme la coupure entre PMI et santé scolaire, la première relevant du département, l'autre de l'Etat, et la disparition des services unifiés de l'enfance là où ils existaient* : *Le temps des clarifications*, Adsp n°5, décembre 1993.

Les actions de dépistage ne débouchent pas toujours, de surcroît, sur une prise en charge dans les cas où une pathologie a été repérée. Le peu de suite donnée aux bilans médicaux de la médecine scolaire en fournit l'illustration : sur l'année scolaire 2000-2001, dans 6 cas sur 10 les avis prescrivant une consultation ou demandant un complément de diagnostic, de soins ou de prise en charge n'ont eu aucune suite[96]. Une circulaire de 2002[97] insiste pourtant sur la nécessité de s'appuyer sur des partenariats et notamment sur l'indispensable lien qui doit se faire avec les réseaux de soins[98].

Aussi une expérience réussie, menée dans l'Oise, de partenariat entre les différents acteurs locaux pour assurer le suivi des examens médicaux réalisés auprès des enfants de grande section de maternelle, décrite plus en détail dans l'annexe 2, mérite-t-elle que l'on en fasse mention[99]. A la suite d'une réflexion sur le thème de la santé des enfants scolarisés menée dans le cadre d'un Contrat de développement urbain, une expérimentation a été mise en place notamment dans des zones d'éducation prioritaire. Une méthodologie a été définie par un groupe de suivi constitué d'un représentant de chacun des nombreux partenaires. Des résultats très positifs ont été enregistrés à la suite de cette expérience, le taux de couverture des différents troubles ayant, à l'exception de ceux du comportement, qui demandent une grande implication des familles, dépassé 80 % (troubles dentaires ou du langage), voire approché 100 % (troubles visuels ou auditifs). Dans sa communication au conseil des ministres du 26 février 2003, le ministre délégué à l'Enseignement secondaire a d'ailleurs incité à la généralisation de cette expérience exemplaire.

2. Les difficultés de l'Education nationale à agir avec d'autres acteurs

Alors même que les comportements en matière de santé sont reconnus comme déterminants, et que la prévention des comportements « *à risque* » relève en partie de l'éducation, *le sanitaire et l'éducatif demeurent cloisonnés*. Le fait que le nouvel Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, créé par la loi du 4 mars 2002, soit placé sous la seule tutelle du ministère de la Santé, et non pas aussi sous celle du ministère de l'Education nationale est un élément révélateur, parmi d'autres, de ce cloisonnement.

---

[96] *Rapport intermédiaire sur la santé des jeunes en milieu scolaire*, présenté par le Dr Philippe Most, IGAS, janvier 2003.

[97] Circulaire du 25 avril 2002 relative à la politique de santé en faveur des élèves.

[98] *Le champ des questions abordées dans le domaine de la santé des élèves nécessite de poursuivre ou d'engager de manière organisée et volontariste un travail en réseau s'appuyant sur des partenaires clairement identifiés et qualifiés, au premier rang desquels se situent le ministère de la Santé et les réseaux de soins*.

[99] Dr Pascale Boudoux, médecin de l'Education nationale, département de l'Oise, *Dépistage et suivi des troubles de la vue, de l'audition et du langage, une expérience dans l'Oise, Education et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 4° journée d'assurance maladie de la CANAM, Sénat-Palais du Luxembourg, mars 2001.

Au niveau régional, si les personnels de santé de l'Education nationale sont progressivement intégrés dans *les Programmes régionaux de santé*, tel n'est pas le cas des personnels enseignants et des personnels d'encadrement. Cet effet de coupure est préjudiciable à plus d'un titre : non seulement il n'encourage guère la diffusion de l'expertise médicale, la transmission des compétences au sein du monde éducatif et le décloisonnement des catégories professionnelles, mais il peut encore expliquer le manque d'engagement des enseignants en matière d'éducation à la santé. Celle-ci reste, en effet, essentiellement le fait, dans le second degré, des médecins et infirmières scolaires, et cela en dépit de la création des CESC et de la perspective globale dans laquelle est désormais conçue l'éducation à la santé[100].

L'Education nationale ne participe, en outre, que faiblement à l'élaboration des Schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS). Ce sont les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) qui sont chargées de l'élaboration des SREPS, même si la circulaire de 2001 qui a institué les SREPS suggère aux DRASS de *« s'attacher à établir un partenariat privilégié avec l'Education nationale, particulièrement impliquée dans le champ de l'éducation pour la santé »*. Un rapport consacré à la santé des jeunes en milieu scolaire[101], tout en estimant justifié que le ministère de la Santé soit « chef de file », déplorait ainsi l'effacement relatif de l'Education nationale en la matière. De son côté, le ministre délégué à l'Enseignement secondaire, dans sa communication au conseil des ministres le 26 février 2003, a pointé cette difficulté[102].

L'Education nationale éprouve, de fait, des difficultés à agir en synergie avec les autres acteurs, même ceux qui, au niveau local, travaillent dans le champ de l'éducation et de la prévention. Le CESC est pourtant, de par sa nature, un dispositif unique de prévention de l'Education nationale dans et hors l'école, qui a vocation à s'inscrire dans les politiques éducatives locales, dans la perspective d'une ouverture de l'école à son environnement. La circulaire du 25 avril 2002, précédemment citée, insiste précisément, de nouveau, sur la nécessité de s'appuyer sur les partenariats et mentionne notamment la politique de la ville et les collectivités territoriales.

Dans la pratique, l'école semble avoir du mal à partager sa légitimité éducative, et les CESC fonctionnent de façon trop autarcique, restant peu connus en dehors de l'Education nationale. Le président de l'Association nationale des directeurs de l'éducation des villes de France (ANDEV) évoquait ainsi la *« connaissance marginale »* du terme même de « *CESC* » au sein des services

---

[100] J.P Baeumler, *L'école citoyenne, le rôle du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté,* janvier 2002.

[101] Rapport intermédiaire, janvier 2003, op. cit.

[102] Soucieux d'inscrire la politique de santé en faveur des élèves dans le cadre général de la politique de santé publique et de favoriser les partenariats locaux, il a notamment souligné que *l'élaboration des SREPS devait être l'occasion d'un dialogue approfondi avec les recteurs, afin d'assurer leur cohérence avec le volet santé des projets académiques.*

d'éducation des collectivités locales[103]. Les projets portés et mis en œuvre par les CESC souffrent de ne pas s'inscrire en cohérence avec les projets éducatifs locaux, tels que les volets « *éducation* » des Contrats locaux de sécurité (CLS), des Contrats éducatifs locaux (CEL), ceux aussi des Comités communaux de la prévention de la délinquance (CCPD), ou des cellules de veille éducative, qui, placées sous l'autorité des maires, et présentes dans deux cents villes sont chargées de repérer et de prendre en charge les jeunes en rupture ou en voie de rupture scolaire. La création des CESC n'a pas facilité la compréhension des différentes logiques éducatives menées par l'Etat, et, souvent, le sentiment d'un empilement anarchique de celles-ci prédomine.

De même, si l'Education nationale a noué un partenariat avec la MILDT, si elle est, en effet, le principal acteur de prévention sollicité par celle-ci, qui est aussi le principal financeur des programmes pour la prévention de l'usage des substances psychoactives de l'Education nationale, ce partenariat se révèle déséquilibré et n'est pas sans créer des tensions. Le partenariat entre l'Education nationale et la MILDT signifie souvent, pour la première, la perte, au profit de la seconde, de la maîtrise du projet éducatif. La procédure expérimentale, menée dans dix départements, de délégation directe de crédits destinés à la prévention en milieu scolaire par la MILDT tend de plus à dessaisir les chefs d'établissement et les autorités académiques au bénéfice des chefs de projet départementaux de la MILDT. L'ambition éducative des CESC risque de se trouver alors réduite à la seule mission préventive en matière de santé, au détriment de sa mission éducative[104].

3. L'insuffisance des partenariats avec d'autres acteurs que ceux de la santé

Des problématiques spécifiques de santé publique, telles que *la santé mentale*, notamment la prévention du suicide, la prévention de l'aggravation des troubles psychiques chez les mineurs en grande difficulté ou les personnes en situation de précarité, appellent des réponses qui dépassent le champ de la santé, même si elles ne peuvent se dispenser de l'appui des professionnels spécialisés en psychiatrie. Elles nécessitent donc la mise en place de partenariats au niveau local.

S'agissant de la *prévention du suicide*, le manque de collaboration entre les médecins libéraux et hospitaliers était déjà souligné dans l'étude du Conseil économique et social consacrée au suicide[105], qui estimait que c'est en termes de réseaux sanitaires (hôpitaux, médecins de ville, structures associatives) que devrait être pensée l'organisation de cette prévention. Mais cet enjeu ne concerne pas les seuls professionnels de santé.

---

[103] Rapport Baeumler, op. cit.
[104] Rapport Baeumler, op. cit.
[105] *Le suicide*, étude du Conseil économique et social présentée par M. Michel Debout, 1993.

Concernant *les adolescents*, trop souvent, le lien n'existe pas entre les personnels et particulièrement les éducateurs en contact quotidien avec eux et les services de soins. Certaines réalisations qui mettent en œuvre une telle coordination méritent par conséquent d'être citées. Ainsi, à Grenoble, une équipe psychiatrique a constitué en 1989 un *« réseau adolescents »*[106] regroupant des médecins, des psychologues, des infirmiers et des assistants sociaux. Une *« antenne adolescents »*, service de consultations et de soins en ambulatoire, a été créée et représente un partenaire privilégié des personnels agissant dans les structures scolaires : infirmières, assistantes sociales, proviseurs et enseignants. Des contacts réguliers ont été établis entre les membres de l'équipe psychiatrique et les lieux de vie des adolescents. Dans chaque situation difficile, un référent est désigné pour les suivre. Il permet de simplifier et de rendre plus efficace l'aide qui leur est apportée.

De façon plus globale, le travail en commun des différentes institutions qui peuvent connaître les enfants ou les adolescents (enseignants, infirmières scolaires, Protection judiciaire de la jeunesse,…) est réduit, comme l'a souligné notamment le Rapport 2001 de la Conférence nationale de santé dans sa partie consacrée à la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes[107].

Dans plusieurs villes, on a néanmoins assisté à la création, pour les jeunes en difficulté, de services psychiatriques en collaboration avec les services de la justice, de l'éducation et du secteur médico-social.

Dans le domaine de la prise en compte de *la « souffrance psychosociale »* des expériences innovantes et positives ont été menées au niveau local. L'exemple de celle menée à Nanterre, détaillée dans l'annexe 3, est intéressant à cet égard.

Dans le domaine de la *prévention des comportements de dépendance aux substances psychoactives*, si la tendance est désormais, sous l'impulsion de la MILDT, au décloisonnement, cette évolution apparaît quelquefois difficile à mettre en œuvre pour les institutions fondées sur la spécialisation des risques.

4. L'implication inégale des acteurs dans les programmes élaborés à l'échelon régional

Les Programmes régionaux de santé (PRS) sont *« élaborés et mis en œuvre en coordination, notamment avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et établissements de santé, les professionnels et les associations qui y participent »*. Leur évaluation intermédiaire réalisée en 2000[108] a souligné que l'effort d'intégration réussie des médecins libéraux à la démarche de projets régionaux marquait un tournant important dans notre

---

[106] Haut comité de santé publique, *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, février 2000.

[107] *Chacun reste de son côté, avec sa logique propre, conduisant à une sorte de saucissonnage des enfants dès le plus jeune âge jusqu'à 18 ans entre plusieurs structures de santé.*

[108] Evaluation intermédiaire des programmes régionaux de santé - PRS 1995-1999, ASPHER, 2000.

système de santé, mais a noté néanmoins que les préfets, chargés de coordonner leur élaboration et leur mise en œuvre, s'investissaient en moyenne insuffisamment, de même que les collectivités territoriales, et que les URCAM et les ARH, soit parce qu'elles étaient trop nouvelles, soit parce qu'elles ne considéraient pas que leurs compétences s'inscrivaient dans la politique régionale de santé. Aussi, les ambitions des PRS sont-elles apparues comme ayant été réalisées en partie seulement. En dehors des DRASS, les programmes de santé ont semblé surtout mobiliser les instances régionales de l'assurance maladie et des médecins libéraux.

Les acteurs de terrain s'accordent, en outre, à penser que le décloisonnement ne doit pas être seulement institutionnel mais aussi intellectuel et culturel. Ils soulignent, en effet, la carence d'une véritable culture de santé publique générale et d'une formation commune en matière de gestion. Les acteurs des PRS reconnaissent par ailleurs que la collaboration avec des acteurs étrangers au domaine de la santé, par exemple avec le ministère de l'Equipement, l'aménagement du territoire, la police ou la gendarmerie, est très difficile.

De même, les *Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins* (PRAPS) représentent un outil transversal de coordination et de concertation entre de nombreux acteurs. La circulaire de la Direction générale de la santé[109] définissant leurs orientations pour la période 2003-2006 semblait néanmoins pointer implicitement les insuffisances de la coordination. Elle soulignait, en effet, la nécessité de répondre à *« l'enjeu de cohérence au sein de la politique régionale de santé »*, et de prendre en compte pour l'élaboration des PRAPS les orientations des schémas régionaux d'éducation pour la santé en direction des personnes en situation de précarité. Les PRAPS doivent, en particulier, venir en soutien à la politique d'éducation pour la santé, de nutrition ou de prévention du sida. Ils doivent faciliter la concertation sur la mise en œuvre de la politique de lutte contre le saturnisme infantile. Toujours dans un objectif de cohérence, ils doivent s'articuler avec les programmes régionaux de santé. La même circulaire, en recommandant une plus grande mobilisation des acteurs, révèle l'implication insuffisante des professionnels de santé, et le trop faible engagement des associations. Elle pointe également l'inscription marginale des PRAPS dans les projets et contrats territoriaux (contrats d'agglomération, contrats de pays, contrats de ville), rendant nécessaire une réflexion sur les modalités de co-pilotage des projets locaux au croisement des politiques territoriales et de la politique de santé.

[109] Circulaire de la Direction générale de la santé DGS/DS6D/100 n°2002 du 19 février 2002.

5. Une activité de recherche peu coordonnée dans le domaine de la prévention

Il n'existe pas de structure chargée à la fois de coordonner la recherche et d'assurer la diffusion des connaissances auprès des professionnels. Lorsque les données d'ordre épidémiologique, sociologique, etc. existent, cette information vient souvent de sources multiples et n'est pas synthétisée. En matière de *maladies cardiovasculaires*, par exemple, les études concernant les consommations alimentaires, l'état nutritionnel, les comportements addictifs, l'accès au système de soins, les méthodes de soins, les résultats de la rééducation, les représentations des citoyens, sont toutes réalisées dans des institutions différentes : caisses d'*assurance maladie*, DREES, InVS, AFSSA, AFSSAPS, PMSI, CREDOC,… Cette dispersion et cette fragmentation des informations disponibles sont du reste déplorées par certains professionnels[110].

B - DES ACTIONS DE PRÉVENTION PARFOIS EN DÉCALAGE PAR RAPPORT À L'ÉVOLUTION PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DE L'INDIVIDU

1. Le dépistage des troubles d'ordre physique ou psychique chez l'enfant n'a pas lieu assez tôt

L'existence d'une relation entre les anomalies neuromotrices et les risques de troubles à l'âge scolaire est connue depuis une trentaine d'années grâce aux travaux pionniers d'Amiel-Tison, qui a mis en évidence la valeur prédictive des signes neuromoteurs dépistés avant 18 mois de vie et retrouvés entre 3 et 5 ans. Une évaluation neurologique lors de la première année de l'enfant permettrait de trouver une explication à certains troubles qui arrivent apparemment inopinément à l'âge scolaire, et de proposer une prise en charge adaptée dans un but préventif et éducatif[111]. Et si le taux de 80 % de participation au bilan médical effectué lors de la sixième année est en soi satisfaisant, celui-ci intervient trop tard pour dépister les pathologies éventuelles qui auraient intérêt à être soignées plus tôt.

---

[110] Le professeur J. Ménard considérait ainsi que *«l'ensemble du système de soins n'est pas suffisamment construit pour donner des renseignements rapidement interprétables et permettant de faire des choix »*, in *Comment progresser encore dans la prévention, l'exemple des maladies cardiovasculaires*, La santé en France au XXIème siècle, Quelles perspectives ? Sous la direction de M. Tubiana, 2001.

[111] L. Vaivre-Douret, *Les troubles du bébé : prédictifs des troubles à l'âge scolaire*, Adsp, n°26, mars 1999.

L'insuffisance du repérage des troubles de santé mentale et des souffrances psychiques chez l'enfant est patente, et constatée par de nombreux travaux, notamment ceux de l'Académie nationale de Médecine[112], du Haut comité de santé publique[113], estimant que la prévention des troubles psychiques de la petite enfance est souvent *« à l'état de friche »*, du Conseil économique et social[114], ou de l'IGAS[115]. L'INSERM a fait le même constat au terme de sa récente expertise collective[116], en soulignant qu'il s'écoule souvent plusieurs années entre l'apparition des premiers symptômes et leur dépistage. Celui-ci est, en effet, absent des dispositifs existants de surveillance systématique des enfants, qu'il s'agisse des examens de santé entre le 9ème et le 24ème mois, ou de ceux effectués à l'entrée de la maternelle et de l'école primaire. Or selon cette même étude, un enfant ou adolescent sur huit souffre d'un trouble mental[117].

2. Les actions de prévention primaire se situent souvent à un âge trop tardif

Les actions de prévention ne remontent pas assez en amont à l'origine des troubles. Or, en la matière, la relation parents-enfant est déterminante, et cela dès le plus jeune âge de l'enfant. Par exemple, la dépendance psychique aux produits psychoactifs s'explique souvent par un besoin d'auto-comblement en vue d'essayer de réparer le processus traumatisant de la séparation qui a eu lieu dès les premières phases de l'enfance. Dans la mesure où une partie des racines des problèmes de dépendance a donc à voir avec les liens précoces parents-enfant poursuivis par les liens plus larges adultes enfant, le soutien aux jeunes parents constitue un enjeu de première importance. Le soutien aux mères isolées, la valorisation de la fonction paternelle, l'importance soulignée aux parents de soutenir et de valoriser l'enfant tout autant que d'introduire des frustrations et des limites s'avèrent être des actions aussi fondamentales que rares[118]. Sur ce point, une initiative prise à Nanterre, qui organise une consultation systématique

---

[112] *Il faut … porter un intérêt particulier à la santé mentale et sociale. En effet, aujourd'hui celle-ci constitue le principal problème car le développement psychique d'un individu est un continuum dominé par le vécu de la petite enfance. Dépister les troubles précocement est une notion relativement nouvelle qui devrait être mise en œuvre…*, in *Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ?*, Académie de médecine, Paris, 2002.

[113] HCSP, *La Souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, février 2000.

[114] Rapport du Conseil économique et social, *Prévention et soins des maladies mentales. Bilan et perspectives*, présenté par M. Pierre Joly, 1997.

[115] *Rapport intermédiaire sur la santé des jeunes en milieu scolaire*, IGAS, janvier 2003.

[116] *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent »*, février 2003.

[117] Ces troubles émotionnels ou comportementaux sont le plus souvent l'autisme, l'hyperactivité, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles du comportement alimentaire, la schizophrénie. L'INSERM a souligné qu'*ils interfèrent sur le développement de l'enfant, freinent ses apprentissages scolaires, et peuvent compromettre son devenir*.

[118] *Quelques repères pour la prévention des dépendances*, La Santé de l'homme n° 347, mai-juin 2000.

en PMI associant une psychologue municipale au pédiatre, mérite d'être citée[119]. Déjà le rapport du Conseil économique et social précédemment cité[120] soulignait la carence problématique du repérage et du traitement de la dépression maternelle qui suit l'accouchement, carence capable d'influer sur l'équilibre psychique de l'enfant. Ce même rapport déplorait alors l'absence de liaison entre les services de maternité des hôpitaux et ceux de la PMI.

C'est à l'adolescence que les actions de prévention sont le plus souvent menées : prévention du suicide, de la violence, des relations précoces non protégées. Or, beaucoup d'éducateurs ont constaté que nombre de préadolescents sont déjà profondément inscrits dans des schémas comportementaux et deviennent inaccessibles aux messages de prévention délivrés par les adultes. Les adolescents, soit par excès, soit par manque d'assurance, peuvent avoir tendance à prendre des risques, gratuitement ou par défi à l'ordre établi par ces adultes auxquels ils ne veulent pas s'identifier. De plus, les actions qui leur sont destinées sont ciblées sur des produits (alcool, tabac, etc.) et non sur les déterminants qui expliquent leur consommation.

Certains dispositifs s'efforcent de favoriser la prise en compte précoce des signes de fragilité, soit en sensibilisant les adultes proches des adolescents à la perception des divers signes d'appel de leur part en début de difficulté et en les formant au dialogue et à l'éventuelle orientation vers des lieux d'écoute adaptés, soit en proposant aux adolescents des lieux d'écoute animés par des professionnels. Des *« lieux de parole »*, individuels ou de groupe, facilitant l'expression des besoins des parents ou des enfants avec des professionnels, existent aussi dans un certain nombre de départements, notamment sous la dénomination *Points Ecoute Parents* ou *Points Ecoute Jeunes*. Le Conseil national du sida a souligné l'intérêt de favoriser l'information et l'accueil pour fournir des repères, en déplorant cependant la couverture très incomplète du territoire par ces *Points Ecoute*[121].

Concernant le repérage du mal-être des jeunes et la prévention du suicide, les adultes au contact de ces jeunes en difficulté se sentent démunis. Les médecins généralistes, interlocuteurs privilégiés de proximité, ne reçoivent pas de formation à la psychologie, à la relation, à l'information sur les turbulences de l'adolescence. Or, 80 % des personnes décédées ont vu un médecin généraliste ou un intervenant du système de soins dans le mois qui précède leur geste suicidaire. Les professionnels de santé et les éducateurs exerçant en milieu scolaire ne sont pas assez formés à la *« clinique des petits signes »* (somatiques, scolaires, familiaux, délictueux) à l'origine du repérage des crises suicidaires. L'expression de la dépression chez l'adolescent est en effet très différente de

---

[119] L. El Ghozi, *La demande des politiques aux psychiatres* ; La Santé de l'homme n° 359, mai-juin 2002.

[120] *Prévention et soins des maladies mentales. Bilan et perspectives*, op. cit.

[121] *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique*, rapport, avis et recommandations, juin 2001.

celle de l'adulte[122]. Cette situation était déjà pointée dans l'étude du Conseil économique et social sur le suicide, présentée par M. Michel Debout en 1993.

D'autre part, le problème d'accès aux soins est réel pour les adolescents. Délaissés par les secteurs infanto-juvéniles, ils sont souvent renvoyés au secteur adulte, mal adapté aux spécificités de leur souffrance. Face à celle-ci, il existe, en effet, un *« vide institutionnel »*[123]. En matière de prévention de la récidive, après une tentative de suicide, la prise en charge psychologique est trop rare, malgré quelques services spécialisés dont les résultats sont très encourageants : Réseau d'accueil des suicidants et de leur famille, dans les Yvelines, Unité médico-psychologique de l'adolescent et du jeune adulte à Bordeaux.

3. Le suivi des personnes au-delà de leur activité professionnelle n'est quasiment pas organisé

Outre le fait qu'elle n'assure pas le suivi de toutes les personnes dans leur activité professionnelle, mais seulement les salariés, la médecine du travail, par définition, ne suit pas non plus les personnes au-delà de leur période d'activité. Cette situation est particulièrement préjudiciable pour les pathologies professionnelles qui comportent un long degré de latence avant de se manifester.

Certains médecins du travail, conformément à leur mission de santé publique, ont pu cependant envisager le suivi de l'état de santé des personnes au-delà de la période d'activité professionnelle. Ainsi à *Electricité de France*, des études longitudinales par cohortes permettent de détecter chez les retraités un certain nombre de pathologies chroniques, notamment cancéreuses, liées à d'anciennes expositions professionnelles à des éléments pathogènes[124].

Depuis quelques années, d'autre part, le suivi post-professionnel des personnes à la retraite qui ont travaillé dans des industries à risque constitue l'une des priorités des centres d'examen de santé. Les activités de ces centres gérés par le régime général d'assurance maladie ont en effet fait l'objet d'une réorientation et d'une redéfinition dans le but d'améliorer leur efficacité.

Concernant *l'amiante*, il existe en théorie une surveillance post-professionnelle. Depuis un décret de 1988, un salarié cessant d'être exposé à un risque professionnel susceptible d'entraîner une affection liée à l'amiante peut, en effet, bénéficier, sur sa demande, d'une surveillance post-professionnelle tous les cinq ans. Le nombre de personnes effectivement suivies demeure faible néanmoins[125].

---

[122] HCSP, *La Souffrance psychique des adolescents et des jeunes en difficulté*, février 2000.
[123] Conférence nationale de santé, rapport 2001.
[124] J.F Girard, *Quand la santé devient publique*, Hachette Littératures, 1998.
[125] Rapport de la Cour des Comptes sur *l'institution prévention et l'amiante.*

4. Des actions de prévention ne prennent pas assez en compte l'environnement de l'individu

Dans les établissements scolaires, les actions d'éducation à la santé peuvent souvent apparaître en contradiction avec l'environnement scolaire lui-même. Alors même que les CESC, selon les textes, ont pour ambition un projet global prenant en compte l'organisation de la vie au sein de l'établissement pour favoriser les comportements responsables à l'égard des risques, les incohérences sont souvent flagrantes. Tel est le cas, par exemple, entre des actions visant à améliorer les habitudes alimentaires et une offre nutritionnelle déséquilibrée, que ce soit à la cantine ou dans les distributeurs mettant à la disposition des élèves des boissons sucrées. Tel est également le cas entre des actions de prévention bucco-dentaire et l'absence de temps prévu pour se laver les dents après la cantine, ou encore entre des actions éducatives pour la prévention du sida et l'absence de mise à disposition de préservatifs… Des études ont précisément montré comment l'attention portée aux facteurs d'adoption et d'implantation des programmes proposés à l'école fait toute la différence en termes d'effectivité et d'efficacité[126].

La situation de *la médecine du travail* est à cet égard représentative. Elle consiste, trop souvent, en une pratique exclusivement clinique, lors des examens médicaux annuels des salariés, au détriment d'une intervention dans et sur la situation de travail, et cela dans un contexte de développement de la précarité du travail, du stress négatif dans le travail et des dépressions réactionnelles prises en charge par la médecine de soins. Sans véritable expertise des conditions et de l'environnement de travail, les avis d'aptitude médicale risquent de manquer le véritable enjeu d'une médecine de prévention. La connaissance qu'ont les médecins du travail des conditions de travail est en effet souvent parcellaire et théorique. Si depuis 1979, les locaux de travail leur sont réglementairement accessibles, les contraintes temporelles liées aux exigences en matière de quotas d'examens cliniques annuels font que les études sur les conditions de travail restent insuffisamment développées. Les médecins du travail n'assurent que très peu l'activité de surveillance de l'hygiène et de l'adaptation des conditions de travail qui devrait prendre un tiers de leur temps. De surcroît, dans le contexte de pathologies professionnelles souvent longues à se déclarer, le constat médical ne peut prétendre résumer toutes les actions de prévention.

---

[126] P.D. Mullen, D. Evans, J. Forster, N.H. Gottlieb, M. Kreuter et coll. *Settings as an important dimension* in health education/promotion. Health Educ. Q 1995, UCL, Bruxelles.

C - LE MANQUE DE DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES OU COMPORTEMENTALES

Le manque de données en épidémiologie et l'insuffisance d'informations concernant certains comportements à risque empêchent, en certains domaines, de construire une réelle politique de prévention. Ces données constituent, en effet, le socle de toute prise de décision en la matière.

Dans le domaine des *maladies professionnelles* par exemple, la connaissance précise de la part attribuable aux facteurs professionnels dans l'étiologie des cancers est encore fragmentaire. Plusieurs raisons expliquent cette situation : l'insuffisance des moyens de recherche et de surveillance épidémiologique, la méconnaissance de l'exposition, la sous-déclaration des maladies professionnelles, le délai d'apparition des cancers, longtemps après l'exposition professionnelle, leur origine le plus souvent pluri-factorielle,… La difficulté à évaluer la part des maladies professionnelles occulte de ce fait un problème sanitaire essentiel et empêche de construire une politique de prévention plus ambitieuse en amont des facteurs de risques.

Les statistiques officielles de la CNAMTS relatives aux maladies professionnelles ne donnent ainsi qu'une vision très partielle de la réalité du phénomène des cancers professionnels en France. Pour qu'un cancer soit reconnu comme maladie professionnelle, il doit figurer parmi les 15 tableaux de cancers professionnels au régime général de l'assurance maladie. Mais peu de cancers d'origine professionnelle sont reconnus actuellement comme maladies professionnelles. De plus, un certain nombre de cancérogènes avérés ne font pas l'objet d'un tableau de maladie professionnelle. Enfin, les effets sanitaires quantifiés des substances probablement cancérogènes ne sont pas connus, encore moins ceux de substances nouvelles, pas ou peu explorées.

La difficulté, de même, à appréhender la réalité des *accidents professionnels* est un obstacle à la mise en place d'une prévention mieux adaptée. Si la non-déclaration des accidents professionnels est sans doute moins importante que celle des maladies professionnelles, le problème est néanmoins bien réel. Construites dans une optique gestionnaire et comptable, les statistiques de la CNAMTS ne permettent aucun suivi conjoncturel des accidents du travail. Il s'agit d'une comptabilité financière qui dresse un bilan annuel des dépenses, et non d'un recensement précis des accidents de l'année et de leurs caractéristiques. La déclaration reste, en second lieu, sommaire, et ne donne aucune information sur les conditions de survenue de l'accident, sur l'éventuel dysfonctionnement de l'organisation, etc[127].

---

[127] Sylvie Hamon-Cholet, *Accidents du travail : vers des statistiques plus proches de la réalité ?*, La santé de l'homme, n°3555, septembre-octobre 2001.

Il manque de même, dans le domaine des *accidents domestiques*, un dispositif de collecte et d'analyse des données quantitatives. Par exemple, une étude réalisée par l'INSERM[128] souligne que la recherche épidémiologique menée en France dans le domaine des accidents d'enfants et de leur prévention est aujourd'hui quasi inexistante, contrairement aux pays anglo-saxons. Les enfants de moins de 10 ans constituent une population ayant peu fait l'objet d'études épidémiologiques en santé publique et vers laquelle la prévention paraît la plus pertinente puisqu'elle s'opère avant l'augmentation brutale des accidents et de la mortalité des jeunes, notée à partir de 15 ans dans tous les pays. A partir des données de mortalité, la difficulté est de répartir par catégories les autres accidents autres que ceux de la circulation : accidents domestiques, scolaires, sportifs ou de loisir. Par ailleurs, il n'existe pas d'indicateurs plus fins que les taux de mortalité, tels que la morbidité, qui définirait les états relatifs à la maladie ou au handicap, pour évaluer les conséquences des accidents. Actuellement, seuls les accidents mortels de la circulation sont précisément recensés, et le nombre réel d'enfants victimes d'accidents domestiques reste inconnu.

Dans son rapport d'évaluation de la politique de *lutte contre le sida* en France développée entre 1994 et 2000, le Commissariat général du plan a souligné la défaillance dans la surveillance de l'épidémie à partir du moment où l'arrivée des nouveaux traitements impliquait de façon urgente de repenser le système de surveillance[129]. Il concluait que : *« L'incapacité à réunir les outils épidémiologiques nécessaires constitue un échec majeur »*.Un nouveau système n'était toujours pas en place à la fin de l'année 2002.

Dans un autre domaine, les manifestations et l'étiologie de *la dysphasie et de la dyslexie* sont encore mal connues. Le champ de la recherche semble encore en effet manquer de travaux menés dans un cadre rigoureux. Outre le fait que ces déficiences font, selon les différents acteurs de la recherche, l'objet d'approches conceptuelles divergentes, les procédures et les outils utilisés pour un dépistage et pour un diagnostic efficace apparaissent, malgré des progrès accomplis, encore trop peu fiables. Il apparaît paradoxal que différents instruments soient mis en place sans que ce qu'ils sont censés mesurer soit toujours clairement défini. Cette situation a pu parfois conduire un enfant à être identifié comme ayant un trouble d'apprentissage dans un contexte donné alors que ce trouble n'est pas diagnostiqué lorsqu'il est évalué à l'aide de critères différents[130].

---

[128] Anne Tursz et Pascale Gervouin-Rérolle, *Les accidents de l'enfant en France : quelle prévention, quelle évaluation ?*, INSERM, 2001.

[129] Il était alors nécessaire, pour suivre au plus près la progression de l'épidémie, de mettre au point un mécanisme de déclaration anonyme de séropositivité, et non plus de la maladie.

[130] Rapport présenté par Jean-Charles Ringard *A propos de l'enfant dysphasique et de l 'enfant dyslexique*, Ministère de l'Education nationale, juillet 2000.

S'agissant des informations quantitatives et qualitatives sur *les attitudes et les représentations dont sont porteurs les individus qui ont des comportements à risque*, la matière manque en certains domaines pour orienter de façon éclairée les politiques à tenir.

Ainsi, *les déterminants profonds*, de nature psychique, *des comportements à risque chez les jeunes* sont rarement étudiés. Un mémoire sur la prévention en direction des jeunes[131] réalisé pour les Mutuelles de France a souligné à cet égard le peu d'études se penchant sur le lien qui pourrait exister entre la prise de risque et le mal-être ressenti par les jeunes. Aussi, les actions de prévention renvoient-elles trop souvent la responsabilité du comportement au jeune lui-même, en oubliant l'origine de celui-ci. L'un des objectifs essentiels du plan triennal 1999-2001 de la MILDT était précisément de développer la recherche, jusque là insuffisante, en sociologie, anthropologie, économie, psychologie en matière notamment d'alcool et de tabac.

De même, le Commissariat général du Plan[132] a souligné l'insuffisance des recherches sur *la situation des populations migrantes*, en particulier celles originaires des pays d'Afrique subsaharienne tant du point de vue épidémiologique que de celui des attitudes et comportements *vis-à-vis du risque de sida*. De la même façon, la question de la précarité, aujourd'hui souvent mise en cause dans le processus de diffusion de l'épidémie, est peu étudiée. En outre, alors que les jeunes constituent une cible privilégiée des politiques, on dispose de peu de données sur l'évolution de leurs connaissances ou de leurs comportements face au VIH.

Très peu d'études sont, en outre, réalisées sur l'évolution d'une prévention à mener non plus vers les personnes qui doivent se protéger pour éviter d'être contaminées, mais vers les personnes séropositives pour leur permettre de protéger leurs partenaires dont le statut sérologique est différent. Les actions de prévention restent, en effet, sous-tendues par une conception essentiellement défensive et individualiste de la protection[133].

---

[131] Céline Martinez, *Vers une autre approche de la prévention en direction des jeunes*, mémoire de DESS d'économie et de gestion des systèmes de santé, sous la direction de Véronique Parel, 2003.
[132] Rapport du Commissariat général du Plan sur *La politique de lutte contre le sida 1994-2000*.
[133] *Actualité et dossiers en santé publique*, n°40, septembre 2002.

CHAPITRE III :

LA LONGUE ABSENCE D'UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION SUR LE LONG TERME

I - LES FREINS À LA MISE EN ŒUVRE D'UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE PRÉVENTION

A - DES MOYENS FINANCIERS ET HUMAINS LIMITÉS

Les acteurs de la prévention, fort nombreux, ne disposent pour leur plus grande part que de ressources très minimes au regard des missions qu'ils s'efforcent de remplir. Notamment, l'efficacité des actions menées par les associations est très souvent freinée du fait de l'incertitude et de l'insuffisance de leur financement. Une grande partie de leur énergie passe en effet à motiver, réunir, et faire s'accorder leurs différents financeurs. L'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA), par exemple, souligne qu'aujourd'hui les moyens accordés à la prévention du risque alcool sont inférieurs à 1 % de ses coûts médico-sociaux[134] et à 2 % des recettes perçues par l'Etat sous forme de taxes sur les alcools. Aussi, pour l'année 2003, l'ANPA estimait-elle indispensable, pour mener à bien ses actions de prévention de proximité, un doublement de ses moyens financiers.

1. Des moyens financiers difficiles à évaluer mais en tout état de cause modestes

1.1. Les « Comptes nationaux de la Santé », compte satellite de la Comptabilité nationale, font ressortir deux grands agrégats

- La *« consommation médicale totale »* représente la valeur des biens et services médicaux consommés sur le territoire national

En son sein, la *« consommation de services de médecine préventive et d'autres services de santé publique »* comprend deux volets :

- la médecine préventive et de dépistage, composée des actes médicaux statistiquement identifiables, qui ne concerne que des groupes de population (jeunes enfants, enfants scolarisés, salariés) ou des dépistages de pathologies (examens généraux de santé, cancers, maladies transmissibles), et ne recense que les actes effectués dans le cadre de programmes financés par les collectivités publiques, tels que la PMI et la santé scolaire, les fonds de prévention de l'assurance

[134] Ces coûts sont estimés à dix-sept milliards d'euros : P. Kopp, Ph. Fenoglio, *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Paris, OFDT, 2000.

maladie et des entreprises, pour ce qui concerne la médecine du travail ;

- les programmes spécifiques de santé publique, qui regroupent les interventions sur les grandes pathologies ou sur les comportements et situations à risques tels que le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, etc.

- Les *« dépenses courantes de santé »* sont un concept un peu plus large

Pour ce qui concerne la prévention, ce concept ajoute à la *« consommation de services de médecine préventive et d'autres services de santé publique »* les *« missions de santé publique à caractère général »*, regroupant les dépenses de protection de la santé (observation, veille, alerte, sécurité sanitaire et hygiène du milieu) et de promotion de la santé (information, sensibilisation, éducation).

Pour l'année 2001 les dépenses de prévention comprises dans leur sens le plus large, c'est-à-dire incluses dans les *« dépenses courantes de santé »*, s'élevaient à 3 497 millions d'euros, soit 2,4 % des dépenses courantes de santé, proportion stable sur les trois dernières années. Les Comptes nationaux de la santé fournissent également des informations sur les sources de financement de ces dépenses. Ainsi, en 2001, la sécurité sociale n'assurait le financement, soit sous forme de prestations soit dans le cadre de ses dépenses courantes, que de 15,3 % de l'ensemble, l'Etat et les collectivités locales 49,2 %, et les autres acteurs 35,5 %.

1.2. Les dépenses ainsi comptabilisées sont cependant sous-estimées

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, précise de façon très explicite dans la présentation des Comptes de la santé qu'il ne s'agit, pour ce qui concerne la *« consommation médicale totale »*, que de la consommation *« individualisable »*, et que *« seuls sont pris en compte dans ce poste les services de prévention statistiquement isolables, ce qui minore l'importance réelle des dépenses de prévention. On ne peut en effet identifier l'activité médicale qui a un caractère préventif non isolable et qui est incluse dans la consommation de soins et de biens médicaux (actes et prescriptions des médecins et dentistes en ambulatoire essentiellement) »*.

Si en effet des actes de prévention sont clairement identifiés en tant que tels, comme la mammographie de dépistage, de nombreux autres actes relèvent en fait de la prévention, notamment une très forte proportion des actes de biologie médicale et de radiologie. Il est par ailleurs communément admis par la communauté médicale que 10 à 15 % de l'activité des médecins consiste à effectuer des actes relevant de la prévention. Ainsi, la prise de tension ou le frottis de dépistage sont-ils dans de nombreux cas des actes de prévention et non

de suivi d'une pathologie[135]. De la même façon, une partie de la consommation de médicaments peut être considérée comme effectuée à titre préventif. Une étude récente[136] financée par la CANAM s'est, par exemple, efforcée de repérer pour l'année 2000, sur la base du *« rapport Médicam »*, les médicaments prescrits à titre préventif et d'analyser la part qu'ils représentent, en valeur et en volume, dans les dépenses d'assurance maladie, en fonction des différents domaines de prévention. Sur les cent médicaments les plus prescrits en valeur, la part de ceux prescrits à titre préventif a été estimée à 22 % du montant total remboursé par le régime général de l'assurance maladie[137]. Ainsi, selon les résultats de cette étude, si l'on avait réintégré la valeur des médicaments prescrits à titre préventif et remboursés par le seul régime général dans l'enveloppe médecine préventive au sein de la consommation médicale totale, la part de la médecine préventive dans la consommation médicale totale aurait augmenté de 2 points[138].

Une autre étude publiée par la DREES en 2001[139], partant du résultat d'enquêtes réalisées en 1992 et en 1997, estimant à environ 8 % des consultations de médecine de ville et 0,8 % de l'activité hospitalière la part consacrée à la prévention, avait évalué, pour l'année 1999, les dépenses de prévention non répertoriées à près de 50 % des dépenses identifiées par ailleurs, soit un montant alors proche de 10 milliards de francs.

La DREES a également publié en juillet 2003[140] les premières conclusions d'une approche exploratoire proposant, à partir des données recensées par les Comptes de la santé, une estimation des dépenses du système de santé consacrées à la prévention. Cette estimation, qualifiée de minimale par ses auteurs, s'élève pour 1998 à 9 milliards d'euros, soit 7 % de la dépense courante de santé.

---

[135] Cf : Audition devant la section des affaires sociales du Conseil économique et social, le 26 février 2003, de M. Michel Régereau, vice-président de la commission santé-prévention de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et M. Christian Schoch, directeur du département des politiques de santé de la CNAMTS.

[136] Nathalie Pelletier-Fleury, Nathalie Hersent, Gérard de Pouvourville, *Les comptes de la prévention*, Centre de recherches en économie et gestion appliquées à la santé (INSERM U537), recherche financée par la CANAM (2000).

[137] Les médicaments le plus prescrits à titre préventif seraient ceux visant à lutter contre les affections cardiovasculaires, les affections digestives et les maladies endocriniennes, et pour ces médicaments la part de ceux prescrits à titre préventif serait supérieure à celle de ceux prescrits à titre curatif.

[138] Les auteurs pointaient que pour être exhaustif, il aurait été nécessaire non seulement de mener ce type d'analyse sur l'intégralité du rapport Médicam, et de l'étendre au rapport Médicanam et à l'équivalent à la MSA, mais aussi d'adopter la même démarche pour évaluer les médicaments prescrits à titre préventif dans les collectivités, hôpitaux, PMI, centres de santé, etc.

[139] Citée par D. Tabuteau in *Les nouvelles ambitions de la politique de prévention*, Droit social n°12, décembre 2001.

[140] DREES, *Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé, une approche exploratoire*, Études et résultats n° 247, juillet 2003.

1.3. La logique de fonctionnement budgétaire empêche de dégager des budgets plus conséquents

La logique actuelle, centrée sur le respect d'équilibres budgétaires annuels, est particulièrement mal adaptée aux dépenses de prévention, dont les retombées doivent s'évaluer sur le long terme, la santé ne pouvant être assimilée à un *« risque court »*[141]. Elle constitue non seulement un obstacle à la continuité des actions menées en prévention, mais empêche de surcroît de dégager des budgets plus importants. Tous les investissements dans la prévention sont en effet constatés l'année où ils sont réalisés, sans qu'il soit possible d'apprécier les retours sur investissements à plus long terme.

2. Des moyens en personnel également restreints

- Les médecins de santé publique sont en nombre limité pour pouvoir répondre à l'ensemble de leurs missions

Les médecins inspecteurs de santé publique *« participent à la conception, à la mise en œuvre, à l'exécution de la politique de santé publique…(et) contribuent à l'organisation du système sanitaire et à la promotion de la santé »*[142]. En 2003, ils étaient environ 500, et les vacances de postes s'élevaient à une centaine, en raison notamment du nombre relativement élevé de détachements (90 au 1er juin 2003). L'Ecole nationale de santé publique (ENSP) de Rennes forme actuellement chaque année une vingtaine de médecins en moyenne[143]. Des difficultés de recrutement[144] de ces médecins ont été rencontrées, liées notamment aux perspectives jugées insuffisamment attractives en termes de carrière et de rémunération[145] qui leur sont offertes, même si une réforme statutaire a été entreprise en 2000 afin précisément de revaloriser leur grille indiciaire et de fluidifier le déroulement de leur carrière. Les médecins inspecteurs de santé publique éprouvent, par ailleurs, des difficultés croissantes à remplir les multiples missions – inspection, conduite d'évaluations, animation de programmes de santé, veille sanitaire, surveillance épidémiologique,… - dont ils ont été progressivement investis.

---

[141] Cf : audition par la section des affaires sociales du Conseil économique et social, le 5 février 2003, de M. Bertrand Garros, directeur des stratégies de santé à la Fédération nationale de la mutualité française.

[142] Décret n° 91-1025 du 7 octobre 1991 modifié par le décret 2000-956 du 29 septembre 2000.

[143] 34 en 2000-2001, 16 en 2001-2002, 21 en 2002-2003 (du 1er mai 2002 au 30 avril 2003), 24 en 2003 (du 1er janvier au 31 décembre 2003) ; source : ENSP.

[144] Ils sont recrutés par concours, l'un ouvert aux spécialistes de santé publique, de par leur formation ou leur expérience, l'autre ouvert aux médecins fonctionnaires et agents de l'Etat ou des collectivités territoriales.

[145] Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique, dossier de presse, décembre 2001.

- La médecine scolaire souffre d'une insuffisance manifeste de médecins et d'infirmières

Les médecins de l'Education nationale sont responsables d'un secteur géographique comprenant un ou plusieurs lycées ainsi que les collèges et écoles qui s'y rattachent. A la rentrée 2002, le taux d'encadrement moyen était de un médecin de secteur pour environ 6000 élèves[146], et environ 38 % de l'activité médicale du service de promotion de la santé était exercée par des médecins vacataires. En 1999, un rapport de l'IGAS-IGAEN soulignait déjà les carences d'un tel système : impossibilité, dans certaines zones, notamment rurales, de procéder à des recrutements par manque de candidatures, instabilité permanente des médecins, qui n'hésitent pas à abandonner leurs fonctions en cours d'année dès qu'une offre plus intéressante se présente, faible investissement professionnel de ces personnels du fait de la précarité de leur statut. Ce manque de moyens se fait d'autant plus ressentir que ceux-ci ne sont pas toujours utilisés de façon optimale. Le rapport de l'IGAS-IGAEN s'interrogeait, par exemple, sur le bien-fondé du bilan d'orientation en troisième : un outil très lourd serait mobilisé pour traiter un problème qui, *in fine*, apparaît marginal [147].

- La médecine du travail souffre également, de son côté, d'un manque évident de moyens

Le déficit en médecins spécialisés en médecine du travail apparaît aujourd'hui comme un problème structurel. L'enquête la plus récente[148] menée par l'Inspection médicale du travail auprès des médecins du travail a permis de recenser 7 611 médecins dans le secteur privé, EDF et la fonction publique hospitalière. Chaque médecin du travail a en charge une moyenne de 2 909 salariés en service médical interentreprises interprofessionnel - 2 689 salariés en service médical interentreprises professionnel - avec des écarts régionaux pouvant atteindre 20 %. En service médical d'entreprise, la charge par médecin est nettement moins élevée, avec 1 713 salariés. Ces chiffres sont en légère augmentation par rapport à 1997[149]. Dans le secteur privé, le déficit de médecins du travail est estimé à un nombre compris entre 270 et 799, selon que la surveillance médicale serait renforcée[150] de 15 ou de 25 %. Par ailleurs, 59 % des médecins du travail ont aujourd'hui plus de 50 ans, alors qu'en 1994 ils n'étaient

---

[146] Le service de promotion de la santé en faveur des élèves disposait de 2103 postes de médecins, se répartissant en 1311 postes de médecins à plein temps et 793 postes budgétaires qui permettaient de rémunérer environ 1200 médecins vacataires. Rapport intermédiaire sur la santé des jeunes en milieu scolaire, présenté par le Dr Philippe Most, IGAS, janvier 2003.

[147] *Ce bilan ne peut servir théoriquement qu'à interdire à un jeune d'aller dans une voie de son choix, compte tenu de ses aptitudes physiques du moment … Ainsi les médecins de l'Académie de Versailles ont réalisé, en 1997, 55 322 examens d'orientation scolaire et professionnelle pour, en définitive, ne demander qu'à 286 jeunes de réexaminer leur choix professionnel.*

[148] *Enquête démographique Inspection médicale du travail 2002-2003.*

[149] Bilan annuel sur les conditions de travail 2002.

[150] Soit une heure par mois pour 10 salariés au lieu d'une heure pour 18 salariés.

que 25 %. Dans la fonction publique non hospitalière et dans les établissements publics, les visites médicales sont souvent insuffisantes voire inexistantes.

L'insuffisance du nombre de médecins du travail est aggravée par le fait que les missions de la médecine du travail, définies en 1946, alors que la médecine libérale n'était pas aussi développée qu'aujourd'hui, peuvent avoir perdu de leur actualité au regard de l'évolution des besoins. Ainsi les médecins du travail emploient l'essentiel de leur temps aux visites annuelles médicales des salariés alors que par ailleurs il existe des exigences importantes de surveillance des risques professionnels.

- Beaucoup d'autres institutions connaissent de pareilles difficultés

La *Commission de sécurité des consommateurs*, à titre d'exemple, se trouve confrontée à l'invocation de plus en plus fréquente du principe de précaution par le grand public et les médias, ainsi qu'au phénomène de la *« judiciarisation »* du social, mais souffre du peu de moyens, en effectifs tout d'abord, qui lui sont attribués.

Cette faiblesse des moyens en personnels « *dédiés* » aux actions de prévention est renforcée par une activité trop exclusivement curative de nombreux professionnels de santé. Lorsque ces derniers souhaitent s'impliquer davantage dans la prévention, leur activité est insuffisamment reconnue et donc mal valorisée.

B - LES DIFFICULTÉS À ÉTABLIR OU À FAIRE APPLIQUER DES NORMES CONTRAIGNANTES

1. Le poids des lobbies et des intérêts économiques

1.1. Des mesures normatives empêchées par la logique économique

Au niveau tant européen que national, certaines mesures pourtant essentielles d'un point de vue de santé publique n'ont pu être prises, face à la pression d'intérêts économiques, dans les secteurs notamment de l'industrie automobile, du tabac ou de l'alcool. Certains professionnels de santé considèrent ainsi que *« Le risque majeur en matière de santé publique est la recherche du profit »*[151], et que l'optimisation de celui-ci peut conduire à l'explosion de nouveaux risques comme l'obésité.

Si l'Union européenne a permis certaines avancées en matière de prévention, elle a tendance, dans la continuité du traité de Rome, à accorder la priorité à l'activité économique. Aussi le problème rencontré en matière de prévention est-il, très souvent, de nature politique. La *lutte contre le tabagisme* doit, par exemple, affronter des intérêts économiques très importants, comme en témoigne l'annulation en 2000, par la Cour européenne de justice, de la directive

[151] Pr. Joël Ménard, IEPS, 2003.

d'interdiction de la publicité pour le tabac à la suite d'une intense campagne de lobbying menée notamment en Allemagne[152].

Cette directive, initialement proposée en 1989, n'avait été adoptée qu'en 1998. Pour contrer les conclusions de rapports comparant la dépendance engendrée par la nicotine à celle provoquée par l'héroïne ou la cocaïne, l'industrie du tabac finance une association qui s'efforce d'empêcher l'adoption de mesures anti-tabac par l'Union européenne. S'agissant de la prévention des *accidents de la route*[153], une analyse semblable pourrait être menée.

Sur le plan national, l'assouplissement extrême dont a fait l'objet la *« loi Evin »*, dans son volet « alcool », témoigne, de même, de la force des pressions des intérêts économiques. Notamment, le législateur avait voulu réserver aux régions productrices la publicité par affichage en faveur des boissons alcooliques. Or devant la difficulté, tant au plan pratique qu'au plan juridique, de définir ces « zones de production », un amendement aboutissant à une libéralisation complète de la publicité pour l'alcool par voie d'affichage ou d'enseigne a été adopté : rien ne s'oppose à la présence d'affiches publicitaires pour l'alcool, même sur les stades. Le régime actuel de l'affichage publicitaire en faveur de l'alcool est ainsi moins restrictif que celui mis en place par la *« loi Barzach*[154] » en 1987, qui prohibait la publicité pour l'alcool sur les lieux sportifs ainsi que dans les locaux accueillant des associations de jeunesse ou d'éducation populaire. Aujourd'hui, les interdictions en vigueur concernant la publicité en faveur de l'alcool ne s'appliquent qu'au cinéma et à la télévision, ainsi qu'au parrainage.

1.2. Les stratégies de contournement de certaines industries

Quand elles ne sont pas vidées de leur sens, les lois sont parfois l'objet de stratégies de contournement qui prennent des formes très variées. Ainsi, pour répondre à l'augmentation du prix des cigarettes, l'industrie du tabac a commercialisé des « paquets enfants » de dix cigarettes permettant aux jeunes d'acquérir des marques à forte valeur ajoutée d'image sans dépasser un prix symbolique. Le leader du marché en France et dans le monde réalise ainsi les trois quarts des ventes dans ce format.

---

[152] Dès 1992, l'industrie du tabac en Allemagne avait consacré 50 000 DM à deux études devant évaluer le caractère anticonstitutionnel, au regard de la constitution allemande, d'une telle interdiction : Actualités Tabac, n° 27, juin 2002.

[153] La France a tenté, en 1999, de déposer un projet de limitateur de vitesse et d'enregistreur pour les véhicules légers. Or le représentant allemand s'est opposé à la normalisation de ce dispositif, les voitures allemandes ayant très souvent un rapport poids-puissance très supérieur aux modèles français, position qui a été soutenue par l'Organisation des constructeurs automobiles. La France a dû s'incliner et retirer son projet de norme : Pr. Claude Got, *La légitimité du cadre géographique des politiques de prévention au regard de l'épidémiologie*, *Les politiques de prévention*, Médecine-Sciences Flammarion, 2003.

[154] Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social.

D'autre part, l'augmentation du prix des cigarettes ayant déplacé la consommation vers des produits moins coûteux comme le tabac à rouler, les marques de papier à cigarettes ont récemment développé de nouvelles stratégies pour gagner de nouveaux clients[155].

En outre, l'interdiction de la publicité en faveur du tabac a pu stimuler une certaine forme de publicité, plus détournée, dans laquelle aucun nom de cigarette n'apparaît mais qui reprend strictement les codes graphiques des marques et qui vise directement les jeunes en leur proposant par exemple des jeux concours ou la vente d'articles de sport et d'objets divers. Certains experts en marketing ont pu souligner combien les citations encodées des marques de tabac rendent celles-ci infiniment plus sympathiques aux yeux des jeunes que les citations directes qui existeraient en l'absence de loi. Certaines marques de cigarettes organisent en outre des distributions gratuites de leurs produits dans des endroits tels que les discothèques.

2. La loi, parfois dépourvue des moyens de se faire respecter

La *« loi Evin »*, que ce soit pour lutter contre l'alcoolisme ou contre le tabagisme, n'a pas désigné de corps de contrôle spécifique chargé d'assurer le respect de ses dispositions. Cette faiblesse du dispositif n'est compensée qu'en partie par le rôle important dévolu aux associations dans le contrôle de l'application de la loi. En vertu de deux dispositions[156] introduites par cette loi, les associations de lutte contre le tabagisme ou contre l'alcoolisme régulièrement déclarées depuis au moins cinq ans[157] ont en effet la possibilité d'exercer les droits reconnus à la partie civile pour porter plainte auprès des officiers de police judiciaire. Les actions judiciaires engagées par ces associations ont, de fait, contribué au respect des dispositions de la loi.

Deux aspects de la *« loi Evin »* peuvent être évoqués, particulièrement représentatifs de cette absence de contrôle spécifique dont souffre l'application de la loi.

2.1. L'interdiction de fumer dans les lieux collectifs

Dans l'esprit du législateur, la portée symbolique de la loi, faisant intervenir la puissance publique dans le domaine de la vie privée en matière de santé publique, devait l'emporter sur la démarche répressive. En réalité, la contradiction apparente entre le fort impact de la loi dans l'opinion publique et

---

[155] En témoignent notamment en 1998 une campagne d'affichage et d'annonces presse ciblée expressément sur les jeunes, ou l'image d'une chanteuse et d'un acteur célèbres sur le site internet d'une marque. L'industrie du papier à rouler met également en place des stratégies visant à associer la consommation de tabac à rouler à des valeurs telles que l'humour, l'impertinence, l'ouverture multiculturelle, le refus des conventions ou la transgressions des lois, en particulier celle qui interdit de fumer sur les lieux à usage collectif : Actualités Tabac n°16, juin 2001.

[156] L'art. L. 355-32 du Code de la Santé publique et l'art. L. 96 du Code des débits de boissons.

[157] Notamment, le Comité national contre le tabagisme (CNCT) ou l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA).

les entorses au respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics peut trouver une explication dans l'esprit même de la loi. En effet, en renvoyant au droit commun[158] les moyens de contrôle des dispositions de la loi, la volonté du législateur était moins de contraindre que d'inciter les personnes à autoréguler leurs comportements[159].

Ce contrôle relevant du droit commun de l'interdiction de fumer apparaît tout particulièrement inadapté dans certains établissements : établissements scolaires, bars et restaurants, hôpitaux. L'intervention, rare, des corps d'inspection relevant respectivement du ministère de l'Education nationale, du ministère de l'Economie et des Finances, et du ministère chargé de la Santé n'a pas permis de combler cette lacune. Ainsi, alors même qu'il a été montré qu'une politique énergique de lutte contre le tabac en milieu scolaire pouvait permettre de réduire l'incidence du tabagisme chez les élèves[160], la loi n'est pas respectée dans les deux tiers des établissements scolaires. Dans le secteur de la restauration, le dispositif réglementaire ne se donne pas non plus les moyens d'être pleinement efficace. La DDASS des Hauts-de-Seine notait ainsi, en 1999, que seuls 30 % des établissements de restauration du département étaient en conformité avec la loi[161].

Sur les lieux de travail, même si l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs doit désormais être inscrite dans les règlements intérieurs de toutes les entreprises et faire l'objet d'une surveillance de la part des inspecteurs du travail, la grande majorité des fumeurs disent fumer sur leur lieu de travail, et un tiers des Français estime que les zones non-fumeurs ne sont pas bien respectées. Les salariés enfumés contre leur gré ont du mal à faire respecter leur droit dans un environnement où leur emploi est parfois menacé. Dans l'entreprise, l'application de la *« loi Evin »* ne semble pas réellement mise en œuvre partout, et l'administration du travail paraît réticente, de son côté, à faire respecter les droits des non-fumeurs.

---

[158] En l'absence d'autorité désignée spécifiquement pour le contrôle de l'application du décret du 29 mai 1992, seuls les officiers de police judiciaire peuvent constater les infractions par procès verbaux sur plainte d'une association habilitée à se constituer partie civile ou d'un particulier auprès du Procureur de la République ou du commissariat afin de sanctionner un fumeur ou un employeur contrevenant aux dispositions de la loi. Cette situation, de nature à décourager les initiatives individuelles, explique que les parquets ne soient pas fréquemment saisis de telles plaintes.

[159] *La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*, rapport d'évaluation du Commissariat général du Plan au Premier ministre, rapport de la commission présidée par M. Guy Berger, octobre 1999.

[160] Actualités Tabac, n°18, septembre 2001.

[161] *Protection contre le tabagisme et ventilation dans les bars et restaurants. Etude sur le respect du décret n° 92-478 du 29 mai 1992*, DDASS des Hauts-de-Seine, Service Santé Environnement septembre 1999.

2.2. L'interdiction de la publicité pour l'alcool

La *« loi Evin »* n'est manifestement pas respectée non plus sur ce plan. Si les associations habilitées à conduire des procédures devant les tribunaux réussissent à contenir les excès dans ce domaine, les interventions du Bureau de vérification de la publicité (BVP) semblent limitées, faisant parfois considérer qu'un tel système de contrôle, géré par une profession ou une émanation de la profession dans le domaine des médias, est défaillant[162]. Afin de contrecarrer les contournements de la *« loi Barzach »* de 1987 et du code d'autodiscipline des professions intéressées, les rédacteurs de la *« loi Evin »* avaient pourtant opéré une inversion de logique juridique en instituant désormais une liste d'autorisation en matière de publicité en faveur de l'alcool : ce qui n'est pas autorisé est par conséquent interdit.

3. Des mesures parfois laissées à la bonne volonté des acteurs

Dans le domaine de l'Education nationale, l'abondance des dispositions en matière de prévention et d'éducation en milieu scolaire ne doit pas masquer les difficultés de leur mise en œuvre sur le terrain, comme le souligne une étude réalisée à la demande du ministère dans le courant de l'année 2001-2002[163]. Le projet d'école, par exemple, ne fait que dans seulement 14 % des établissements place à l'éducation à la santé et à la sexualité, contrairement à ce que recommande fortement la circulaire du 24 novembre 1998 précitée. Lorsqu'elle y figure, elle prend la forme d'actions ponctuelles[164] plutôt que d'actions échelonnées sur l'année scolaire, alors que l'inscription dans la durée de ces actions de sensibilisation est jugée essentielle pour que les élèves en retirent un bénéfice. Au collège, la situation est nettement plus satisfaisante, puisque l'éducation à la santé et à la sexualité est inscrite dans la grande majorité des projets d'établissement. De leur côté, les personnels de santé s'engagent inégalement dans leur élaboration, les infirmières paraissant davantage impliquées que les médecins.

Au collège, les 30 à 40 heures prévues par les textes pour les rencontres éducatives sur la santé sont, très souvent (pour les deux tiers des collèges ayant déclaré organiser ces rencontres) réduites à 21 heures. Enfin, la création d'un Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) n'est pas systématique

---

[162] Claude Got, professeur ; *Risquer sa peau,* Bayard, 2001.

[163] Chi-Lan Do, François Alluin, *L'éducation à la santé et à la sexualité à l'école et au collège,* Les dossiers, novembre 2002. Direction de la programmation et du développement - ministère de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche

[164] Même sous forme ponctuelle, ces actions ont, en effet, du mal à se développer. Ainsi, une information et une sensibilisation sur l'enfance maltraitée n'ont été organisées en 2000 que dans 14 % des écoles maternelles et 47 % des écoles primaires, alors qu'elles sont normalement inscrites dans l'emploi du temps (loi 2000-196 du 6 mars 2000 instituant un Défenseur des enfants). De même, une journée des droits de l'enfant n'a eu lieu que dans 17 % des écoles maternelles et 51 % des écoles primaires. Les autres types de journées spécifiques sont encore plus rares.

dans chaque établissement. Si leur existence, inscrite dans la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, est intégrée dans la loi d'orientation sur l'éducation de 1989, elle ne l'est pas dans le décret de fonctionnement des établissements scolaires de 1985. De plus, selon l'évaluation publiée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en 1998, elle n'est souvent que formelle.

Si chacun s'accorde à dire que l'éducation à la santé doit être intégrée dans le cursus scolaire, qu'elle doit faire partie du *« projet pédagogique »*, si les directives du ministère de l'Education nationale invitent régulièrement les enseignants à le faire, les initiatives demeurent très variables et dépendent du dynamisme et du degré d'implication des intéressés. L'absence d'obligation réelle concernant ces actions d'éducation à la santé empêche, en effet, la mise en œuvre effective d'une véritable éducation à la santé. Le rapport de M. Most, précédemment évoqué, fait ainsi remarquer l'absence de programmes précis et d'évaluation de l'enseignement dispensé en la matière. Dans son plan triennal 1999-2001, la MILDT avait de même souligné que la conduite dans les établissements scolaires d'une politique de prévention déterminée ne peut être laissée à la seule bonne volonté des acteurs locaux[165], mais qu'elle doit devenir une priorité.

En réalité, les mesures tendant à inscrire l'éducation à la santé dans le cursus scolaire ne peuvent prétendre à un caractère obligatoire tant que la formation dispensée aux enseignants en la matière ne sera pas solide. Le problème fondamental de la mise en œuvre de ces textes officiels en matière d'éducation à la santé et à la sexualité est, en effet, celui de l'absence de formation des enseignants et le manque de matériel pédagogique suffisamment attractif. Les instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM) développent peu d'actions en ce domaine, et la plupart des - rares - enseignants qui ont bénéficié d'une formation continue l'ont suivie dans le cadre du plan académique de formation.

---

[165] Selon le Conseil national du sida, ce recours au volontariat serait, en réalité, l'autre face de la faiblesse des moyens consentis : *«Appeler au volontariat, voire au bénévolat, pour mener une politique prioritaire - la lutte contre les drogues - en milieu scolaire, cache mal l'insuffisance drastique des soutiens matériels et humains dévolus à la santé scolaire* : *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique »*, rapport, avis et recommandations adoptés le 21 juin 2001.

C - L'ABSENCE D'UNE RÉELLE CONTINUITÉ DANS LES POLITIQUES ENGAGÉES

1. Un manque, souvent, de persévérance

En matière de *lutte contre le tabagisme*, l'augmentation régulière et importante des prix[166] est considérée comme un levier d'action déterminant dans la régression de la consommation du tabac. L'élasticité de la consommation des cigarettes au prix a d'ailleurs été confirmée par l'INSEE[167]. Pour favoriser une telle politique, la *« loi Evin »* a permis que le prix du tabac ne soit plus pris en compte dans le calcul de la variation de l'indice des prix à la consommation à compter du 1er janvier 1992. Il ressort en outre des analyses menées par l'INSEE que les jeunes sont plus sensibles que les adultes aux variations de prix. Selon la Banque mondiale, l'augmentation substantielle du prix du tabac serait même la mesure la plus efficace auprès des jeunes[168].

La pleine efficacité de cette mesure a cependant souffert du manque de vigueur et de constance mis dans son application. A la suite de la *« loi Evin »*, les prix ont augmenté très sensiblement, de l'ordre de 10 % par an de 1992 à 1997, permettant de renverser la tendance en matière de consommation de tabac[169]. Mais la période 1998-2000 a été marquée par une stabilité de la consommation, le prix du tabac ayant augmenté au même rythme que l'inflation. Le prix du tabac a été à nouveau augmenté, en moyenne de 9,5 %, au début de l'année 2002, et les ventes ont diminué de 4,5 % au cours du second semestre. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 a prévu une hausse de 15 % de ces prix[170], espérant entraîner une chute significative des ventes.

En matière de *lutte contre le sida*, la politique du ministère chargé de la Santé s'est orientée en 1997 vers l'encouragement au diagnostic précoce, indissociable d'une démarche volontaire de dépistage, mais ce choix n'a pas été suivi d'effets en termes de communication. Contrairement à d'autres pays, la communication sur le dépistage s'est montrée en France très modérée tant dans sa fréquence que dans son contenu. Certaines associations, notamment *« Act up »*, ont déploré la rareté de telles campagnes. En Italie, à l'inverse, le dépistage du sida est un thème aussi important que celui du port du préservatif. Entre 1995

---

[166] C'est le gouvernement qui fixe les taxes, tandis que ce sont les fabricants qui fixent le prix de vente. Lorsque l'Etat décide de l'augmentation du prix du tabac, cette augmentation porte sur les taxes qui représentent à peu près 75 % du prix du tabac. Ainsi, pour 1991, le gouvernement avait prévu d'augmenter les taxes sur le tabac dans la perspective d'obtenir une augmentation du prix du tabac de 15 %. Une hausse de 15 % était censée entraîner un recul des ventes de 6 à 8 %.

[167] Ainsi une hausse de 1 % du prix du tabac induirait, au bout de trois ans, une baisse médiane de 0,3 % de la consommation.

[168] *Maîtriser l'épidémie : l'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*, Banque mondiale, Washington, 1999.

[169] Philippe Roy, *Loi Evin : succès pour le tabac, fiasco pour l'alcool*, Le Quotidien du médecin. 22 septembre 1999

[170] Au moyen d'une forte augmentation des *minima* de perception applicables pour le droit de consommation sur les tabacs : Actualités Tabac, n°30, oct. 2002.

et 2000, une seule campagne importante a été lancée en France, en 1998, en ayant recours, de façon innovante, au support télévisuel. Au regard de la date de diffusion des nouveaux traitements, celle-ci est apparue de surcroît relativement tard. L'accès trop tardif au test apparaît, de fait, comme un échec de la politique de lutte contre le VIH dans la mesure où il constitue un obstacle à une prise en charge médicale devenue plus efficace[171].

2. Une mise en œuvre discontinue entre l'échelon national et l'échelon local

La prévention en France se ramène trop souvent à de grandes campagnes médiatiques nationales financées par l'assurance maladie et l'Etat et certaines associations, mais sans prolongement réel d'action locale ou de terrain[172]. Ainsi en matière de prévention du cancer, 20 millions d'euros sont dépensés chaque année pour les campagnes médiatiques au niveau national, mais seulement 3 millions pour les actions de terrain sur toute la France[173]. Les actions du ministère de la Santé, de l'assurance maladie, de la MILDT, de la Ligue nationale contre le cancer occupent un espace médiatique non négligeable, mais elles ne peuvent obtenir des résultats importants faute d'actions plus nombreuses organisées sur le terrain : *« marketing social »*, actions dans les lieux de consommation, interventions dans les lieux publics … Le dispositif au niveau régional et départemental est, en effet, très insuffisant et mal coordonné. Les actions sont donc dispersées et inefficaces, alors que les industries du tabac, détournant la *« loi Evin »*, utilisent souvent de multiples tactiques de promotion publique, souvent très locales et tournées vers les jeunes.

De même, en matière d'actions de communication et de prévention du sida, une forte disproportion d'investissement s'observe entre les échelons national et local : rapportés au total du budget de communication, les crédits déconcentrés ont oscillé entre 1996 et 1999 entre 2 % et 7 % de l'ensemble des crédits. Or cette disparité, qui s'explique par le choix de la visibilité médiatique, a pesé sur la capacité à monter des opérations de proximité[174].

3. Une évaluation trop rare

L'insuffisance de l'évaluation des actions menées empêche de poursuivre et de généraliser certaines expériences ou démarches innovantes.

- La difficulté à évaluer des actions qui visent à modifier nos comportements explique en partie cette insuffisance.

---

[171] *La politique de lutte contre le sida 1994-2000*, Rapport de l'instance d'évaluation présidée par Christian Rollet, Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan, 2001.

[172] Cf : audition par la section des affaires sociales du Conseil économique et social, le 5 février 2003, de M. Lucien Abenhaïm, Directeur général de la santé.

[173] Cf : les dix constats principaux du rapport de la Commission d'orientation sur le cancer, janvier 2003.

[174] *La politique de lutte contre le sida 1994-2000*, op. cit.

Tout d'abord, la connaissance précise des comportements s'avère souvent délicate à établir, les indicateurs ne fournissant pas toujours des informations directement exploitables. Il en va de même pour établir de façon certaine des liens de cause à effet entre certaines mesures et des changements de comportements. Il est, en effet, difficile d'attribuer à telle mesure une évolution des comportements, en éliminant d'autres facteurs d'influence. Le problème se pose, de surcroît, de la durée sur laquelle évaluer les modifications éventuelles de représentation et d'attitude.

Les actions entreprises en la matière ont trop souvent, par ailleurs, pour objectif d'évaluer la seule efficacité des mesures mises en œuvre sans estimer, de façon plus qualitative, les autres effets possibles, inattendus et imprévus de ces mesures. Or évaluer la qualité, et non pas seulement l'efficacité des mesures mises en place[175], permet de mieux connaître les facteurs d'influence et les déterminants psycho-socio-environnementaux, et d'établir par la suite des « critères » ou « standards » de qualité.

- La situation concernant la politique de *lutte contre le sida* est représentative à cet égard

L'absence de suivi et d'évaluation des politiques menées en ce domaine est manifeste malgré les déclarations d'intention nombreuses de la part de l'Etat. Le plan 1995-2000 prévoyait ainsi la mise en place d'un suivi régulier de la réalisation du programme, prenant appui sur l'évolution d'indicateurs mesurables, ainsi que la création d'un centre d'observation externe. A « l'exceptionnalité » des moyens n'a pas répondu un effort particulier d'évaluation accompagnant la politique menée, dont le statut expérimental est pourtant de nature à susciter la mise en œuvre de nouvelles pratiques. Il n'existe notamment pas de tableau de bord et de suivi au niveau national des actions menées dans le cadre des programmations départementales. S'il existe des données épidémiologiques, ainsi que des indicateurs sur le recours au dépistage ou sur les ventes de préservatifs, l'impact des actions de proximité prises individuellement est mal connu, les informations étant de nature essentiellement quantitative. Aussi, les actions de terrain ont souffert d'un déficit durable de formalisation, alors même qu'elles constituaient un axe fort de la politique de lutte contre le sida[176].

- Dans d'autres domaines, comme la prévention des *accidents de l'enfant*, la faiblesse des actions d'évaluation s'explique d'abord par une pénurie d'indicateurs capables d'apprécier le changement des connaissances et des comportements consécutif aux campagnes d'information.

---

[175] C'est-à-dire s'attacher à se demander non pas seulement si telle action produit les effets attendus mais aussi par quel processus tel effet, attendu ou imprévu, est engendré par telle ou telle mesure : A. Deccache, *Evaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines*, Promotion and Education, Vol. IV , 1997/2.

[176] *La politique de lutte contre le sida 1994-2000*, op. cit.

D - LES OBSTACLES À UNE PERCEPTION ET A UNE HIÉRARCHISATION RAISONNÉES DES RISQUES : LE PROBLÈME DU RÔLE DES MÉDIAS

Si la place des médias est essentielle pour assurer le développement de véritables attitudes préventives en matière de santé, l'information qu'ils délivrent auprès du grand public tend à obscurcir la perception de certains risques ou à brouiller les véritables enjeux en matière de prévention.

A cet égard, la *« démédicalisation »* d'une partie de la presse qui peut être observée, les rubriques étant désormais tenues non plus par des médecins mais par des journalistes, tend à se traduire par une présentation parfois trop schématique des problématiques, et par la recherche d'informations susceptibles d'attirer l'attention du plus grand nombre, en privilégiant les aspects nouveaux ou conflictuels[177]. Il en résulte un écart grandissant entre la présentation des risques et des priorités de santé publique donnée dans les médias d'information générale et celle diffusée dans les revues spécialisées[178].

1. Une perception parfois troublée des risques

- La polémique autour du vaccin de *l'hépatite B* illustre significativement l'importance que les médias peuvent avoir non seulement sur l'opinion publique, mais aussi sur les autorités sanitaires du pays

Alors que les pouvoirs publics avaient entrepris en 1994, conformément aux recommandations de l'OMS, une campagne de vaccination massive des nourrissons et des adolescents, qui fut particulièrement suivie par la population[179], une campagne de presse, fortement soutenue par une association de victimes du vaccin, a stoppé brutalement l'engouement pour cette mesure préventive en mettant en doute l'innocuité du vaccin, que l'on soupçonnait de provoquer la sclérose en plaques (SEP). Malgré l'absence de preuves de lien de causalité établies scientifiquement, le gouvernement, tout en continuant à recommander la vaccination, a indemnisé des victimes potentielles du vaccin, contribuant à ancrer dans l'esprit de la population l'idée que la SEP pouvait être provoquée par une vaccination contre l'hépatite B[180]. Lorsque le rapport bénéfice-risque du vaccin pour la population générale, qui était largement positif, fut établi[181], cette analyse n'eut qu'un impact limité face à la remise en cause de l'innocuité de ce vaccin. Les médias, qui ont grandement contribué à mettre en

---

[177] Didier Georgakakis, *Médias et crise de la santé publique. Quelques hypothèses sur le malaise politique*, médias, santé, politique, L'Harmattan communication, 1999.

[178] Claude Got, Professeur ; *Médias, santé et information*, Agora, hiver 1990-1991, n°16.

[179] Entre 1994 et 1997, environ vingt millions de Français ont été ainsi vaccinés. Le taux de couverture de la vaccination était de 76 % chez les élèves de sixième en 1997.

[180] La confusion en matière d'information sanitaire suscitée par le discours médiatique s'est particulièrement illustrée lorsque le journal *Le Parisien* a titré *Le vaccin était bien dangereux !*, sous prétexte que son usage avait été restreint et malgré le fait qu'aucune affirmation de la sorte ne pouvait être faite.

[181] Le bulletin épidémiologique du ministère de la santé indiquait en 1999 que si zéro à deux adolescents sur 800 000 vaccinés avaient pu développer une affection neurologique, aucun lien avec la vaccination n'avait été prouvé.

cause le vaccin, n'ont rien fait pour le réhabiliter. Or, la diminution de la couverture vaccinale des plus jeunes[182] risque d'avoir, à long terme, des conséquences médicales négatives.

- S'agissant du sida, le rôle des médias en matière de prévention apparaît particulièrement problématique

La communication menée en direction du grand public a diffusé, dans un souci d'éviter toute discrimination envers les populations les plus touchées, l'idée d'une égalité devant le risque. Cette logique *« généraliste et consensuelle »*, qui délaisse *« le spécifique et le complexe »* a pu ainsi donner l'impression de ne pas être conçue pour toucher les individus « en marge », qui sont pourtant les plus à risque[183]. Si les médias insistent de plus en plus sur l'importance du mode de contamination hétérosexuelle et sur le fait que celui-ci est en constante augmentation, ils ne précisent pas les contextes véritablement à risques. Comme ont pu le souligner certains professeurs de virologie, il existe un certain manque d'informations claires et précises sur les risques que représentent des pratiques sexuelles avec des partenaires potentiellement à risque[184].

Dans la lutte contre le sida, information et prévention peuvent apparaître comme deux notions qui se superposent jusqu'à se confondre, les médias se trouvant de la sorte investis, de fait, d'une mission de santé publique. Or l'apparition de nouveaux médicaments rend de plus en plus complexes les données scientifiques et médicales à communiquer. Aussi les médias ont-ils pu, par exemple, véhiculer des informations manquant de précision sur les nouveaux traitements du sida, au risque d'altérer les réflexes préventifs et d'associer, dans l'esprit du public, les multithérapies à une *« pilule du lendemain »*. La prévention du sida, à l'heure des multithérapies, doit, en effet, faire comprendre qu'il existe une réponse à la prise de risque sans laisser croire pourtant que le risque est amoindri[185].

- Les messages publicitaires, dont les médias sont le vecteur, peuvent contribuer, sans toujours un véritable contrôle, à promouvoir des produits ou des comportements préjudiciables à la santé

La publicité, plus particulièrement lorsqu'elle utilise des arguments relatifs à la santé, doit respecter un certain nombre de règles soit d'origine nationale ou européenne, soit issues des principes déontologiques élaborés par l'interprofession - annonceurs, agences et supports - et appliqués par les organismes d'autodiscipline en France, - le Bureau de vérification de la publicité, BVP -. Pour les produits autres que les médicaments présentés comme influant directement sur la santé, et notamment en matière de prévention, il existe une

---

[182] Elle est passée de 27,5 % en 1998 à 24 % en 2001.

[183] Laurent de Villepin, *Travers de l'information et failles de la communication*, Prévenir n°25, 2ème semestre 1993.

[184] André Kim et Françoise Stoll-Keller, *Sida et hépatite C, entre sur- et sous- information*, Médias, santé, politique, L'Harmattan, 1999.

[185] Lettre d'information du CRIPS Ile-de-France, n°44, décembre 1997.

procédure relevant de l'AFSSAPS, qui évalue les publicités avant leur diffusion, et qui délivre le visa « PP » (publicité produit). Le droit français n'ayant pas permis aux consommateurs d'être informés de façon optimale de la valeur nutritionnelle des produits, certaines actions publicitaires[186] ont utilisé ce manque de réglementation[187], jouant sur des phénomènes de mode, ce d'autant plus qu'en matière de nutrition les affirmations ont évolué dans le temps - sur l'utilité des aliments allégés, sur le pain ou le sel, etc. - en raison notamment de la complexité de son analyse sur le plan scientifique, comme l'illustre le manque de consensus des nutritionnistes.

2. Une hiérarchisation problématique des risques

Le nombre d'informations diffusées concernant une pathologie n'est pas toujours proportionnel à sa gravité objective dans les statistiques de mortalité ou de morbidité mais à son poids subjectif dans l'esprit du public.

En témoigne notamment la place accordée au cancer, dont la charge affective est plus grande, par rapport à celle des maladies cardiovasculaires, de même que, dans les émissions télévisées, celle donnée au sida par rapport à l'hépatite C. En effet, même si un certain retournement de tendance tend à se manifester, les médias sont peu intervenus s'agissant de l'hépatite C, alors même qu'existe un traitement permettant sinon de guérir la maladie, du moins de l'empêcher de passer à la chronicité ou de retarder le processus. Or pour instaurer ce traitement, les patients doivent être dépistés. Plus de 600 000 sujets sont probablement infectés, dont plus de 60 % risquent fortement d'évoluer vers la chronicité, et parmi eux 20 % courent un risque de cirrhose, et un petit nombre un cancer du foie.

De manière générale, les risques liés aux facteurs comportementaux (équilibre alimentaire, tabagisme…) ont tendance à être sous-évalués par l'opinion publique par rapport aux risques liés à l'hygiène collective (sécurité alimentaire, pollution atmosphérique…). Or les décisions politiques et l'allocation des budgets sont étroitement dépendantes des questions sur lesquelles se focalise l'opinion du public, ce qui entraîne souvent une disproportion entre les sommes consacrées à la réduction de certains risques et la gravité de ceux-ci. Il en résulte une diminution de l'efficacité globale en nombre

---

[186] En France, en 2000, le secteur alimentation et boissons est arrivé au deuxième rang pour le total des investissements publicitaires pour tous les produits et services et pour l'ensemble des médias. Un tiers des publicités télévisées (29 %) concerne les produits alimentaires, boissons comprises. Elles sont marquées par la prédominance des messages pour les produits sucrés de *grignotage*, suivi de ceux pour les boissons, les produits laitiers, les produits prêts à l'emploi et les céréales pour le petit déjeuner.

[187] Les articles L.121-1 à L.121-7 du Code de la consommation interdisent toute publicité comportant sous quelque forme que ce soit des allégations, indications ou présentations fausses ou de nature à induire en erreur. Au-delà des cas d'informations mensongères, ce texte exige que la publicité, qu'elle soit écrite, parlée ou filmée, et quels que soient son mode et l'ampleur de sa diffusion, soit appréciée à partir de la lecture qui en est faite par celui auquel elle s'adresse, c'est-à-dire au public au sens large.

de vies épargnées. Le rapport coût-efficacité des différentes actions envisagées est, en effet, trop peu souvent pris en considération.

Ainsi, pour augmenter la sécurité transfusionnelle, des tests extrêmement coûteux ont pu être réalisés contre l'avis des experts, sous la pression d'une opinion publique bouleversée après l'affaire du sang contaminé[188]. En raison du coût élevé de ces tests et du petit nombre de vies épargnées, le coût par année potentielle de vie gagnée est estimé à environ 100 millions d'euros, alors que dans la lutte contre le tabagisme, par exemple, il est inférieur à 1 500 euros. Ce coût est encore supérieur pour la prévention de la maladie de Creutzfeld-Jakob pour un bénéfice aléatoire. Or le risque de mort par cette maladie observé aujourd'hui, et qui correspond à l'époque où les risques étaient maximaux puisqu'aucune précaution n'était prise, est environ 50 000 fois plus faible que celui lié aux déséquilibres alimentaires, qui constituent un enjeu majeur de santé publique[189]

Il est, certes, bien évident que le nombre de décès ne peut constituer le seul critère pour fixer l'allocation des ressources dès lors qu'il existe une durée d'incubation longue pour certaines maladies. Le risque suppose d'être apprécié à son niveau potentiel, et pas seulement à son niveau visible, sans quoi la prévention aurait toujours un temps de retard. Le cas de l'amiante est significatif. Connu depuis longtemps, il n'a été pris en compte que très tardivement. En revanche, la maladie de Creutzfeld-Jakob a donné lieu à des mesures précoces dès la prise de conscience de ses conséquences.

En tout état de cause, l'absence de mesures les plus simples et les plus efficaces telles que *l'étiquetage des produits alimentaires*, qui apporterait des informations sur l'apport calorique et la teneur en sodium et en graisses saturées et non saturées, apparaît difficilement compréhensible[190].

II - L'ÉMERGENCE RÉCENTE D'UN NOUVEAU CONTEXTE FAVORABLE À LA PRÉVENTION

Ces difficultés ne doivent pas cacher un intérêt nouveau pour la prévention depuis quelques années, qui s'est traduit par une volonté d'inscrire celle-ci plus profondément et plus durablement dans les politiques publiques.

A - UNE RECONNAISSANCE PROGRESSIVE DES ACTIONS DE PRÉVENTION

1. L'intégration de la notion globale de prévention dans le droit positif

La notion de prévention, prise dans son acception générale, n'est apparue dans la législation que dans une période récente. Elle a, en effet, été introduite

---

[188] En 2000, la décision a été prise, pour augmenter la sécurité transfusionnelle, de faire, outre le test Elisa, des examens PCR du virus de l'hépatite C.

[189] *Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ?*, Académie nationale de médecine, 2002.

[190] Id.

pour la première fois dans le Code de la Sécurité sociale par la loi du 5 janvier 1988[191], qui affirme la mission de prévention des caisses d'assurance maladie. C'est sur le fondement de ce nouvel article[192] du Code qu'a été créé en 1989[193] le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS)[194]. Et ce n'est qu'en 1998 que le terme général de prévention a été inscrit dans le Code de la Santé publique grâce à la loi de lutte contre les exclusions[195] qui y pose le principe de *« programmes régionaux pour l'accès aux soins et à la prévention des personnes les plus démunies » (PRAPS).* Auparavant, la notion de prévention n'y apparaissait que sous la forme de dispositions spécifiques en matière de lutte contre les maladies transmissibles.

C'est cependant la loi du 4 mars 2002[196] qui a reconnu pleinement à la prévention une place de premier rang dans la politique de santé. Le texte de cette loi s'est attaché tout d'abord à définir la politique de prévention, qui, selon le nouvel article L. 1417-1 du Code de la Santé publique, a *« pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident ».* Le même article précise, en outre, que *« La politique de prévention tend notamment à réduire les risques éventuels pour la santé liés à l'environnement, aux transports, à l'alimentation ou à la consommation de produits et de services, y compris de santé (…), améliorer les conditions de vie et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (…), entreprendre des actions de prophylaxie et des programmes de vaccination et de dépistage des maladies, des handicaps et des facteurs de risque (…), promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive (…), développer des actions d'information et d'éducation pour la santé (…), développer également des actions d'éducation thérapeutique ».*

Il est à souligner par ailleurs que le projet de loi relatif à la politique de santé publique prévoit un nouvel article dans le code de la santé publique, l'article L . 1411-1, qui doit préciser les responsabilités de l'Etat en matière de politique de santé publique et intégrer la définition de la politique de prévention donnée par l'article 1417-1 dans une définition globale de la politique de santé publique, la frontière entre prévention d'une part et soins d'autre part apparaissant de plus en plus malaisée à définir, en raison notamment de l'essor des soins et des traitements à visée préventive.

---

[191] Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale.
[192] Art. L. 262-1 du Code de la Sécurité sociale.
[193] Par le décret du 18 mai 1989.
[194] Art. R. 251-1 du Code de la Sécurité sociale.
[195] Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998, loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
[196] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

2. L'institutionnalisation et le développement de l'expertise en matière de prévention

La loi du 4 mars 2002, précitée, a créé un Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), qui est un centre d'expertise et de veille en matière de prévention susceptible de conseiller les services de l'Etat chargés de la définition et de la conduite d'actions de prévention. Cet institut doit permettre, en outre, de constituer un *« réseau national de prévention et de promotion de la santé »* à la disposition des autres acteurs nationaux, régionaux et locaux des politiques de prévention. L'INPES a non seulement pour mission, comme le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) qu'il remplace, de concevoir et de produire des campagnes sur les grands thèmes de santé publique, mais encore de développer l'éducation pour la santé en tant que discipline scientifique, et, en conséquence la formation en ce domaine. Alors que le CFES, en tant qu'association, se voyait rediscuter chaque année le montant de son budget, ce qui pouvait entraîner une rupture entre les différents programmes annuels, l'INPES est financé par une dotation globale de l'assurance maladie, lui assurant une plus grande stabilité. Il peut, en outre, à la différence du CFES, financer d'autres associations et/ou actions de proximité en cohérence avec les programmes nationaux.

Certaines réserves ont pu néanmoins être émises quant au caractère ambitieux de ces missions, notamment sur la composition du conseil d'administration de l'INPES, qui ne garantit pas la présence d'un représentant des professions de santé ou des collectivités locales[197]. De plus, sauf en matière d'éducation pour la santé, ses attributions apparaissent peu précises en matière de prévention et de promotion de la santé. Par ailleurs, la consistance et le financement du *« réseau national de prévention et de promotion de la santé »* restent incertains ; aucune obligation n'est faite pour les collectivités locales, les professionnels de la santé, les organisations scientifiques, les caisses d'assurance maladie ou les associations d'y participer[198].

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique recentre, quant à lui, l'INPES sur sa mission première, qui est de mettre en œuvre les programmes nationaux de santé pour le compte de l'Etat. Il supprime également la disposition de la loi du 4 mars 2002 qui assimilait le développement de l'éducation pour la santé à une mission de service public répondant à des normes quantitatives et qualitatives fixées par décret, l'éducation pour la santé étant conçue comme devant rester une composante de la politique de santé, et non pas se penser comme un service autonome.

---

[197] Décret n°2002-639 du 29 avril 2002.

[198] Jean-Michel de Forges, *Organisation institutionnelle des actions de prévention et de promotion de la santé en France*, Médecine-Sciences, Flammarion, 2003. Les politiques de prévention, Les dossiers de l'Institut d'études des politiques de santé

3. La « *symétrie* » entre le financement des soins et celui des actes préventifs[199]

Les dépenses de prévention inscrites dans les différents fonds budgétaires de l'*assurance maladie* ont longtemps été prises en charge non pas au titre de la gestion du *« risque »*, mais au titre de la gestion « budgétaire » des branches, dans le cadre d'enveloppes limitatives qui évoluaient selon un programme déterminé par convention entre chacune des caisses nationales et l'Etat. L'asymétrie entre les dépenses de prévention ainsi « budgétisées » et les remboursements de soins paraissait exprimer le caractère finalement secondaire des politiques de prévention.

La loi du 4 mars 2002 a corrigé cette situation en créant une véritable symétrie entre ces deux catégories de dépenses. Elle élargit en réalité un dispositif mis en place par les lois du 4 février 1995[200] et du 23 décembre 1998[201] pour certaines catégories de dépenses à visée préventive. En effet, ces deux dernières lois avaient introduit au sein du Code de la Sécurité sociale deux dispositions (abrogées depuis par la loi du 4 mars 2002) qui mettaient respectivement à la charge de l'assurance maladie *« la couverture des frais afférent aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé de la Santé »* et *« la couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre des programmes arrêtés en application des dispositions de l'article L. 1411-2 du code de la santé publique »* relatif au dépistage des *« maladies aux conséquences mortelles évitables »*.

La loi du 4 mars 2002 introduit donc *« une innovation considérable pour le financement de la prévention »*[202] en concevant la prévention comme un *« risque »* d'assurance. Dans son article 81[203], elle prévoit que le financement des actes de prévention réalisés dans le cadre des nouveaux programmes prioritaires de prévention est à la charge de l'assurance maladie au même titre que les actes de soins. Il s'agit notamment des examens de dépistage, des examens médicaux prénuptiaux et des vaccinations.

---

[199] Didier Tabuteau, *Les nouvelles ambitions de la prévention*, Droit social, décembre 2001.
[200] Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social.
[201] Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.
[202] Didier Tabuteau, op. cit.
[203] Cet article modifie l'article L. 321-1 du Code de la Sécurité sociale, qui définit l'étendue de la couverture des frais de santé assurée par l'assurance maladie.

B - UNE DÉMARCHE PLUS VOLONTARISTE

1. Un nouveau cadre d'action

1.1. La volonté de lancer des actions nationales et planifiées de prévention

Des jalons d'une politique globale de prévention se mettent progressivement en place. Le 28 février 2001, le ministre délégué à la Santé a présenté en Conseil des ministres une *communication sur l'éducation pour la santé* dans laquelle il soulignait l'importance et la nécessité de l'éducation du citoyen afin de favoriser la prévention des risques sanitaires, qu'ils soient individuels ou collectifs. Par ailleurs, au début de l'année 2001, le ministère de la Santé a engagé plusieurs *actions nationales de prévention*. Un programme national *« nutrition santé »* a été annoncé en janvier 2001, et des plans nationaux de santé publique comportant systématiquement un volet consacré à la prévention ont été annoncés en mars 2001, concernant l'insuffisance rénale chronique, le diabète ou l'asthme.

Pour les années 2002-2005, un *Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles* a été lancé en mars 2002. Il comprend, outre la campagne de prévention des chutes menée par le CFES et l'*assurance maladie*, un important volet prévention[204] concernant les troubles de la marche et les chutes, la dénutrition, l'incontinence urinaire, la poly-médication.

La loi du 4 mars 2002 a introduit dans le Code de la Santé publique un nouvel article[205], qui crée la notion d'*« objectifs et* [de] *programmes prioritaires nationaux de prévention (PPNP) »*. Ceux-ci sont fixés après consultation du Haut conseil de la santé, des caisses nationales d'assurance maladie et de la Conférence nationale de santé. Ils sont transmis pour information aux commissions compétentes du Parlement. Les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale et, en tant que de besoin, les ministres concernés par leur application fixent par arrêté le contenu de chacun des programmes, la liste des actes et traitements afférents ainsi que les modalités et spécifications garantissant la qualité des actions mises en œuvre.

---

[204] Création de postes d'infirmières de prévention au sein de chaque service de court séjour gériatrique ; réalisation d'un guide alimentaire spécifique pour les personnes âgées ; réactualisation du guide *Prescrire, délivrer, administrer des médicaments destinés aux personnes âgées*, à l'usage des médecins, pharmaciens, infirmières ; campagne d'information des professionnels de santé sur les bénéfices et les risques des médicaments chez les sujets âgés.

[205] Art. L. 1417-2 du Code de la Santé publique.

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique consolide encore cette démarche volontariste en prévoyant des *plans nationaux* pour réaliser les objectifs d'une politique de santé publique, dont les résultats devraient désormais être évalués et débattus tous les cinq ans. Ces plans feraient une large place à la prévention, notamment un plan de lutte contre le cancer, un plan national pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives, et un plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement, incluant l'environnement de travail. Chaque plan comporterait un ensemble coordonné d'actions déclinées sous forme de mesures dont certaines trouveront une traduction législative. Le projet de loi prévoit ainsi l'inscription dans le Code de la Santé publique de la création de l'Institut national du cancer.

1.2. Le souci d'une meilleure coordination

Le souci d'améliorer la coordination entre les différents acteurs a amené la création par la loi du 4 mars 2002 d'un *Comité technique national de prévention*[206] qui, sous la présidence du ministre de la Santé, doit réunir les services concernés : outre les différents ministères, les agences de sécurité sanitaire, l'*assurance maladie* et les collectivités territoriales. Les grandes associations nationales de prévention sont, en outre, invitées à contribuer à la définition d'une approche plus systématique et plus globale de la prévention des risques et des maladies.

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique prévoit pour sa part d'instituer un *Comité national de santé publique* qui résulterait de la fusion du Comité technique national de prévention avec le Comité national de sécurité sanitaire (CNSS)[207]: ces deux instances ont en effet actuellement la même vocation de concertation et de coordination interministérielle en matière, respectivement de prévention et de sécurité sanitaire.

2. L'affichage de nouvelles ambitions

Quelques évolutions seulement seront évoquées, révélant une prise de conscience croissante de certains enjeux majeurs d'une véritable politique de prévention, tant au niveau de l'Union européenne qu'en France. A l'échelon de l'Union européenne, le Conseil des ministres de la Santé, par exemple, par une résolution de décembre 2000[208], a souligné une nouvelle fois *« l'importance de la nutrition comme l'un des déterminants majeurs de la santé humaine… »*, s'est inquiété des conséquences de la progression de l'obésité et du surpoids dans

---

[206] Art. L. 1417-3 du Code de la Santé publique.

[207] Ce comité a été créé par la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme - Art. 1413-1 du code de la santé publique.

[208] Résolution du Conseil des ministres de la santé de l'Union européenne sur la santé et la nutrition, session du 14 décembre 2000, 2001/C 20/01, Journal officiel n° C 020 du 23/01/2001 p. 0001-0002.

l'Union européenne, notamment chez les enfants et les adolescents, et a invité la Commission à *« étudier comment favoriser une meilleure nutrition au sein de l'Union européenne, en présentant le cas échéant des propositions appropriées »*. Au niveau national, des initiatives significatives ont également été prises.

2.1. La recherche de réponses aux insuffisances actuelles

- Le suivi de la santé des élèves

Les mesures annoncées le 26 février 2003 par le ministre délégué à l'Enseignement secondaire en vue d'améliorer ce suivi semblent tenir compte des difficultés précédemment soulignées dans le présent rapport. Afin de permettre une meilleure cohérence entre service de la PMI, médecine scolaire, et médecine de ville, un nouveau dossier de santé du jeune devrait remplacer l'actuel carnet de santé. La visite médicale en grande section de maternelle serait, d'autre part, progressivement avancée en moyenne section, dès la cinquième année de l'enfant, afin de détecter plus tôt les troubles susceptibles d'entraver sa scolarité. Un dépistage plus fréquent est par ailleurs envisagé avec deux autres consultations pour les élèves de CM2 et de 3ème. En vue d'améliorer la prise en compte des troubles psychiques, un *« plan-contact »* devrait être défini dans chaque département, après concertation entre les professionnels de l'Education nationale et le secteur de la santé mentale, pour assurer le signalement et la prise en charge des urgences psychiques détectées à l'école. Enfin, pour assurer un meilleur suivi des avis donnés lors des visites médicales et mettre en place un accompagnement personnalisé des familles, un *« plan santé »* devrait être établi, dans chaque département, au début de chaque année scolaire, entre l'Inspecteur d'académie et les autorités sanitaires, en association avec les partenaires locaux.

- La lutte contre le tabagisme

Le respect de la *« loi Evin »* est apparu prioritaire en ce domaine. Le plan national de lutte contre le cancer *« Une mobilisation nationale, tous ensemble »* présenté en mars 2003 prévoit de faire effectivement appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et à l'école. Le ministre délégué à l'Enseignement secondaire a souligné, pour sa part, la nécessité de faire respecter cette interdiction dans les établissements scolaires.

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique donne de nouveaux moyens pour que *la « loi Evin »* soit mieux respectée et moins contournée. Il élargit le nombre des acteurs engagés dans la vigilance judiciaire en étendant la possibilité d'ester en justice[209] aux associations de consommateurs et aux associations familiales. Il est prévu, en outre, des sanctions en cas d'infractions au code de la santé publique : interdictions de fabrication, de vente, de distribution ou d'offre de tabac à usage oral. Celles-ci ne sont pas, en effet, à ce jour, assorties de sanctions. Il serait également désormais possible de déclarer

[209] Cette possibilité a été limitée par la « *loi Evin* » du 10 janvier 1991 aux associations dont l'objet statutaire comporte la lutte contre le tabagisme ou contre l'alcoolisme.

pénalement responsables les personnes morales reconnues coupables de certaines infractions : interdiction de la vente de tabac à usage oral, interdiction de la publicité, infractions aux dispositions d'information sur les unités de conditionnement. D'autre part, l'interdiction de la vente de paquets de moins de dix-neuf cigarettes devrait, elle aussi, être inscrite dans la loi.

- Les risques liés à l'environnement de travail

La prévention des risques provenant de l'environnement de travail a récemment été l'objet de différentes mesures. Le plan contre le cancer, notamment, vise à renforcer la lutte contre les cancers professionnels et environnementaux, en prévoyant, d'une part, une systématisation de la surveillance épidémiologique des personnes exposées à des risques cancérigènes et une meilleure identification des cancers professionnels, d'autre part, le renforcement des dispositifs de contrôle des substances cancérigènes en entreprise, et des risques à effet différés. Le projet de loi relatif à la politique de santé publique introduit, quant à lui, des modifications visant à développer la surveillance épidémiologique des employés des entreprises publiques et privées, tâche dont pourra se charger l'InVS. Il convient, pour cela, que cet institut puisse avoir aisément accès aux documents sur les dangers et l'exposition des salariés, documents que le Code du travail oblige les employeurs à fournir[210].

- La santé mentale

En matière de santé mentale, de par la triple dimension, biologique, psychologique et sociale, de ces troubles, la prévention doit, pour être efficace, se fonder sur une étroite collaboration entre les acteurs. C'est ce dont semble avoir pris acte *le plan gouvernemental de santé mentale de novembre 2001* qui associe acteurs et institutions du champ éducatif, social et médico-social, judiciaire, sanitaire. Ce plan incite, en outre, l'Etat, les élus locaux, les usagers et les professionnels sanitaires et sociaux à collaborer en proposant des outils juridiques d'appui (contrats pluriannuels de développement de la santé mentale, conseils locaux ou territoriaux de santé mentale ….). Il vise plus particulièrement à favoriser l'amélioration du repérage de la crise suicidaire.

Deux orientations ont été privilégiées : favoriser une intervention précoce auprès des personnes en crise suicidaire ou en impasse psychologique, en amont de toute tentative de suicide ou de récidive, et garantir un accompagnement de ces personnes vers des prises en charge adaptées. Dans ce but, des sessions nationales de formation de formateurs régionaux ont été mises en place en 2001 et 2002, permettant à chaque région de disposer d'au moins un binôme de formateurs régionaux, composés d'un psychiatre et d'un psychologue. Les DRASS avaient, quant à elles, la charge d'organiser des formations territoriales interdisciplinaires sur la crise suicidaire en 2002. Ces formations concernaient les associations de bénévoles oeuvrant dans le champ du suicide, les points accueil et écoute jeunes, les médecins généralistes, les pédiatres, les urgentistes,

[210] Art. L. 230-2. III A et L. 236-4 du Code du travail.

les secteurs de psychiatrie, les gériatres travaillant en institution, les professionnels de l'Education nationale, les chefs de service pénitentiaire, les professionnels socio-éducatifs de la Protection judiciaire de la jeunesse.

2.2. Les premiers éléments d'une véritable « culture préventive »

Le plan national nutrition-santé (PNNS), lancé en janvier 2001, marque une volonté nouvelle de la part des pouvoirs publics d'intervenir dans la sphère privée des habitudes alimentaires des citoyens et, d'autre part, de responsabiliser les consommateurs. Ce plan est significatif, en outre, d'un effort pour agir davantage en amont sur les facteurs de risque. Sa particularité est, en effet, de ne pas être directement un plan de lutte contre certaines pathologies (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète….), ou contre certains facteurs de risque (tabac, alcool…), mais un plan global pour la promotion d'un des déterminants majeurs de la santé, l'alimentation. Il témoigne de la prise de conscience de l'augmentation de la prévalence de l'obésité, qui constitue l'un des problèmes majeurs aujourd'hui et, encore plus à plus long terme, de santé publique.

Ce plan se fixe pour objectif d'interrompre l'augmentation de celle-ci chez l'enfant et de diminuer de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes. Il comporte des mesures tendant à l'information et l'éducation à la santé des consommateurs, notamment par la diffusion d'un guide alimentaire national (distribué à un million d'exemplaires), mais également des actions de prévention et de dépistage des troubles nutritionnels. Le ministère de la Santé a, en effet, prévu d'adresser à tous les médecins des courbes de référence et un disque de calcul, à l'image du disque de calcul des grossesses, de l'indice de masse corporelle (IMC) des enfants. Des mesures sont notamment prévues dans les établissements scolaires : la dimension nutrition devrait être mieux intégrée dans les programmes scolaires, et le guide élaboré par l'INPES sera diffusé dans les établissements scolaires. D'autre part, il sera demandé aux chefs d'établissement de limiter la présence des distributeurs de boissons sucrées et d'aliments hyper-caloriques, tandis que sera encouragée l'installation de fontaines d'eau fraîche[211].

En matière d'*éducation à la santé*, la circulaire d'application instaurant l'obligation d'organiser trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges, et les lycées devrait être prochainement publiée. Le caractère obligatoire de ces séances apparaît comme une heureuse innovation en la matière. Pour aider les équipes éducatives à construire leurs actions d'éducation à la sexualité, un guide sera élaboré à leur adresse en collaboration avec l'INPES. Selon les projets du gouvernement, les enseignants devraient, par ailleurs, pouvoir bénéficier de formations locales dans le domaine de l'éducation à la santé.

---

[211] Communication du ministre délégué à l'Enseignement scolaire au Conseil des ministres du 26 février 2003.

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique prévoit, quant à lui, dans le cadre de programmes arrêtés nationalement, à côté des examens de dépistage, des *« consultations de prévention »* aux différents âges de la vie, prises en charge, de même que ces derniers, par l'assurance maladie.

CHAPITRE IV :

QUELQUES EXEMPLES D'EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES

Le présent chapitre apporte un éclairage, par définition partiel, sur des éléments d'organisation et quelques exemples de politiques menées en matière de prévention sanitaire dans trois pays, choisis en raison de l'intérêt de l'approche qui y est développée. Dans ces trois pays étudiés, cette approche de la prévention est tout d'abord sociale, et s'efforce d'associer plusieurs politiques publiques. Son organisation et son financement dépassent donc largement le seul cadre des ministères concernés par la santé. L'action préventive y est par ailleurs définie au niveau national mais dépend pour son exécution de différents niveaux de pouvoir locaux.

Quelques informations de nature démographique peuvent être fournies sur ces pays :

Tableau 1 : Données démographiques pour l'année 2001 en millions

	Canada	Finlande	Royaume Uni	France métropolitaine	Canada (en %)	Finlande (en %)	Royaume Uni (en %)	France (en %)
Population âgée de moins de 15 ans	5,8	0,9	11,1	11,1	18,8	18,0	18,9	18,8
Population âgée de 15 à 64 ans	21,3	3,5	38,4	38,5	68,6	66,9	65,2	65,1
Population de 65 ans et plus	3,9	0,8	9,4	9,6	12,6	15,1	15,9	16,2
Ensemble	31,1	5,2	58,8	59,2	100	100	100	100

Source : OCDE

Tableau 2 : Espérance de vie en 2000

	Canada	Finlande	Royaume Uni	France* métropolitaine
Des femmes à la naissance	82,0	81,0	80,2	82,7
Des hommes à la naissance	76,7	74,2	75,4	75,2
Des femmes à 60 ans	24,7	23,6	23,0	25,3
Des hommes à 60 ans	20,7	19,2	19,4	20,2
Des femmes à 80 ans	9,7	8,1	8,6	9,3
Des hommes à 80 ans	7,8	6,6	6,9	7,4

* Données pour 2000 pour l'espérance de vie à la naissance et pour 1999 dans les autres cas

Source : OCDE

I - LA FINLANDE

A - PRINCIPES D'ORGANISATION ET DE FINANCEMENT

1. L'échelon national

1.1. Organisation

Chaque nouveau gouvernement adopte au moment de sa constitution un programme d'objectifs pour l'action sociale et la santé publique. La préparation, l'exécution et le contrôle du programme gouvernemental sont assurés par un groupe d'orientation composé des représentants de l'association finlandaise des autorités locales et régionales, des institutions de recherche du ministère des Affaires sociales et de la Santé et des ONG.

Tous les deux ans depuis 1995, le gouvernement adresse au Parlement un rapport préparé par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, qui décrit l'état de santé de la population ainsi que les développements souhaitables en matière de santé publique et de protection sociale. Ce rapport définit les orientations prioritaires qui seront ensuite retenues dans le programme du gouvernement. Le rapport de 1999, par exemple, a présenté six axes prioritaires, dont la promotion de la santé chez les jeunes (interdiction de la vente de tabac aux moins de 18 ans, installation de salles non-fumeurs dans les restaurants,…) et l'amélioration de la participation des citoyens à la promotion de la santé.

La prévention est intégrée dans une démarche associant de façon étroite le sanitaire et le social. Elle est aujourd'hui la première des cinq stratégies majeures[212] du *ministère des Affaires sociales et de la Santé*, qui comprend une Direction générale de l'action préventive et de la promotion sanitaire, dont la mission est triple : promouvoir le bien-être sanitaire et social, prévenir les problèmes sociaux et les maladies, et veiller à préserver un environnement sain. Cette direction générale élabore la réglementation relative à la prévention. Elle est également chargée de la gestion des dossiers concernant la protection de la santé et la médecine du travail. Elle veille dans le même temps à ce que les mesures relatives à la prévention des problèmes sociaux et de santé soient prises en compte par tous les volets de la politique générale de l'Etat. Ainsi, l'administration des Affaires sociales et de la Santé coopère avec celles de l'éducation nationale, de l'aménagement du territoire, de l'emploi, de la construction et du logement, de la culture et du transport. Elle est également chargée de la surveillance des substances chimiques et de la sécurité des produits dans le domaine de la santé. Enfin, elle assure la tutelle de l'*Institut national*

[212] Les autres stratégies sont la préservation des droits fondamentaux et des services de base, le financement de la sécurité sociale, la mise en œuvre de la stratégie décidée, et le *fractionner l'avenir*.

pour la santé publique (KTL)[213], du *Centre national de contrôle des produits en matière sanitaire et sociale* et de la *Régie nationale de production et de vente de boissons alcoolisées*.

L'action sociale préventive et la politique de promotion de la santé interviennent à la fois dans le domaine de la prévention collective, liée à l'environnement (eau, air bruit,…), et dans celui de la prévention individuelle (hygiène alimentaire, prévention des maladies, lutte contre les accidents, prévention des conduites addictives). La politique sociale préventive vise à prévenir la marginalisation, notamment en favorisant les initiatives des chômeurs et en soutenant l'éducation et le développement des jeunes.

Il existe, par ailleurs, une institution spécifiquement dédiée à la promotion de la santé : le *Centre finlandais pour la promotion de la santé* (« *Finnish Center for Health Promotion* », *FCHP*), organisation non gouvernementale créée en 1997, qui vise à inciter le gouvernement à prendre des mesures favorables à la santé. Il propose ainsi chaque année au ministère des Affaires sociales et de la santé un programme d'action en matière d'alcool et de drogues. Ses principales missions consistent à renforcer la coopération entre les différents acteurs pouvant intervenir dans le champ de la promotion de la santé, à susciter les initiatives, à conduire des campagnes de communication par le biais de divers médias (presse, internet, télévision) et à mettre en œuvre des actions aptes à favoriser un meilleur souci de sa santé auprès de la population. Il s'appuie sur un vaste réseau, composé notamment de scientifiques, d'associations, parmi lesquelles des associations de familles de patients, d'organisations sportives, mais aussi de représentants du monde de l'industrie et du commerce. Ce Centre, qui opère en la matière un recueil de l'expertise scientifique aux niveaux tant international que national, évalue en outre les programmes de promotion de la santé mis en œuvre, et développe une réflexion sur les critères d'évaluation.

1.2. Financement de la prévention et de la promotion de la santé

Le ministère des Affaires sociales approuve, chaque année, un plan d'affectation de l'allocation d'éducation à la santé. Celui-ci permet d'affecter des ressources aux établissements de santé et de recherche, aux ONG, ainsi qu'aux projets de recherche, de formation et aux programmes destinés à promouvoir l'éducation à la santé. Le ministère de l'Éducation nationale, l'Association « *RAY* »[214] (association des machines à sous), la Loterie nationale et le loto

---

[213] Le KTL est un établissement de recherche du ministère des Affaires sociales et de la Santé, créé par la loi 828 du 4 décembre 1981. Son objectif est d'établir les causes des maladies courantes et de prévenir les maladies. Ses études portent sur les modes et le cadre de vie, sur l'effet des facteurs génétiques de la santé, ainsi que sur les effets conjugués de tous ces facteurs.

[214] Cette association est une spécificité de la Finlande. Elle s'est vue accorder l'exclusivité de l'emploi, à des fins d'intérêt public, des fonds provenant des machines à sous, et soutient financièrement des organisations bénévoles. Chaque année, le Conseil des ministres, sur proposition du ministère des Affaires sociales et de la Santé, décide de l'attribution des gains à ces organisations.

sportif subventionnent le fonctionnement des organisations de santé publique et des ONG. Dans la mesure où la promotion de la santé est principalement financée par les communes, le budget de l'Etat consacre des sommes modestes à la promotion de la santé : environ 6,2 millions d'euros, dont 0,7 % du produit de l'accise sur le tabac, soit environ 4 millions d'euros, et 420 000 euros à la prévention de l'alcool et de la drogue.

2. L'échelon local

2.1. Organisation

Les régions ne sont, en matière de santé, qu'un simple échelon administratif du gouvernement central. La mise en œuvre des principes d'organisation des services sociaux et de santé fixés au niveau national revient aux *municipalités*[215]. Celles-ci doivent prendre en compte la dimension de la santé dans toutes leurs décisions. Elles doivent notamment assurer la distribution des soins et veiller à la mise en œuvre de la protection sociale maladie. Suivant leur taille, elles peuvent agir soit seules, soit dans le cadre de groupements avec d'autres municipalités.

La promotion de la santé revêt des formes très diverses dans les communes. Elle s'inscrit dans les situations de la vie quotidienne, au domicile, dans les garderies, à l'école, sur les lieux de travail et pendant les temps libres. La promotion de la santé des enfants et des jeunes est l'objet d'une attention particulière. Les centres de consultation prénatale et les dispensaires de puériculture, la santé scolaire sont des lieux traditionnels d'éducation à la santé. Les organisations publiques et les ONG s'emploient également à promouvoir la santé à côté des communes. Les citoyens sont ainsi informés de manière très large sur les principes de modes de vie sains.

2.2. Financement

Les municipalités partagent avec l'Etat la responsabilité du financement des services sociaux. Elles financent la majeure partie des dépenses de promotion de la santé. La proportion des droits payés par les usagers étant faible, les services municipaux perçoivent des subventions de l'Etat.

B - L'EXEMPLE RÉUSSI DE LA PRÉVENTION DES RISQUES CARDIOVASCULAIRES

En Finlande, pays qui avait la plus forte mortalité cardiovasculaire du monde (et plus particulièrement la province de Carélie du Nord), la mortalité coronarienne a, en vingt ans, diminué de 55 %. Une grande partie de cette réduction - les trois quarts - résulte des mesures de santé publique mises en place par les autorités sanitaires au début des années soixante-dix, visant à réduire les facteurs de risque cardiovasculaire.

---

[215] La Finlande compte 455 municipalités, qui couvrent une population allant de 1 000 à 100 000 habitants.

Le programme mis en place, fondé sur la participation active de la population, et faisant l'objet d'une évaluation tous les cinq ans, visait à modifier les habitudes alimentaires et l'hygiène de vie afin de réduire la cholestérolémie, le tabagisme et la tension artérielle. La volonté politique affichée, les mesures économiques prises, les moyens importants mis en œuvre, les nombreux acteurs impliqués - pouvoirs publics, professionnels de santé, industriels agroalimentaires, médias, associations,… - et les mesures imaginatives et bien adaptées, intégrant une participation des consommateurs, des industries alimentaires, des responsables politiques,… ont permis de modifier considérablement les habitudes alimentaires : substitution de la consommation de la margarine à celle du beurre, développement de la consommation de produits laitiers écrémés, augmentation de la consommation de fruits et de légumes, diminution de la consommation de sel, augmentation des apports en sélénium,... Parallèlement, des méthodes de dépistage des facteurs de risque ont été développées, et un programme ambitieux de lutte contre le tabagisme a été mis en place.

Des modifications très positives des comportements ont été obtenues sur le plan alimentaire. Elles ont permis une réduction considérable de la consommation de lipides, notamment d'acides gras saturés et de cholestérol, et une augmentation des graisses poly-insaturées, ainsi qu'une augmentation des apports en antioxydants.

II - LE ROYAUME-UNI

La prévention est, au Royaume-Uni, une attitude assez ancienne. L'objectif poursuivi par la politique de prévention est d'influer sur les taux de mortalité, dont certains sont parmi les plus élevés d'Europe[216]. Il s'agit aussi de pallier les difficultés chroniques du Service national de santé (*National Health Service*, NHS) et le niveau insuffisant de ses ressources.. L'Etat partage ses responsabilités avec les autorités locales, chargées de la mise en œuvre des objectifs qu'il a définis.

A - PRINCIPES D'ORGANISATION ET DE FINANCEMENT

1. L'échelon national

La prévention dépend de plusieurs ministères : ceux de la Santé, de l'Education, de l'Emploi, du Commerce et de l'Industrie. L'Etat légifère, régule, informe et contrôle les politiques menées dans ce domaine. Le pouvoir central détermine des priorités et des objectifs nationaux.

[216] Ainsi, le taux de mortalité pour 100 000 personnes de moins de 65 ans par cancer du sein atteint 22,4, celui par cancer de l'utérus 3, et celui par maladies cardiovasculaires 70, soit le double de celui observé en France (source : DREES, Collections et Études n° 4, septembre 2000).

En 1998, le *« Rapport Acheson »*[217] a pointé la persistance des inégalités sociales et géographiques en matière de santé. La même année, le gouvernement a publié, après avoir procédé à une consultation générale de la population, un Livre vert de la santé (*« Our Healthier Nation »*), définissant une politique de santé et déterminant deux cibles pour les politiques de santé publique : la population dans son ensemble et les plus pauvres. Il s'agit, pour la population dans son ensemble, de réduire l'incidence des maladies cardiovasculaires, des accidents, du cancer et des maladies mentales. La prévention des maladies cardiovasculaires et du cancer est ainsi l'objet de dépistages renforcés. S'agissant de la lutte contre les inégalités sociales, dix zones d'action de santé prioritaires, dotées de moyens supplémentaires, ont été créées. En 1999, un Livre blanc a permis de compléter le dispositif de prévention et a fixé les objectifs à atteindre d'ici 2010.

Les dépenses de prévention représenteraient 5 % de l'ensemble du budget du NHS[218], sans inclure toutes les dépenses de prévention engagées au niveau local par les services de santé. L'Etat finance également des organismes indépendants comme le *« Medical Research Council »* (Conseil de la recherche médicale), qui est chargé d'effectuer des recherches épidémiologiques.

Cependant, le plein effet du renforcement des campagnes de dépistage lancées depuis 1999 est limité par les problèmes inhérents au NHS. Ainsi, la persistance des listes d'attente dans les hôpitaux conduit les malades à être pris en charge tardivement, et le manque de moyens dont disposent ces établissements rend difficile la réalisation des objectifs fixés en matière de prévention.

En 2000, une *Agence de développement de la santé (HDA, Health Developpement Agency)* a été créée. Placée auprès des politiques, elle doit jouer un rôle de conseil dans l'élaboration des mesures à promouvoir et, en contact étroit avec les professionnels de santé, s'attacher à prendre en compte les facteurs d'ordre social, économique et environnemental qui influencent la santé. Elle doit également étendre son activité, au-delà de celui de la santé, à de nombreux domaines : logement, santé environnementale, transports, lutte contre la pauvreté, éducation, services sociaux et aménagement urbain. En lien avec des institutions gouvernementales et non-gouvernementales, et aux niveaux national, régional et local, la HDA doit favoriser la recherche en matière de promotion de

---

[217] En 1997, une commission gouvernementale présidée par Sir Donald Acheson, ancien *Chief Medical Officer* (équivalent du Directeur général de la Santé en France), a réalisé une enquête sur les inégalités en matière de santé (*Inquiry into inequalities in health)* dont les résultats ont été publiés en 1998.

[218] Après les difficultés de fonctionnement du NHS observées en 1999 et 2000, le gouvernement a augmenté le budget de la santé. Les prévisions pour 2003-2004 des dépenses du NHS sont de 68,8 milliards de livres, alors que les dépenses se sont élevées à de 49,3 milliards de livres en 1999-2000. La part des dépenses de santé dans le PIB serait alors proche du niveau de la moyenne constatée dans les pays de l'Union européenne. Cependant, les objectifs ambitieux du Livre blanc ne doivent pas masquer les problèmes de sous-investissement que rencontre le NHS.

la santé, par le biais notamment de colloques, et s'efforcer de garantir et de développer l'accès à une base de données théoriques ainsi que des méthodes et ressources pour la mise en œuvre d'actions favorisant la promotion de la santé.

2. L'échelon local

Les autorités locales de santé disposent d'une large autonomie pour adapter les objectifs en fonction de leurs spécificités, et peuvent décider de déterminer des objectifs et des actions complémentaires. Ainsi, les *« Health Action Zones »* (zones d'actions de santé prioritaires) regroupent l'ensemble des acteurs de santé afin de définir une stratégie commune dans les régions frappées par des difficultés socio-économiques. Elles comprennent des *« Health Living Centers »* qui ont des objectifs précis en matière de promotion et de prévention de la santé et conduisent leurs actions de façon complémentaire à celles des institutions traditionnelles. Ces centres, financés par les recettes de la Loterie nationale, offrent des services à la population, en donnant par exemple des conseils en matière de nutrition et de santé, ou en proposant des exercices physiques pour combattre les risques de maladies cardiovasculaires. Par ailleurs, dans le cadre de la lutte contre le tabagisme, des régions ont mis en place des services d'aide aux personnes souhaitant arrêter de fumer.

Après la parution du Livre blanc en 1999, des *« Primary Care Groups »* (groupements de santé primaire) ont été crées. Placés près des pouvoirs locaux, ils rassemblent des médecins généralistes, des infirmières, des représentants des services sociaux et des patients. Ils sont chargés du financement des soins et de l'évaluation des actions mises en œuvre pour sur une population d'environ 100 000 personnes. Ils contribuent au *« Health Improvement Programm »* défini par le ministère de la Santé, en faisant valoir le point de vue de la communauté locale. Les programmes ainsi définis ont vocation à devenir le principal ciment entre les différents acteurs locaux, en intégrant les objectifs fixés par le Livre vert et la déclinaison des *« National Service Frameworks »* (cadres nationaux de service). Ces cadres nationaux, définis notamment en matière de maladies cardiovasculaires, de cancer, de santé mentale ou de diabète, établissent la forme et le niveau des services que les citoyens sont en droit d'attendre au niveau local. Ils sont composés de professionnels de santé, d'usagers, de membres du personnel soignant et d'agences partenaires du NHS.

Les structures locales de la « *Health Developpement Agency »* s'efforcent de leur côté de mettre en œuvre des actions adaptées au contexte régional. Dans la région de *Londres*, par exemple, l'accent est mis sur la réduction des inégalités en matière de santé et sur le développement de la qualité de la vie dans la ville.

B - EXEMPLES DE POLITIQUES MENÉES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

1. La lutte contre le tabagisme : une politique menée de longue date[219] et ayant permis de réels progrès

Le Royaume-Uni est l'un des rares pays à être en passe de réussir une politique active de lutte contre le tabagisme. Quatre périodes peuvent être distinguées dans l'histoire des politiques publiques depuis la seconde guerre mondiale.

1.1. Les premières études épidémiologiques et les premières mesures publiques

La « découverte » de la relation entre tabagisme et cancer du poumon à travers les études épidémiologiques a été faite par des chercheurs de l'Ecole de santé publique de Londres (*London School of Hygiene and Tropical Medicine*). Le premier article, paru en 1950[220], fut contesté par de nombreux scientifiques mais aussi par certains représentants de l'Etat, et ce n'est qu'une dizaine d'années plus tard, grâce à la publication de nombreuses autres études, que le ministère de la Santé a reconnu le tabac comme facteur causal du cancer du poumon. Le ministère de la Santé encouragea alors les autorités locales à développer l'éducation à la Santé relative aux risques du tabac. Cette politique, encore *a minima*, semble avoir été la conséquence à la fois de la réticence des politiques devant la perspective de perdre des recettes importantes constituées par les taxes sur le tabac, et du manque de liberté des autorités scientifiques, fortement financées dans leurs recherches par les industries du tabac. De surcroît, l'idée d'une éducation de la population était, dans le contexte de l'après-guerre, vécue comme une atteinte aux libertés individuelles.

C'est grâce aux professionnels de la santé que des éléments d'une politique anti-tabac ont pu être mis en place dès cette période. Le Collège royal des médecins (*Royal College of Physicians*) a créé en 1962 une commission relative au tabagisme, qui a beaucoup œuvré pour l'amélioration des connaissances des médecins mais aussi de la société civile, en publiant de nombreux rapports développant la notion de responsabilité individuelle face au tabac. Devant le changement des attitudes relatives au tabac, le ministère de la Santé a réajusté sa politique, en limitant la publicité pour le tabac, en encourageant les ministres à ne plus fumer en public, et en en envisageant la modification de la taxation du tabac. Les risques électoraux dont ces actes étaient porteurs ont tempéré par la suite les initiatives du ministère.

---

[219] Virginia Berridge, *Post-war smoking policy in the UK and the redefinition of Public health*, Twentieth century british history, Vol 14, n°1, pp. 61-82, 2003.

[220] Doll and Bradfort Hill, *Smoking and carcinoma of lung, preliminary report*, British medical journal, 2, 1950, 739-48.

1.2. L'émergence du rôle de l'Etat

Un changement radical s'est opéré au cours des années soixante-dix, la santé n'étant plus perçue comme une préoccupation individuelle des citoyens mais comme une responsabilité pleine et entière de l'Etat. Un second rapport du Collège royal des médecins en 1971 incita à développer les initiatives de l'Etat. Celui-ci conclut en 1971 un premier accord avec les industriels : la mention *« Fumer peut détériorer votre santé »* apparut sur les paquets de tabac et dans toutes les publicités, et un comité indépendant d'étude sur les conséquences du tabagisme et sur les modalités de réduction des taux de nicotine et de goudron fut mis en place. Il fut par ailleurs proposé aux citoyens de réduire leur consommation, de privilégier les cigares et pipes, de réduire l'inhalation, voire de préférer les cigarettes à teneur réduite en goudrons pour réduire les risques de cancer *(« Safer smoking »).*

Néanmoins, en raison des faibles résultats de cette politique, certains groupes de pression ont encouragé l'Etat à s'engager dans une politique active de prévention primaire et d'arrêt du tabagisme. Ainsi, à la fin de cette décennie, coexistaient un nouveau lobby de la santé publique, préconisant une politique plus rigoureuse et un pôle rapprochant Etat et industrie du tabac, cherchant à promouvoir des produits plus sûrs et une régulation volontaire.

La forte diminution de la part des taxes sur le tabac dans les recettes de l'Etat a permis dès cette période d'augmenter le taux de ces taxes. Les nombreuses études publiées dans les années quatre-vingts ont démontré par ailleurs l'effet de ces augmentations sur la réduction du tabagisme et ont permis d'accroître régulièrement le prix du tabac.

1.3. La prise en compte du tabagisme passif

La publication en 1981 du premier article sur les risques du tabagisme passif[221] a ajouté à la dimension individuelle du tabagisme la dimension environnementale, et les médias ont joué un rôle important en présentant des cas de cancer chez des conjoints de fumeurs. Cependant, la tradition de non-intervention dans le domaine des libertés publiques a été maintenue et aucune interdiction de fumer en lieu public n'a été proclamée. Seule la vente d'un produit de tabac à sucer, destiné aux enfants, a été interdite en 1989 après des campagnes de presse réalisées par les associations anti-tabac.

Le débat sur le tabagisme passif a cependant été relancé très récemment. Dans son rapport annuel pour 2002[222], le directeur général de la santé britannique s'est en effet intéressé à cette question et à la possibilité d'interdire de fumer dans les lieux publics. Le Comité scientifique de l'Association britannique médicale *(« British Medical Association's Board of Science and Education »)* estime le nombre de décès annuel liés au tabagisme passif à 1000 personnes au

---

[221] Hiramaya and coll., *No smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer, a study from Japan,* BMJ, 282, 1981, 183-5.

[222] *Annual Report of the Chief Medical Officer 2002,* 2003.

Royaume-uni[223]. Si la législation du travail[224] impose aux employeurs de réduire les risques professionnels, un nombre insuffisant d'entreprises (40 % en 1996, 50 % en 2001) applique cette disposition au tabagisme passif. Et il n'existe qu'une vingtaine de pubs sans tabac dans tout le Royaume-Uni. Une étude réalisée en 2001[225] a montré que 85 % de la population était favorable à l'interdiction de fumer au travail et dans les lieux publics. Les exemples réussis d'interdiction de fumer dans les lieux publics, en Irlande, ou à New York par exemple, ont paru encourageants au directeur général de la santé britannique, dont la proposition a permis de lancer au Royaume-Uni un débat, engagé en des termes parfois très vifs par la presse.

1.4. La médicalisation croissante de la lutte contre le tabagisme

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, la politique de l'Etat s'est orientée exclusivement sur le problème de l'accès aux traitements substitutifs, que plusieurs plans gouvernementaux ont visé à améliorer.

Ainsi, en 1999, le ministère de la Santé, suivant les recommandations d'experts publiées en 1998[226], a publié un Livre blanc[227] proposant un plan sur trois ans de développement des services d'aide à l'arrêt du tabagisme. Plusieurs autres plans ont complété cette action, notamment :

- le plan national d'organisation de la prise en charge des maladies coronariennes, en 2000[228] ;
- le plan 2000 du ministère de la Santé[229] définissant des règles de prescription des traitements substitutifs nicotiniques, généralisant l'accès aux thérapeutiques, et permettant la participation des associations de soins primaires (*« Primary care trust », PCT*) à la mise en place des centres d'aide ;
- le plan cancer 2000[230], prévoyant notamment la possibilité pour les PCT de mettre en place des centres d'aide dans les zones déficitaires, d'employer un spécialiste de tabacologie dans chaque PCT, d'intensifier la prévention auprès des groupes à prévalence élevée et des minorités, ou d'octroyer une aide financière aux employeurs développant des actions d'aide à l'arrêt au tabac ;

---

[223] En France, le tabagisme passif serait à l'origine de 2500 à 3000 décès par an : *Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ?*, extraits du Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2002.
[224] Health and Safety at Work Act de 1974
[225] Smoking related behaviour and attitudes, Office for National Statistics, 2001.
[226] M. Raw, A. McNeill, R. West, *Smoking cessation guidelines for heath professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system*, Health education authority, Thorax. 1998, Déc, 53 Suppl 5 Pt I : S1-19.
[227] *Smoking kills : a white paper on tobacco*, 1999, Department of health.
[228] Department of health, *National service framework for coronary heart disease*, 2000.
[229] Department of health, *The NHS plan*, 2000.
[230] Department of health, *The NHS Cancer plan*, 2000.

- le plan national 2000[231] d'organisation de la prise en charge des personnes âgées, retenant la prévalence du tabagisme comme indicateur de l'évaluation de la politique de prise en charge des personnes âgées au même titre que la tension artérielle ou le taux de couverture de la vaccination contre la grippe ;
- le programme « *NICE* » de traitement contre le tabagisme[232], contenant des recommandations relatives aux traitements substitutifs ;
- le programme *« Réforme et surveillance du système de santé »* de 2002[233], transférant le financement et la gestion des services d'aide à l'arrêt du tabagisme aux associations de soins primaires *« PCT »*.

La politique de lutte contre le tabagisme au Royaume-Uni n'a donc pas été une politique uniforme dans le temps, ses modalités ayant varié entre l'éducation à la santé, des tentations de légiférer, l'action sur les prix du tabac et des accords avec l'industrie. C'est l'interaction de l'Etat, des spécialistes de santé publique, de l'industrie mais surtout le rôle des médias et des citoyens qui ont influencé les décisions.

2. La politique de prévention de l'obésité

Il n'existe pas de programme de lutte spécifique contre l'obésité au Royaume-Uni. L'obésité y est pourtant plus développée, puisqu'elle touche plus de 20 % de la population et augmente à un rythme bien supérieur. Trente mille décès seraient dus chaque année à l'obésité. Son coût y est par ailleurs extrêmement élevé et en constante augmentation. Dans son rapport 2001, le *« National Audit Office »* a en effet estimé que les complications et les traitements liés à l'obésité ont coûté 2 milliards de livres à l'économie anglaise en 1998 et qu'elles en coûteront 3,6 milliards en 2010 si rien n'est fait[234].

La lutte contre l'obésité s'inscrit dans des programmes de lutte contre les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et des cancers. Les enfants scolarisés sont l'une des cibles privilégiées par le NHS en matière d'éducations alimentaire et physique.

S'inspirant des recommandations de l'OMS qui, dans son rapport de 1991 sur la nutrition, préconisait la consommation quotidienne de quatre cents grammes de fruits et légumes afin de diminuer significativement le taux de cancer et de pathologies coronariennes, le gouvernement britannique a mis en place en 2000 le *National Fruit Scheme*. Ce plan prévoit de donner à partir de 2004 un fruit par jour à tous les enfants âgés de quatre à six ans placés en crèche ou en maternelle. Une étude pilote réalisée en 2001 et en 2002 auprès de 80 000 enfants a validé la faisabilité logistique du programme, dont le coût est estimé à 42 millions de livres sur deux ans.

---

[231] Department of health, *National service framework for older people*, 2001.
[232] *Nicotine Replacement Therapy (NRT) and Bupropion for Smoking Cessation*, NICE, 2002.
[233] Department of health, *Shifting the balance : reforms and monitoring for 2002/2003*.
[234] *Tackling obesity in England* National Audit Office, report 2002.

D'autres mesures sont destinées à réduire l'obésité des enfants et des adolescents. Elles comportent notamment des actions d'éducation nutritionnelle en milieu scolaire, assurée par des nutritionnistes, et le financement d'installations sportives dans les écoles. Ainsi, un programme de 459 millions de livres a été voté en 2003, avec pour objectif de permettre à 75 % des jeunes de six à seize ans de pratiquer deux heures de sport par semaine en 2005. En effet, la vente, depuis une dizaine d'années, de nombreuses installations sportives attenantes aux écoles a rendu plus difficile la pratique du sport en milieu scolaire.

Au niveau de la population générale, la lutte contre l'obésité prend des formes diverses : incitation à pratiquer une activité physique régulière, information de la population sur les risques liés à l'obésité et sur l'équilibre nutritionnel par la diffusion de brochures et d'informations sur le site internet du NHS, où des patients racontent comment ils ont fait pour maigrir, recherche de l'amélioration de la qualité des repas en collectivité, formation de professionnels spécialisés en nutrition, incitation à l'utilisation par l'industrie d'aliments pauvres en graisses. De plus, un vaste programme de sensibilisation de la population à la consommation de fruits et légumes, *« Five a day programm »*, a été élaboré. Par ailleurs, un *« gentleman's agreement »* a été conclu entre les responsables de l'industrie alimentaire et de la télévision, afin de veiller à ce que l'industrie alimentaire ne fasse pas la promotion de produits néfastes pour la santé[235].

3. Une politique de prévention aux résultats encourageants en matière de santé des enfants et des adolescents

Au Royaume-Uni, cette prévention est très fortement liée à un souci de lutte contre les inégalités sociales, comme le révèlent certaines mesures prises dans les zones défavorisées depuis 1999.

Le programme *« Sure Start »*, conçu à l'origine pour assurer le logement des parents mineurs isolés, allie des aspects à la fois sanitaires, sociaux et éducatifs. Piloté par plusieurs ministères, dont celui de l'Education, il vise à améliorer la santé et le développement des enfants, en lien avec les parents et les futurs parents, par une action sur leur contexte familial dès leur naissance. Il s'agit, afin d'améliorer le développement physique, social et émotionnel des enfants, de faire diminuer, d'ici 2004, de 20 % la proportion d'enfants de 0 à 3 ans enregistrés à la protection infantile une nouvelle fois en douze mois, de 10 % le taux des mères qui fument pendant la grossesse, et de 12 % le nombre d'enfants de 0 à 3 ans vivant dans des foyers où aucun des parents ne travaille. Il s'agit également de réduire le nombre d'enfants de 0 à 3 ans ayant des difficultés de langage.

---

[235] Cf : audition, le 8 janvier 2003, du Pr. Maurice Tubiana, président de l'Académie nationale de médecine, devant la section des Affaires sociales du Conseil économique et social.

De même, le programme d'éducation à la santé *« Healthy schools »*, lancé par l'OMS, a été implanté depuis 1999. Il repose sur un partenariat, au plan local, entre les services éducatifs (« *Local Education Authorities* ») et les services de santé (« *Local Health Authorities* »). Un processus national d'accréditation des programmes locaux a été instauré et 150 partenariats ont déjà été établis. 14 000 des 26 000 écoles existant en Angleterre développent des actions conformes au standard national, et 8 000 d'entre elles ont même une implication plus poussée. A terme, le gouvernement s'est fixé pour objectif d'impliquer tous les établissements scolaires dans cette démarche. Dans cette optique, il a publié des objectifs nationaux et des critères de qualité qui laissent des possibilités d'adaptation locales en fonction des besoins et des pratiques. Des critères nationaux minimums ont été établis en matière d'éducation personnelle, sociale, de santé et de citoyenneté afin d'en renforcer l'assise statutaire. Le *National Healthy School Standard*, qui est transversal aux ministères de l'Education et de la Santé, est chargé de diffuser les outils et méthodes pour la réalisation de ce programme. Ses différents axes sont le partenariat, l'implication de toute la communauté éducative, l'éducation personnelle, sociale et de santé, la citoyenneté, la prévention des drogues, de l'alcool et du tabac, la santé émotionnelle et le bien-être (dont la prévention des brimades), l'alimentation, l'activité physique, la sécurité, l'éducation relationnelle et l'éducation sexuelle. Le pilotage de ce programme est assuré par la « *Health Developpement Agency* » (HDA).

Cette politique semble au demeurant produire des effets, dans la mesure où une évaluation réalisée par l'inspection du ministère de l'Education a montré que, dans les zones défavorisées, les élèves des *« Healthy Schools »* sont davantage sensibilisés à la santé publique que dans les autres écoles.

III - LE CANADA ET L'EXEMPLE PARTICULIER DU QUÉBEC

A - PRINCIPES D'ORGANISATION

1. La mission du gouvernement fédéral

La loi canadienne sur la santé (LCS), adoptée par le Parlement en 1984, est la loi fédérale qui régit le système de l'assurance santé. Elle permet à tous les résidents du Canada l'accès aux services hospitaliers et médicaux sans avoir à régler directement les prestations.

- *« Santé Canada »*, le ministère fédéral de la Santé, assure une position de leadership par rapport aux provinces et aux territoires qui définissent leur propre politique en tenant compte de leurs spécificités mais en veillant à ce qu'elle intègre la législation et les règlements fédéraux.

L'objectif affiché par *« Santé Canada »* est de réduire l'incidence des maladies et le coût des traitements en contrôlant les risques pour la santé et en encourageant des modes de vie sains. Pour y parvenir, le ministère appuie sa

démarche sur une vision large de la santé, en s'efforçant d'agir sur des déterminants tant individuels que collectifs, touchant aux revenus, à l'éducation, à l'emploi, aux conditions de travail et à l'environnement.

Le ministère de la Santé est responsable devant le Parlement de l'application des lois et des règlements liés à la santé. Il exerce également la tutelle de l'Institut de recherche en santé du Canada, principal organisme fédéral de financement de la recherche en santé, du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, et du Conseil de contrôle des matières dangereuses, qui assure l'équilibre entre les droits de propriété industrielle des entreprises et les droits des salariés de connaître la composition des matières dangereuses qu'ils emploient.

- Le ministre fédéral de la Santé est assisté par un sous-ministre et par un sous-ministre délégué à la Santé, dont relèvent deux directions générales qui jouent un rôle essentiel dans l'organisation de la prévention :
  - la Direction générale de la santé de la population et de la Santé publique (DGSPSP) est chargée des politiques, des programmes et des systèmes liés à la prévention, à la promotion de la santé, à la surveillance des maladies et à l'action communautaire. Elle supervise l'activité de centres de recherche et de laboratoires scientifiques tels que le *Centre de développement de la santé humaine*, qui travaille de façon transversale avec des médecins, des épidémiologistes, des sociologues et des experts en promotion de la santé, ou le *Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques*, dont le rôle est d'établir une base de données pour les politiques et les programmes par le dépistage et l'évaluation des menaces des maladies chroniques, ou encore le *Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses* ;
  - la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs (DGSESC) élabore les programmes de lutte contre le tabagisme et assure la promotion des milieux de vie, de travail ou de loisirs sains, en insistant sur l'hygiène et la sécurité au travail.
- Des programmes stratégiques ont été mis en place par le ministère de la Santé, soit destinés à l'ensemble de la population, soit consacrés plus spécifiquement à certaines de ses composantes.

Parmi les programmes destinés à l'ensemble de la population, figurent le programme *« Vivez sans fumée »* ou le Programme d'information sur la nutrition. Le *programme « La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé »* vise quant à lui d'une part à réduire les inégalités sociales, pour diminuer notamment les écarts d'espérance de vie, et d'autre part à augmenter les efforts de prévention. Il préconise des actions transversales avec d'autres ministères et la collaboration avec la société civile par le biais des associations. Il souligne, de

plus, la nécessité de penser la prévention en liaison avec l'économie. Et s'il affirme des lignes directrices pour agir, il n'en présente ni la forme ni les moyens d'action.

Parmi les programmes davantage ciblés, figure le programme *« Stratégie pour la santé des femmes »*. *« Santé Canada »* souhaite également renforcer les actions de prévention des services de soins prénatal et néonatal. Dans ce domaine, il existe déjà un *Plan Canadien de Nutrition Prénatale (PCNP)* financé par la DGSPSP et administré conjointement par le gouvernemental fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires. Son objectif est de réduire le nombre de nouveaux-nés ayant un poids insuffisant à la naissance, d'améliorer la santé des nouveaux-nés et des mères et d'encourager l'allaitement maternel. Il s'adresse en grande partie aux femmes en situation de pauvreté, aux adolescentes, aux femmes seules, et aux femmes alcooliques ou toxicomanes.

2. Un pouvoir local autonome mais encadré

- Les provinces et les territoires élaborent leur propre plan de soins et de santé dans le cadre de la loi canadienne sur la santé.

Ils planifient et financent les prestations des soins hospitaliers, des services médicaux et paramédicaux. Les ministères de la Santé des provinces et des territoires établissent un rapport annuel sur l'application de la LCS et décrivent leurs régimes d'assurance santé, qui doivent respecter les principes énoncés dans la loi.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont partenaires de *« Santé Canada »* dans le développement et la mise en place des règlements sur la santé, la promotion de la prévention et la promotion d'un mode de vie sain. Dans le cadre de la politique du ministère de la Santé, les ministres de la Santé provinciaux, territoriaux et fédéral ont convenu, en septembre 2002, d'élaborer ensemble une *« Stratégie pan-canadienne intégrée en matière de modes de vie sains »*. Il s'agit de collaborer avec des partenaires, institutionnels ou non, pour développer des actions de prévention en approchant la santé de la population quel que soit le milieu : familial, scolaire, lieux de travail, établissements de santé,... L'objectif prioritaire est de mettre l'accent sur les habitudes alimentaires et l'activité physique. Les actions en cours (lutte contre le tabagisme, contre les maladies chroniques,…) sont également soutenues. La stratégie pan-canadienne prévoit de s'orienter ensuite sur la santé mentale et sur la prévention des blessures.

- Les provinces et les territoires bénéficient du *« transfert »* canadien en matière de santé et de programmes sociaux.

Ce transfert consiste en un versement, par le ministère fédéral des Finances, d'une subvention et de *« points impôts »*. Ce dispositif réduit le taux d'imposition du gouvernement fédéral des particuliers et des entreprises pour permettre aux provinces et aux territoires de majorer d'autant leurs impôts. Il permet une autonomie des provinces et des territoires et contribue au

financement des soins de santé, de l'aide sociale et des services sociaux, du développement de la petite enfance.

- *« Santé Canada »* a crée six bureaux régionaux, qui dépendent de la DGSPSP.

Ces bureaux sont encadrés par des directeurs régionaux et veillent aux intérêts du ministère fédéral sur tout le territoire.

B - EXEMPLES DE POLITIQUES MENÉES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION AU QUÉBEC

1. L'exemple d'une politique préventive active menée en s'appuyant sur les médias[236] : la lutte contre le tabagisme au Québec

L'évolution, au regard du rôle joué par les médias, de la politique mise en œuvre en matière de lutte contre le tabagisme est porteuse d'enseignements. La place des médias a d'abord été longtemps sous-estimée par les politiques de lutte contre le tabagisme. Puis les programmes gouvernementaux ont systématiquement tenu compte des médias.

Dans un premier temps, les taxes canadiennes et québécoises sur le tabac ont été progressivement et fortement augmentées, provoquant dès 1988 un accroissement massif de la contrebande de cigarettes en provenance des Etats-Unis. Les médias ont alors mis en cause violemment cette politique, parfois qualifiée d'*« escalade de la stupidité »*. La diminution massive des taxes sur les produits du tabac décidée par l'Etat fédéral et certaines provinces, dont le Québec, fut donc généralement saluée, certains journaux titrant, par exemple, *« La victoire de l'emploi québécois»*. De même, en 1996-1997, au cours du débat précédant l'adoption de la loi canadienne relative au tabac, le principe de la limitation des possibilités de sponsoring des événements sportifs ou culturels par les industriels du tabac provoqua une réaction vive de la part de nombreux médias. Des dispositions furent finalement adoptées mais avec une portée moindre que dans le projet initial.

Les conditions d'adoption de la loi québécoise de 1998 sur le tabac ont été radicalement différentes, et ont permis de dégager un consensus dans la population. Cette fois, en effet, les médias ont été étroitement et constamment associés. La presse a relayé les grandes campagnes anti-tabac, inspirées du modèle américain. Elle a joué un rôle essentiel dans l'information des citoyens concernant les pratiques des industriels du tabac, qu'il s'agisse de l'organisation de la contrebande, de la manipulation des taux de nicotine des cigarettes, des méthodes de marketing employées à destination des mineurs, ou de la manipulation des recherches scientifiques. L'industrie du tabac a largement perdu, en conséquence, toute crédibilité. Les acteurs de la politique anti-tabac ont

---

[236] Louis Gauvin, *Dix ans de lutte contre le tabac au Québec et l'évolution de la couverture journalistique 1992-2002,* la Santé de l'homme, n° 360, juillet-août 2002.

adopté une démarche de communication avec les médias comportant quatre volets :

- une présence médiatique continue : les opposants au tabac sont intervenus de façon systématique dans le débat, et ce dès l'annonce de la préparation de la loi, en transmettant régulièrement aux journalistes leurs positions au cours de nombreuses conférences de presse. De même, les représentants de l'Etat et les scientifiques ont répondu systématiquement dans les 24 heures aux assertions des industriels du tabac ;
- une information spécifique destinée aux journalistes, grâce à la diffusion de documents de synthèse exposant les raisons des mesures envisagées. Ceux-ci ont par exemple décrit le marketing mis en œuvre par les fabricants de tabac auprès des jeunes, ou la toxicité de la fumée du tabac par rapport à celle de la pollution atmosphérique. Une quarantaine de notices ont ainsi été produites en six ans ;
- la création d'un bulletin mensuel d'information consacré à la lutte contre le tabac, diffusé largement auprès des professionnels de la santé, des journalistes mais aussi des élus, et accessible sur internet ;
- le développement de relations privilégiées et de confiance avec certains journalistes.
- cette politique très active menée auprès des médias a permis d'améliorer considérablement l'information des citoyens et de modifier en profondeur les termes du débat sur le tabagisme. Elle se révélait d'autant plus nécessaire que les pouvoirs publics ne pouvaient engager les mêmes moyens financiers que ceux dont dispose l'industrie du tabac.

Le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005* comporte par ailleurs certains modes d'action originaux par rapport à la stratégie française. Ainsi les jeunes sont invités à participer à la politique de lutte contre le tabagisme, à organiser des activités de prévention, ou à proposer, par exemple, des pistes d'intervention permettant de mieux cibler la clientèle désireuse de s'arrêter de fumer. De façon semblablement innovante par rapport à la stratégie française, le Plan prévoit de réaliser une étude de faisabilité visant à impliquer les entreprises de tabac dans le financement de la lutte contre le tabagisme et des coûts de santé générés par les maladies associées au tabagisme. L'interdiction de fumer faisant l'objet au Québec d'un contrôle effectué par une autorité spécifique, il est prévu de soutenir la mise en place de systèmes d'inspections ministérielles et locales.

2. La prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) au Québec

Alors qu'en France, en particulier en matière de sida, très peu d'études ont analysé les comportements des jeunes, qui sont pourtant la cible privilégiée des campagnes de prévention, la recherche psychosociale concernant les infections sexuellement transmissibles a été favorisée au Québec grâce au soutien financier apporté par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) à plusieurs projets de recherche. Le CQRS s'est en outre doté d'une équipe multidisciplinaire IST-SIDA composée de chercheurs du milieu universitaire et du réseau de la santé et des services sociaux. Aussi de nombreuses études ont pu être effectuées sur les comportements et déterminants des comportements liés à l'utilisation du préservatif, notamment auprès des jeunes en milieu scolaire et des jeunes en difficulté.

En outre, les orientations du ministère de la Santé et des services sociaux concernant la lutte contre les IST pour les années 2000-2002 ont proposé d'intégrer plusieurs services dans l'offre faite aux populations vulnérables, qui s'accommodent difficilement de leur fragmentation : détection des IST, du VIH et des hépatites, vaccination contre les hépatites A et B, traitement des IST s'il y a lieu, et notification aux partenaires[237].

[237] Stratégie reconnue par l'OMS pour interrompre la transmission, la notification aux partenaires vise à contacter les partenaires d'une personne infectée par une IST en vue de les informer de la possibilité d'une infection, de leur offrir un test, de les traiter au besoin et de les conseiller en matière de prévention. La notification relève avant tout du patient ou du médecin traitant, mais peut être aussi assurée par un service spécialisé, ce qui est le cas dans plusieurs régions du Québec, le service dépendant alors de centres locaux de services communautaires (CLSC) ou de centres hospitaliers.

CHAPITRE V :

LES ENJEUX D'UNE PRÉVENTION EFFICACE

Si la médiatisation et les choix dictés par l'émotionnel ont focalisé récemment l'attention de l'opinion publique sur certaines graves crises sanitaires, il importe de réaffirmer que les enjeux en matière de prévention concernent non seulement les risques subis collectivement, qui incluent les risques d'origine professionnelle, mais aussi les comportements à risque : tabagisme, consommation excessive d'alcool, déséquilibres alimentaires, suicides, accidents, qui expliquent une part prépondérante de la mortalité prématurée en France, de ce fait, largement évitable[238]. Ces derniers sont en grande partie de nature individuelle mais trouvent aussi leur origine dans les déterminants sociaux.

L'importance de cette mortalité prématurée en France contraste avec un système de soins dont l'OMS a reconnu la très bonne accessibilité. L'identification des cancers se fait, par exemple, en France, à un stade relativement précoce. Cette situation paradoxale invite à mettre prioritairement l'accent sur le nécessaire développement de la prévention primaire, c'est-à-dire l'éducation pour la santé, même si l'amélioration de la prévention secondaire, et en particulier la généralisation du dépistage de certains cancers, en constitue bien évidemment le pendant indispensable[239].

Si la réduction de la mortalité prématurée doit constituer une priorité de santé publique, la prévention doit aussi s'intéresser aux troubles qui influent sur le confort de vie, tels ceux concernant la vue, l'ouïe ou la santé dentaire.

- Promouvoir une approche positive et réaliste de la prévention

Même si elle est encore essentiellement liée à l'identification d'un risque à venir, la prévention s'inscrit aujourd'hui de plus en plus, et devrait s'inscrire encore davantage à l'avenir, dans la perspective d'une promotion de la santé, perçue comme une ressource pour la vie.

---

[238] Audition le 8 janvier 2003 par la section des affaires sociales du Pr. Maurice Tubiana, président de l'Académie nationale de médecine, au cours de laquelle il a été exposé que les gains à espérer aujourd'hui du côté de l'hygiène publique sont très faibles : dans l'hypothèse où seraient supprimées toutes les pollutions, notamment celles de l'air, de l'eau, du plomb, de l'alimentation, une réduction d'à peine 0,5 à 2 % des cancers pourrait être observée.

[239] Audition le 5 février 2003 par la section des affaires sociales du Pr. Lucien Abenhaïm, directeur général de la santé.

Cependant, les actions menées en la matière restent encore trop souvent enfermées dans une perspective de maladie-risque, au lieu de chercher à renforcer l'aptitude de chacun à optimiser son capital santé. La santé demeure, en définitive, pensée dans sa dimension physiologique, par rapport à son contraire, la maladie. Se pose en effet la question de savoir si la prévention comprise dans son acception la meilleure ne doit pas se préoccuper aussi des facteurs et des processus (hygiène de vie, alimentation, activité sportive, etc.) qui aident les personnes à se maintenir en bonne santé et à résister aux assauts et agressions pathogènes[240].

Pour l'instant, dans la plupart des travaux scientifiques, la notion d'évitement ou de diminution des facteurs de risques de maladie reste prédominante et la référence à la promotion des facteurs positifs de santé encore peu développée. Une éducation pour la santé qui ne s'occuperait que des risques et n'envisagerait pas l'apprentissage de la vie courrait, selon les termes d'un éducateur pour la santé, le risque d'une *« éducation à la névrose »*[241]. Les campagnes thématiques actuelles contribuent à une approche segmentée de la santé. Il semble, au contraire, qu'il faille privilégier, notamment envers les jeunes dont l'identité a besoin de s'affirmer, la notion de globalité d'existence, dans la perspective d'une prévention pour la bonne santé, en général[242].

En tout état de cause, pas plus que la notion de responsabilité ne peut se confondre avec celle de faute, la prévention bien entendue ne peut s'assimiler à une forme de contrainte sociale qui érigerait l'observation de comportements sains en valeur ultime. Aussi est-il important de considérer la possibilité de l'extension du concept de *« réduction des risques »*, en dehors de son champ d'origine. Conçu initialement dans le contexte de la lutte contre la consommation de drogues illicites, avec les programmes d'échange de seringues (PES), ce concept a inspiré certaines actions de prévention en matière de sécurité routière, comme le covoiturage avec un conducteur sobre à la sortie d'un lieu ou d'un événement festif : dans cette approche, qui s'inscrit dans une démarche de pédagogie, l'objectif idéalisé de la santé conservée est remplacé par la notion plus immédiate et concrète d'un risque identifié que l'on peut réduire si on le désire : la « réduction » peut alors s'entendre comme substitutive à l'éradication

---

[240] A. Antonovsky, *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health Promot Int. 1996. Ce nouveau modèle de santé, proposé par Antonovsky, s'oppose au modèle de pathogenèse dominant dans les sciences de la santé et dans la médecine préventive et curative. Cette *salutogenèse* s'intéresse aux ressources générales de résistance, individuelles ou sociales, qui expliquent que certaines personnes arrivent à se maintenir en bonne santé dans des conditions ou des environnements dans lesquels d'autres présentent des problèmes de santé. Ce modèle s'attache ainsi à combiner plusieurs paramètres qui sont notamment, chez l'individu, son désir de vivre et le sentiment de sa propre efficacité et maîtrise sur sa santé.

[241] J.M. de Ketele, *Cours de méthodologie générale de l'éducation*, Notes de cours. Université catholique de Louvain, EDUS, Bruxelles 1987.

[242] Actes du colloque CANAM, *Education et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, mars 2001, intervention de J. F. Girard - propos liminaires de la table ronde *Quels partenariats construire ?*.

du risque, celle-ci s'avérant souvent utopique[243]. Ces actions reposent sur un compromis pouvant paraître encourager la consommation de drogues ou d'alcool, et peuvent poser de ce fait un problème d'ordre éthique[244]. Il n'en demeure pas moins que si rien n'était fait pour réduire les risques attachés à certaines pratiques, notamment concernant les toxicomanies, une telle situation, outre les conséquences sanitaires qu'elle engendrerait, poserait des problèmes non seulement d'ordre éthique mais aussi de responsabilité en des termes autrement plus graves.

- Agir en amont et dans une logique globale

Les inégalités sociales se manifestent fortement en termes de prévention. Tout d'abord au regard des conditions de vie, et en particulier de travail, qui influent sur la nature des comportements vis-à-vis de la santé, ensuite, au niveau du recours au système de soins, notamment aux spécialistes, et donc du dépistage. Dans la mesure où les comportements en matière de santé s'expliquent en grande part par l'état physique et psychologique et l'environnement social des individus, toute politique de prévention qui s'attache à favoriser une réduction des inégalités en santé doit s'efforcer d'agir, en amont, sur les déterminants de ces comportements. C'est dire qu'à côté de la responsabilité de l'individu[245], l'accent doit être mis sur celle de la puissance publique à laquelle il revient de créer, à travers les politiques adoptées dans divers domaines et hors du champ proprement sanitaire, des conditions favorables qui permettent à chacun d'avoir le souci de sa propre santé et d'adopter des comportements en conséquence. La Charte d'Ottawa définit ainsi la promotion de la santé comme *« le processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci »*. Si l'individu est reconnu comme le gestionnaire de sa propre santé, ce processus de responsabilisation n'est rendu possible que par une politique publique intervenant sur les déterminants de la santé.

- Mobiliser les responsabilités respectives de l'Etat et des citoyens dans la gestion des risques : la prévention, entre stratégie collective et choix individuel

L'évolution de la prévention, qui se voit de plus en plus renvoyée au champ de l'individuel, a tendance à creuser de ce fait les inégalités existant déjà en matière de santé[246] : alors qu'elle se comprenait auparavant davantage en termes d'obligation et de solidarité collective (comme le montre l'exemple de la

---

[243] Claude Got, *Risquer sa peau*, Bayard, 2001.

[244] Id.

[245] Cette responsabilité, composante de base de l'autonomie, doit être entendue en un sens tout différent de celle qui signifierait une responsabilisation des coupables, c'est-à-dire des personnes à comportement à risque. Raymond Massé, *Contributions et limites du principlisme dans l'analyse des enjeux éthiques en promotion de la santé*. IUHPE-Promotion and Education, hors série, 2001.

[246] Audition par la section des affaires sociales de Michel Depinoy, vice-président de l'INPES.

vaccination)[247], la prévention est, en effet, aujourd'hui perçue comme un « droit », une « chance » donnée à l'individu, dont il sera libre de tirer ou non partie. Ainsi, l'usager a le droit de bénéficier d'un acte de dépistage sur un financement solidaire, même si, collectivement, la rentabilité n'est pas assurée.

Le premier défi d'une politique de prévention est d'abord de lutter contre les inégalités sociales en matière de santé, au lieu de contribuer à les accentuer. Elle ne peut se fixer pour objectif l'allongement moyen de l'espérance de vie dès lors que cet allongement se ferait au détriment des plus vulnérables : elle doit d'abord viser à améliorer la santé de la population, c'est-à-dire véritablement de tous.

La réflexion amène, plus largement, à s'interroger sur les responsabilités respectives de l'Etat et des citoyens. La responsabilité de l'Etat à l'égard des individus peut se traduire en termes d'interdiction, de coercition. Cette intervention de l'Etat pour défendre l'un des biens fondamentaux, la santé, est légitimée par un double constat : tous les citoyens ne sont pas tous égaux en matière de réflexes préventifs ; certains comportements à risque ont des conséquences préjudiciables pour autrui.

Comment et jusqu'où cependant la société peut-elle se donner le droit d'intervenir de manière intrusive, sans être pour autant hygiéniste, dans le comportement des personnes ? La définition des risques qui doivent être gérés respectivement au plan collectif et au plan individuel pose une question éminemment politique, celle de savoir quand il est légitime d'interdire et quand il est plus judicieux d'informer[248]. Force est de constater, sur ce point, que les dispositions législatives en matière de prévention ne semblent pas, d'un pays à l'autre, obéir exclusivement à des impératifs de santé publique, comme en témoigne la variabilité des lois concernant, par exemple, la consommation de cannabis. Il importe, en effet, pour l'Etat, d'adopter une attitude cohérente sur cette question en s'obligeant à l'anticipation, condition *sine qua non* de l'exercice des responsabilités nationales.

La prévention est de nature à interroger la société dans ses relations avec les individus : elle peut choisir le consensus minimal et tardif, se contentant de recommandations dépourvues de toute dimension coercitive, ou, au contraire, l'exercice d'un pouvoir coercitif, avec des lois et les moyens qu'il faut pour l'appliquer. La France oscille entre les deux attitudes. Le constat de certains échecs dus à un manque de coercition invite à penser qu'il faudrait peut-être accorder une place accrue aux règlements et à la coercition en général. Il est entendu que cette coercition exercée sur les citoyens ne peut prendre la forme d'une obligation positive à se comporter de telle ou telle façon ou à subir tel ou

---

[247] Actes du colloque CANAM, *Education et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, mars 2001, intervention de M. Marc Brodin, *Réflexions et repères introductifs sur la prévention.*

[248] Martin Hirsch a ainsi souligné que si l'on ne sait pas expliquer pourquoi on autorise la vente du tabac et pourquoi on a interdit, par exemple, dans le contexte de la crise de la vache folle, celle du ris de veau, on ne peut pas attendre une attitude rationnelle face aux risques : Martin Hirsch, *Ces peurs qui nous gouvernent : faut-il craindre la transparence ?*, Albin Michel, 2002.

tel dépistage. Elle ne peut s'entendre que négativement comme interdiction, celle de fumer dans les lieux collectifs par exemple. Le droit, la loi ne peuvent en effet se confondre avec une quelconque prétendue morale qui voudrait le bien, en l'occurrence la santé, des individus et de la société.

Le recours à une contrainte extérieure pour faire évoluer les comportements pose des questions du point de vue éthique mais aussi du point de vue de l'efficacité. La contrainte extérieure - interdiction, notamment - peut en premier lieu apparaître à l'opposé, du moins à court terme, du processus de responsabilisation. Il suppose un système de sanctions appropriées. C'est certainement la raison du non-respect de la *« loi Evin »* qui énonce l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs, sans désigner pour autant d'autorité particulière pour veiller à sa bonne application. Le paradoxe de cette loi est qu'en effet elle interdit mais dépend, en réalité, pour son application, du sens de la responsabilité des individus. L'interdiction n'a, d'autre part, d'efficacité que si elle ne se trouve pas en trop grand décalage par rapport aux représentations et usages, comme le révèle la consommation de cannabis qui s'est considérablement accrue au cours de la dernière décennie[249], l'opinion publique, soumise à des discours peu clairs voire contradictoires, semblant peu attentive à ses effets nocifs.

I - FAVORISER LA RESPONSABILISATION ET LA PARTICIPATION DE TOUS LES ACTEURS.

A - RÉAFFIRMER LA NATURE POLITIQUE DES ENJEUX DE LA PRÉVENTION ET FAVORISER LA PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ET DES CITOYENS DANS LE PROCESSUS DE DÉCISION EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

1. La nature politique des enjeux de la prévention

Les décisions en santé publique impliquent des choix qui ne mettent pas seulement en jeu des données objectives et techniques, mais aussi des jugements de valeur. La réponse aux questions soulevées ne peut être que de nature politique, d'autant plus que si l'interprétation de données scientifiques est le fait des experts, leurs avis peuvent, dans de nombreuses situations, diverger sur leurs conséquences sanitaires et surtout sociales. L'affaire du sang contaminé, mais aussi celle de l'amiante et de l'encéphalopathie spongiforme bovine sont venues mettre en question la légitimité d'une prédominance du jugement des seuls experts. La mise en place de mesures de prévention suppose pour être véritablement efficace un fort engagement des responsables politiques, à l'instar des récents plans nationaux lancés notamment dans les domaines de la nutrition

[249] Actuellement il y a en France dix millions de consommateurs occasionnels et 300 000 consommateurs quotidiens. La proportion de jeunes de 18 ans scolarisés consommant de façon répétée du cannabis a presque triplé chez les garçons de 1993 à 1999 pour atteindre 35 % contre 16 % en moyenne chez les jeunes Européens - Académie Nationale de Médecine, *Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ?*, 2002.

ou de la lutte contre le cancer. La prévention a cependant contre elle de ne pas avoir la plupart du temps d'effets immédiats, et ne mobilise pas beaucoup, par conséquent, l'intérêt des responsables politiques, qui se trouvent souvent, du fait de la pression du court terme et des intérêts économiques, en porte-à-faux par rapport aux enjeux de santé publique.

Il est indispensable, au contraire, de considérer les conséquences sur la santé, à court et long terme, de toute décision publique, avant que celle-ci ne soit effectivement prise. De même, l'on pourrait envisager que les politiques menées soient appréciées non pas seulement en termes de taux de chômage, par exemple, mais aussi, entre autres, en termes de santé publique, même si celle-ci ne peut toujours représenter le critère ultime de toute décision.

Ces difficultés du processus de décision politique s'accompagnent d'une prise de conscience croissante des conséquences parfois négatives sur la santé des avancées des biotechnologies, ce dont ont témoigné les conclusions de la *« Conférence citoyenne »* portant sur les organismes génétiquement modifiés, mise en place en 1998. Des analyses soulignent qu'il existe deux dangers également graves, celui d'un gouvernement d'experts comme celui d'un gouvernement sans experts, et l'exigence croissante des citoyens en matière de protection vis-à-vis des risques justifie un primat du politique sur les deux autres pouvoirs que sont, d'une part, la *« technoscience »* qui peut à la fois créer des risques et conseiller sur les moyens de les conjurer, et, d'autre part, la *« sphère économique »*, qui veut à la fois réduire les risques et réduire les coûts nécessaires pour cela[250].

2. La nécessaire implication de la société civile et des citoyens

S'il revient incontestablement aux politiques de déterminer et d'assumer le niveau de risque acceptable, la gestion des risques collectifs demande d'impliquer la société civile et de réinventer les modalités de fonctionnement de la démocratie par des modes de consultation nouveaux.

2.1. Donner sa place à la société civile

Comme l'a souligné la *« Contribution au débat »* adoptée par le Bureau du Conseil économique et social en mai 2002[251], dans sa partie abordant la problématique de la relation entre société civile et institutions politiques, c'est au sein de la société civile qu'ont souvent émergé des problèmes importants, concernant notamment des aspects de la prévention, par exemple l'apparition des préoccupations d'environnement, de sécurité alimentaire ou de défense des consommateurs.

---

[250] Martin Hirsch, *Ces peurs qui nous gouvernent : faut-il craindre la transparence ?*, Albin Michel 2002.

[251] *Contribution au débat* adoptée par le Bureau du Conseil économique et social le 14 mai 2002, Editions des Journaux Officiels, n° 41102-0008.

Le même document, s'agissant de la contribution des organisations de la société civile au bon fonctionnement de la démocratie, a mis en évidence que les organes représentatifs de la société civile peuvent jouer :

- un rôle de veille, d'anticipation et d'alerte, lorsque les responsables politiques ou administratifs ne perçoivent pas suffisamment les demandes des citoyens ou les abordent de manière inadéquate ;
- un rôle d'expertise, afin que face à la complexité croissante des problèmes et au-delà des rapports d'experts *« la collectivité puisse bénéficier des compétences - et surtout de l'expérience - d'acteurs proches du terrain »*, concernant par exemple les biotechnologies, les problèmes du « risque zéro » ou le principe de précaution. Ces organisations pourraient *« participer davantage à l'évaluation des politiques publiques permettant ainsi de donner toute sa place à la réflexion à long terme face à la dictature du court terme. Par cette intelligence collective et pratique [elles] peuvent apporter une contribution irremplaçable au débat public »* ;
- un rôle de relais et de pédagogie collective *: « Entre le marché d'un côté (…), et le pouvoir unilatéral de l'Etat de l'autre, une place pourrait être faite à des formules d'inspiration contractuelle. Ces corps intermédiaires pourraient aussi éclairer et valider la décision publique afin que les décisions prises au niveau politique soient mieux comprises de l'opinion et, en tout cas, plus en phase avec ses attentes. »*.

2.2. Assurer la participation des citoyens

Il importe à l'avenir de permettre aux usagers d'être associés aux débats qui doivent impérativement éclairer l'expertise pour passer à la phase de décision. Les Etats généraux de la santé organisés en 1998-99 avaient innové, malgré certaines insuffisances, en permettant, par le biais de jurys citoyens, une intervention directe et collective des usagers dans le champ de la santé[252]. Aujourd'hui, l'innovation dans la recherche de l'expression d'une volonté de la population devrait naturellement s'accompagner de formes de consultation afin que les différents programmes ayant un lien avec la santé publique puissent intégrer ses réactions. Parallèlement, il est fondamental de favoriser, auprès du grand public, la diffusion des avis rendus par les experts, sous la forme d'une vulgarisation intelligente, et de tenir informés les citoyens de tous les éléments de la chaîne décisionnelle, allant de l'état des connaissances jusqu'à la décision annoncée, en précisant, à chaque fois, toutes les étapes intermédiaires,

[252] Le sujet de ces *conférences de consensus*, dites également *conférences citoyennes*, était défini par un groupe de pilotage. Les experts du domaine traité présentaient l'état des connaissances et étaient questionnés au cours d'une réunion publique par un groupe de citoyens représentatifs de la population où finalement le jury donnait un avis.

c'est-à-dire les différentes solutions possibles, avec leurs avantages et leurs inconvénients.

Ces questions se posent avec d'autant plus d'acuité que n'existent plus désormais les conférences régionales destinées à définir les priorités en santé, où étaient représentées les associations de malades. Les conseils régionaux de santé prévus par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé n'ont quant à eux pas encore été mis en place.

B - PERMETTRE À CHACUN D'ETRE ACTEUR DE SA SANTÉ

1. Développer une information claire, accessible et ciblée

L'information sur les risques qu'induisent certains comportements recouvre une importance capitale. Si les actions destinées à améliorer les connaissances et à les diffuser de façon appropriée ne suffisent pas à modifier les attitudes, elles constituent cependant un préalable indispensable à l'évolution des représentations et des comportements.

La demande des citoyens est d'ailleurs de plus en plus importante sur ce sujet et le niveau d'information sur la santé s'est considérablement élevé : si, aujourd'hui, personne ne « fait tout » pour sa santé, presque tout le monde fait quelque chose[253]. Aussi est-il essentiel de mettre à la disposition du public une information qui soit claire, précise et validée scientifiquement, comme l'a permis, dans la perspective d'une promotion de la santé globale, le guide alimentaire *« La santé vient en mangeant »*, diffusé dans le cadre du Plan national nutrition santé (PNNS). De même, le livre de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (MILDT), *« Savoir plus, risquer moins »*, vendu à quatre millions d'exemplaires, est venu utilement mettre un terme aux discours divergents concernant notamment la consommation de cannabis. En revanche, alors qu'il existe à destination des organisations et clubs sportifs des réglementations en la matière, aucune information n'est diffusée auprès du public sur les risques liés à la pratique des activités sportives, qu'ils concernent les accidents de moto, de ski, d'aviation,… et ce bien que la morbidité entraînée par ces activités soit importante, notamment chez les adolescents. Souvent, de plus, le fait de s'assurer peut faire croire à l'individu qu'aucune prévention n'est nécessaire.

Cette information doit néanmoins se garder de dériver vers une surinformation, source de lassitude et, en fin de compte, d'ignorance. Elle doit, au contraire, veiller à établir une hiérarchisation claire des risques, sans toutefois entraîner une banalisation des pratiques et consommations moins dangereuses mais comportant néanmoins des risques.

---

[253] Selon les termes de la sociologue Claudine Herzlich, in Actes du colloque *La santé en France au XXIème siècle : quelles perspectives ?*, Edition Nucléon, 2001.

Concernant, plus spécifiquement, les pratiques alimentaires, la responsabilisation des consommateurs passe aussi par l'amélioration du marquage des produits de grande distribution : ils doivent systématiquement préciser le taux de graisses, le rapport graisses saturées/insaturées et l'apport calorique, mesure que prévoient conjointement le plan national nutrition santé et le plan de mobilisation nationale contre le cancer. Il importe de veiller à la mise en œuvre effective et dans les délais les plus brefs possibles de cette mesure très importante. Sur un autre plan, il convient d'attirer l'attention des pouvoirs publics français et européens sur les conditions de transformation exigées des associations qui redistribuent les surplus alimentaires, ce qui suppose que le coût réel des produits alimentaires qualitativement équilibrés soit bien pris en compte.

Dans la mesure où il est bien évident qu'il ne suffit pas de savoir, d'être informé sur les risques pour modifier son comportement, il pourrait également être envisagé de faire une plus grande place au *« marketing social »*, largement développé dans les pays anglo-saxons[254], et qui se définit par l'utilisation des techniques de marketing afin de faire évoluer les comportements à risque vers des comportements plus sains. Trop souvent, en effet, les campagnes n'ont pour but, en France, que de sensibiliser à une problématique, à des facteurs de risque, sans inciter réellement les personnes à faire ce qui est souhaitable pour leur santé[255]. Dans cette perspective, d'ailleurs, les campagnes qui dépassent la stricte prévention pour s'intéresser à la promotion de la santé apparaissent plus efficaces. Ainsi, plutôt que sur la dévalorisation du fumeur, il est préférable d'un point de vue stratégique (mais aussi éthique) de mettre l'accent sur la valorisation du non-fumeur[256].

Des stratégies spécifiques selon le public visé auraient, par ailleurs, intérêt à être mises en oeuvre. Les rapports qu'entretiennent, par exemple, les jeunes à la santé, à la prise de risque, au *look* sont sexuellement différenciés. Ainsi, un style de communication plus spécialement destiné aux garçons aurait à tenir compte des mécanismes de déni tandis que d'autres manières d'expérimenter les limites pourraient être suggérées afin de les aider à déplacer le désir de vivre certains excès vers d'autres expérimentations moins dangereuses pour la vie. Ces campagnes auraient de même, notamment, à tenir compte du fait que le tabagisme, chez les garçons, qui aiment davantage jouer avec la perte de contrôle, est lié à la consommation d'autres produits dangereux pour la santé, ce

---

[254] Il est en effet systématiquement utilisé dans les campagnes de communication des *Centers for Disease Control and prevention* (CDC) aux Etats-Unis, et du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec

[255] A. Bérard, *Le marketing social. Quel apport dans les campagnes d'incitation ?*, Revue médicale de l'assurance- maladie, vol. 32, n°2, avril-juin 2001.

[256] Les campagnes du Comité d'éducation pour la santé (CFES), en 1999, qui délivraient implicitement des messages dévalorisants et culpabilisants à l'encontre des fumeurs, n'ont ainsi pas été appréciées des jeunes. L'une des affiches, qui s'adressait à un public féminin, comportait le texte suivant : Prendre soin de sa peau, utiliser des cosmétiques élaborés, suivre la mode, avoir des cheveux souples, soyeux … et puis tout gâcher. *Education pour la santé : la pub en questions,* entretien avec Anne Lestourelle, La Santé de l'homme, n°352, mars-avril 2001.

qui est moins le cas pour les filles pour lesquelles le tabac se révèle néanmoins davantage un attribut d'indépendance[257].

L'adaptation des messages et le choix des supports en fonction des différents publics apparaissent aussi déterminants, si l'on veut tenter d'éviter que les campagnes d'information ne creusent les inégalités en matière de santé. La société de l'information est en effet une société de la sélection, et les campagnes d'information, telles qu'elles sont généralement menées jusqu'à présent, atteignent en effet davantage les classes sociales les plus aisées et les plus éduquées. Comme l'indique le rapport 2003 de l'IGAS, les différences de santé liées à l'usage du tabac ne sont apparues qu'après les grandes campagnes d'information sur les risques encourus par les fumeurs. En matière de prévention du sida, la montée des nouveaux cas de contamination chez des personnes d'origine étrangère, en situation de précarité, impose un traitement différencié de l'information. Sur un plan plus général, l'information doit s'attacher en particulier à prendre en compte le rapport au temps des personnes les plus vulnérables qui sont souvent, du fait de la prégnance des soucis quotidiens, peuvent rencontrer des difficultés à se projeter dans l'avenir et d'envisager que la prévention puisse les concerner.

2. Valoriser par l'éducation le capital santé de chacun

A l'inverse du simple message informatif, l'éducation doit apporter du sens, des repères à l'individu, lui permettre d'élaborer sa propre attitude consciente et critique vis-à-vis des risques. Le souci de sa propre santé passe d'abord, dans le cas de conditions matérielles satisfaisantes, par le sentiment qu'on a de l'estime de soi-même[258]. Aussi est-il important d'offrir une éducation qui favorise l'estime de soi chez les plus jeunes, et développe une image de la santé comme « valorisation de soi »[259].

Peu de choses sont faites aujourd'hui pour faire prendre conscience aux jeunes de l'importance de prendre soin de leur corps et du fait que la santé constitue une richesse à entretenir quotidiennement. Si la société actuelle est marquée par l'exaltation du corps et le primat de l'apparence physique, les exercices sportifs organisés collectivement restent parfois attachés dans les consciences à l'histoire de certains régimes totalitaires. Face à la croissance de la sédentarité de certains jeunes, de nouvelles formes sont à inventer pour susciter chez eux le désir de se dépenser physiquement, ce qui suppose aussi l'aménagement de lieux adéquats en plus grand nombre. Plus que la santé, c'est la performance qui est valorisée auprès d'eux à l'occasion d'événements sportifs. Or, une telle action paraît d'autant plus nécessaire que les images véhiculées par

---

[257] Jacques Arènes, *Filles et garçons : communiquer différemment ?*, La Santé de l'homme, n°352, mars-avril 2001.

[258] Audition le 8 janvier 2003 par la section des affaires sociales du Pr. Maurice Tubiana, président de l'Académie nationale de médecine.

[259] Gilles Brücker, colloque juin 2001 sous la direction de M. Tubiana.

les médias imposent une vision de la beauté préjudiciable à la santé, comme le révèlent les problèmes d'anorexie ou de boulimie constatés chez les adolescents.

Par ailleurs, si l'éducation parentale et l'information aux parents sur les caractéristiques du développement psychique de l'enfant, ainsi que sur leurs responsabilités et leurs devoirs, sont très développées dans certains pays, elles le sont très peu en France et sont principalement assurées par des associations, avec les moyens parfois très limités et incertains dont elles disposent. De telles actions de proximité seraient pourtant propices à favoriser l'équilibre de l'enfant et prévenir les prises de risque ultérieures éventuelles.

Trop souvent, l'éducation en matière de prévention se résout à la seule information des risques que comportent certaines consommations. Une pédagogie de la prévention primaire est encore à élaborer. Or, le retard en ce domaine s'explique en partie par une mauvaise connaissance des causes des comportements à risque. Une pédagogie de la prévention devrait s'enrichir d'une approche historique et contextualisée du phénomène culturel d'utilisation des psychotropes dans les diverses sociétés. Les enseignants sont peu aidés dans cette tâche et manquent des outils et du savoir-faire. Une meilleure diffusion des méthodes et contenus pédagogiques leur permettrait de mieux l'assumer. De même, un meilleur contrôle des actions d'éducation pour la santé prévues par les circulaires ministérielles, ainsi qu'une évaluation des élèves sur leur perception de la santé, sous une forme à inventer, favoriseraient la reconnaissance de cet enseignement. Enfin, il est nécessaire de souligner le manque de cohérence entre le message de prévention destiné à responsabiliser le jeune en tant qu'individu et le manque de considération de l'Education nationale à l'égard des conditions de vie contraires à la prévention en matière de santé (cartables trop lourds, bureaux de taille inadaptée à la physiologie des élèves,…).

C - IMPLIQUER DAVANTAGE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, AU PREMIER RANG DESQUELS LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

L'implication des professionnels de santé est indispensable parce qu'ils sont les seuls à délivrer un message crédible. Etant en même temps soignants, ils connaissent mieux que quiconque les conséquences de l'absence de prévention. En leur sein, les médecins généralistes, sont amenés à jouer un rôle majeur en matière de prévention. S'ils sont particulièrement bien placés, par exemple, pour identifier les signes de malaise psychologique et interroger leurs patients sur leur consommation d'alcool, de tabac, ou autres addictions, la brièveté des consultations, le nomadisme médical, ainsi que le mode du paiement à l'acte n'ont pas toujours développé chez eux une culture de la prévention et n'ont pas contribué à diffuser celle-ci chez leurs patients.

Des consultations de prévention, qui permettraient d'établir un bilan physique et psychologique, d'une durée supérieure à celle d'une consultation classique, et qui supposeraient d'être valorisés différemment, pourraient être de nature à assurer une meilleure implication des médecins généralistes en matière

de prévention. L'Académie de médecine a précisément demandé, dans un rapport récent, que des médecins de famille formés et rémunérés en conséquence assurent des consultations spécifiques de prévention dans le cadre des campagnes nationales : celles-ci permettraient d'identifier les patients à risque et de mettre éventuellement en œuvre leur prise en charge.

Les médecins généralistes ont également à jouer, en liaison avec les hôpitaux, un rôle décisif dans le fonctionnement de réseaux d'alerte en cas de crise sanitaire.

D'une manière générale, l'ensemble des professionnels des professions médicales et paramédicales, en particulier les pharmaciens, devraient être sensibilisés davantage, en formation initiale comme en formation permanente, au rôle qu'ils ont à jouer en matière de prévention et de promotion de la santé.

D - FAVORISER LES INITIATIVES DES ASSOCIATIONS

Les associations, très nombreuses, jouent un rôle de terrain essentiel en matière de prévention. Mais leurs actions sont freinées par l'insuffisance ou l'instabilité de leurs moyens, leurs initiatives ne sont guère coordonnées, et ne font pas réellement l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Elles éprouvent de surcroît des difficultés à entrer en relation avec le monde de l'éducation et celui de l'entreprise. Il est nécessaire d'engager une réflexion sur les moyens de parvenir à donner toute leur efficacité à leurs initiatives en répondant à ces différents problèmes, notamment en créant les relais administratifs capables de coordonner et d'assurer un suivi à leurs actions. Elles doivent également être transparentes sur l'origine des ressources et sur la qualité de leur gestion, afin de conserver leur pleine crédibilité.

E - RESPONSABILISER LES MÉDIAS ET LES INDUSTRIES POUVANT INDUIRE DES RISQUES.

Comme le souligne le rapport annuel 2003 de l'IGAS, « *Santé, pour une politique de prévention durable* », deux attitudes sont possibles à l'égard des industries pouvant induire des risques : celle de l'interdiction et de la pénalisation, et celle de la négociation.

1. La voie de l'interdiction et de la pénalisation

Cette voie peut s'illustrer par l'interdiction de vente des paquets de moins de dix-neuf cigarettes qui doit prochainement être inscrite dans la loi, en l'occurrence la prochaine loi de santé publique. Concernant les risques professionnels, si le mode du financement des branches AT-MP est censé exercer un effet préventif, il semble que la fixation des taux de cotisation en fonction du risque ait incité certains employeurs à faire pression sur leurs salariés afin qu'ils ne déclarent pas certains accidents, parfois graves, dont ils sont victimes. D'autres moyens pourraient être étudiés afin de s'assurer que soient effectivement pénalisées les entreprises les plus productrices de risques.

2. La voie de la négociation et de la responsabilisation

Le processus de responsabilisation vise à s'opposer aux attitudes ambiguës qu'adoptent certaines industries, notamment celles du tabac et de l'alcool, pour accréditer l'idée que les intérêts industriels peuvent se confondre avec ceux de la santé publique. Ainsi, en finançant un organisme de recherche[260] et une association[261] destinés à prévenir les effets néfastes de l'alcoolisation, les industriels de l'alcool peuvent faire croire qu'une action est menée, alors que les moyens mis en œuvre sont en réalité modestes. Quant aux industries du tabac, si certaines entreprises diffusent des informations sur les risques du tabagisme, elles le font d'une façon telle qu'elle consiste dans les faits à en assurer sa promotion.

La voie de la négociation et de la responsabilisation peut se concrétiser par des systèmes de labels ou d'étiquetage visant à distinguer les industries ou entreprises qui s'engagent dans la prévention. Ainsi, le label *« nutrition-santé »* est délivré dans le cadre du plan national du même nom, et le label *« entreprise sans tabac »* figure parmi les mesures de prévention prévues par le plan national de lutte contre le cancer annoncé en mars 2003.

De la même façon, les chartes de bonne conduite ont intérêt à être développées auprès des médias, à l'instar de la charte *« Pages sans fumée »* signée par une douzaine de titres de la presse féminine, qui les engage à ne donner aucune représentation valorisante de la cigarette et à diffuser des informations sur les risques du tabagisme. Dans le même but de favoriser une dé-normalisation du tabac, le plan national de lutte contre le cancer, cité précédemment, prévoit de rechercher des partenariats avec les médias télévisuels afin d'obtenir la disparition totale du tabac sur les plateaux. L'exemple du *gentleman agreement* passé au Royaume Uni entre l'industrie agroalimentaire et le milieu audiovisuel pour ne pas promouvoir des produits néfastes pour la santé pourrait également être une source d'inspiration.

II - CLARIFIER ET REDÉFINIR LES COMPÉTENCES

A - REDÉFINIR LES RÔLES RESPECTIFS DE L'ETAT ET DE L'ASSURANCE MALADIE

Les interférences sont nombreuses entre l'Etat et l'assurance maladie en matière de prévention, comme l'a révélé notamment la création de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), placé sous la tutelle du ministère de la Santé et financé par cette dernière.

Les atouts relationnels et logistiques dont dispose l'*assurance maladie* invitent à considérer celle-ci comme un acteur majeur de la prévention. Parce qu'elle entretient, tout d'abord, des relations privilégiées avec les acteurs du système de santé : avec les professionnels de santé en secteur libéral, mais aussi,

---

[260] L'IREB, *Institut de recherches scientifiques sur les boissons*.
[261] *Entreprise et prévention, Groupe de réflexion et d'initiatives de producteurs de boissons.*

par exemple, avec les principaux établissements publics spécialisés en santé[262] en contribuant à leur financement, ou en étant représentée au sein de leurs organes dirigeants. Parce qu'elle est, en outre, un service public dont la particularité est d'entretenir avec la totalité de la population des contacts individuels, personnalisés et pérennes tout au long de la vie. Parce qu'elle dispose, également, de capacités de gestion importantes qui commencent à s'organiser autour de la prévention, grâce à son réseau d'organismes locaux[263].

Ces atouts justifient que l'assurance maladie participe davantage à l'élaboration de la politique de prévention avec le ministère chargé de la Santé, même si, depuis les ordonnances de 1996, les conventions d'objectifs et de gestion négociées pour quatre ans entre l'Etat et les caisses nationales favorisent la détermination conjointe de programmes de prévention pluriannuels d'intérêt national.

L'Etat, pour sa part, pourrait être sollicité, à côté de l'assurance maladie, dans le financement de la prévention. Une réforme visant à inscrire au budget de l'Etat les recettes et dépenses affectées au financement de la prévention[264] présenterait l'inconvénient de séparer la gestion de la prévention de celle des soins. Mais il est néanmoins possible d'envisager que les dépenses de prévention autres que le remboursement des actes et traitements à visée préventive soient prises en charge par l'Etat. Lorsque, par exemple, un régime finance une campagne de lutte contre le tabagisme, il œuvre, en effet, pour l'ensemble de la population et non pas seulement pour les seuls assurés de ce régime, et il apparaît dans ces conditions peu justifié de laisser ces dépenses à la charge d'un seul régime alors qu'elles profitent à tous[265].

---

[262] Tels que l'INSERM, l'OPRI, l'ANAES, l'AFSSAPS, etc.

[263] Ce réseau, constitué de 129 CPAM et de 16 CRAM, est complété, au niveau régional, par les URCAM (Unions régionales des caisses d'assurance maladie) qui *contribuent à la mise en œuvre par chacune des caisses des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional*. Daniel Postel-Vinay, *Prévention et assurance maladie*, colloque organisé par la CANAM, mars 2001.

[264] Cela rejoindrait le partage traditionnel des rôles entre l'assurance maladie qui protège l'individu contre la perte de revenu en organisant la solidarité entre producteurs, et l'Etat hygiéniste qui protège la société par la prévention des risques qui menacent la santé nationale » (fléaux épidémiques, tuberculose, alcoolisme, syphilis), comme l'a montré Pierre Rosanvallon dans *L'Etat en France de 1789 à nos jours*, Paris, Le Seuil, 1990.

[265] Rémi Pellet, *Le financement des actions de prévention et de promotion de la santé en France, in Les politiques de prévention*, Institut d'études des politiques de santé, Médecine-Sciences Flammarion, 2003.

B - AFFIRMER OU CLARIFIER LE RÔLE DES COLLECTIVITES TERRITORIALES

1. Redéfinir de façon plus cohérente les compétences respectives de l'Etat et des départements

Le partage des compétences hérité des lois de décentralisation entre l'Etat et les départements apparaît, d'un point de vue de santé publique, porteur de certaines incohérences auxquelles il est nécessaire de remédier. Ainsi les départements sont responsables de la PMI et l'Etat de la médecine scolaire, ce qui est la source d'une discontinuité préjudiciable dans le suivi de l'état de santé de l'enfant. Les départements sont compétents en matière de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et de tuberculose, mais c'est l'Etat qui est compétent en matière de prévention du sida, alors que, d'un point de vue médical, la prévention de l'ensemble de ces maladies aurait intérêt à être traitée conjointement et nécessite des actions de proximité. La question se pose cependant déjà de la lourde charge que représente, pour les départements, la prévention des maladies dont il a actuellement la responsabilité, avec notamment la recrudescence de la syphilis et de la tuberculose.

2. Faire de la région un nouvel acteur de la prévention

Le cadre régional est très généralement reconnu[266] comme le plus approprié pour l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de prévention, de promotion et d'éducation à la santé, alors même que beaucoup déplorent le manque d'un véritable pilote à cet échelon[267]. Néanmoins, le législateur, dans le souci notamment d'éviter d'accentuer les disparités entre régions, n'a pas investi la collectivité territoriale régionale de compétences sanitaires propres. Si les DRASS et les CRAM révèlent l'importance stratégique du niveau régional, celles-ci sont des organismes centraux décentralisés, et non pas des pouvoirs régionaux.

Les conférences régionales de santé et l'élaboration de plans régionaux ont cependant créé une dynamique régionale et matérialisé la conscience de la nécessité de prendre en compte les spécificités régionales en matière de santé et de déterminants de santé. Le rapport 2003 de l'IGAS a souligné deux atouts dont bénéficie la collectivité régionale et qui doivent effectivement en faire un partenaire reconnu en matière de prévention : sa compétence dans le domaine de la formation professionnelle, puisqu'il sera nécessaire de développer les connaissances et savoir-faire de santé publique ; et son rôle de pilotage des politiques de soutien à l'économie et d'aménagement du territoire, qui devront de plus en plus intégrer la prévention des risques sanitaires et collectifs.

---

[266] Notamment par l'Académie nationale de médecine *in Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ?*, 2001, et par l'IGAS dans son rapport annuel *Santé, pour une politique de prévention durable*, 2003.

[267] Notamment le Pr. Lucien Abenhaïm, directeur général de la santé, lors de son audition le 5 février 2003 par la section des affaires sociales du Conseil économique et social.

C - AFFIRMER LA RESPONSABILITÉ DE L'ETAT POUR DÉFINIR UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Financée et organisée par les employeurs, la médecine du travail, de même que la médecine scolaire, ne dépend pas du ministère de la Santé. Les acteurs qui pilotent l'institution de la santé au travail, c'est-à-dire les partenaires sociaux et le ministère du Travail, sont éloignés, dans cette tâche, de la logique de santé publique.

Dans ces conditions, comme le souligne le rapport 2003 de l'IGAS, il importe de faire de la santé au travail un objet de politique de santé publique qui dépasse les seuls partenaires sociaux. Si le rôle essentiel de ces derniers doit être confirmé, un tel enjeu légitime en effet l'intervention du ministère de la Santé. De façon déterminante, il s'agit de créer les conditions pour que soient apportées aux décideurs (gouvernement, partenaires sociaux), chacun en ce qui les concerne, les connaissances scientifiques nécessaires à la prise de décision ou à la tenue de négociations.

III - DÉVELOPPER DES STRATÉGIES TRANSVERSALES, COORDONNÉES, CIBLÉES ET ÉVALUÉES

A - FAVORISER DES LOGIQUES TRANSVERSALES ET COORDONNÉES ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS

Trop souvent, le cloisonnement des actions menées limite leur efficacité. Aussi, apparaît-il nécessaire d'établir des habitudes de collaboration entre les acteurs du sanitaire et du social, et notamment, au sein de l'Etat, entre le ministère de la Santé et ceux du Travail et de l'Education nationale.

1. Coordonner le sanitaire et le social

Les comportements à risque s'expliquent souvent par des contextes de précarité sociale et affective. Pour être efficaces, les actions de prévention sanitaire doivent s'attacher à prendre en compte les personnes les plus en difficulté et intervenir de façon coordonnée avec les autres acteurs, ceux du secteur social notamment. Ainsi, la prévention secondaire, par exemple en matière de consommation excessive d'alcool, suppose la coordination entre médecins, associations et services spécialisés de proximité.

Les actions de prévention sanitaire nécessitent aussi de se situer davantage en amont, à l'origine sociale et psychologique du mal. C'est dire la nécessité d'agir sur l'environnement psychosocial des individus, notamment dans la prévention des troubles psychologiques, en favorisant, par exemple, la création de lieux d'écoute et d'échange, de dispositifs de prise en charge sociale et psychiatrique intégrée... Le dysfonctionnement de la cellule familiale joue un rôle déterminant dans l'usage des drogues, la violence, le suicide. Il apparaît primordial, pour la politique familiale, de veiller au maintien d'un environnement affectif satisfaisant pendant les trois premières années de la vie

en raison des graves conséquences des traumatismes psychiques pendant cette période. Il manque cependant de données fiables sur l'impact des facteurs familiaux et sociaux sur la santé mentale des enfants[268].

De façon plus générale, pour améliorer la coordination entre le sanitaire et le social, une meilleure connaissance serait nécessaire, au niveau individuel, des causes qui conduisent les personnes à des situations sanitaires dégradées et, au niveau collectif, des déterminants et des risques sociaux, c'est-à-dire des nouvelles formes de vulnérabilité et de précarité sociale et sanitaire. Les connaissances accumulées en France et la recherche en santé publique concernent davantage aujourd'hui les effets des inégalités constatées que la connaissance des causes à proprement parler[269]. L'insuffisante identification des déterminants sociaux des disparités sociales de santé rend plus difficile tout effort de prévention[270].

2. Favoriser une action véritablement interministérielle

Il apparaît indispensable d'établir une véritable coordination entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Education nationale, d'une part, et le ministère de la Santé et le ministère de l'Emploi d'autre part. Le plan national de lutte contre le cancer présenté en 2003 a précisément ouvert la perspective, à développer avec profit, d'une nouvelle collaboration, en prévoyant, dans les deux cas, un contrat-cadre autour d'objectifs communs de santé publique. Au niveau local, il est prévu de décliner ces contrats-cadres nationaux en développant des contrats, d'une part, entre les rectorats, les structures d'enseignement et les DRASS, autour d'actions d'éducation à la santé pouvant s'inscrire dans des approches pédagogiques, d'autre part, entre les DRASS, les URCAM et les DRTEFP (Directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle). Il est, par ailleurs, prévu, pour favoriser la bonne application de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs, de développer un label *«entreprises sans tabac »* parrainé conjointement par les ministères du Travail et de la Santé.

La prévention des risques professionnels et la promotion de la santé au travail réclameraient, de façon plus large, une coopération entre non seulement les ministères du Travail et de la Santé, mais aussi avec ceux de l'industrie, de l'environnement et de l'agriculture. De même, les instances chargées respectivement de la gestion des risques environnementaux et des risques professionnels auraient intérêt à collaborer pour éviter une séparation artificielle entre santé environnementale et santé au travail, entre le périmètre de l'entreprise et son extérieur.

---

[268] Académie Nationale de Médecine, *Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ?*, Paris, 2002.

[269] Haut Comité de la Santé Publique, *La Santé en France, 2002*, La Documentation française, février 2002.

[270] N. Krieger *Society, biology and the logic of social epidemiology*, Int J Epidemiol, 2001.

Le rapport de la Mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule publié le 9 septembre 2003 a montré clairement la nécessité d'une coopération interministérielle : *« La coopération des directions d'administration centrale entre elles sur cette affaire apparaît très faible. Chaque direction (DGS, DGAS, DHOS) a mis en place, avec les moyens du bord, un système d'information d'urgence ad hoc, sans relation ni mise en réseau avec les autres directions. La majorité des correspondants sont «verticaux » : le cabinet, les administrations déconcentrées ou le réseau personnel de chaque agent. Dans cette crise, le passage d'information horizontal d'une direction à l'autre a été réduit ».*

B - ORIENTER DE FAÇON PLUS STRATÉGIQUE LA MÉDECINE SCOLAIRE ET LA MÉDECINE DU TRAVAIL.

La médecine scolaire et la médecine du travail souffrent d'un manque comparable en personnel eu égard à leurs missions. Cette situation, comme l'a noté le rapport annuel 2003 de l'IGAS, devrait susciter une réflexion sur la réorientation souhaitable de leurs activités. Toutes deux restent attachées à une conception « arithmétique » de l'égalité[271] qui privilégie une homogénéisation du traitement, quelle que soit la situation de départ. Le contenu de l'examen systématique des enfants et des salariés mériterait d'être quelquefois réorienté. Ces derniers sont, pour beaucoup suivis par ailleurs. Les médecins scolaires ne sont pas toujours, en outre, formés pour détecter toutes les pathologies. En matière de santé au travail, si l'entretien individuel périodique avec le médecin du travail est indispensable pour évoquer certains troubles, notamment ceux du stress, du harcèlement moral et physique, les enjeux résident aujourd'hui davantage dans l'évaluation des facteurs de risques que dans la recherche de l'aptitude du travailleur. De même, il est important, en matière de santé à l'école, d'évaluer les conséquences de l'organisation de la vie et des lieux scolaires sur la santé de l'élève.

C - FAVORISER L'ÉVALUATION COMME MÉTHODE DE VÉRIFICATION PERMANENTE DE L'OPTIMISATION DES DÉCISIONS ET DES PRATIQUES.

L'évaluation est double, elle concerne à la fois la préparation technique de la décision et l'appréciation des actions mises en œuvre. La première étape de l'évaluation est, en effet, une expertise adaptée aux besoins des décideurs et qui permet d'identifier les domaines où il faut agir et l'ampleur des risques encourus. Quand elle existe, cette évaluation ne donne pas suffisamment lieu à la formulation d'objectifs pour la mise en place de mesures appropriées.

---

[271] Par opposition, selon les termes d'Aristote, à *l'égalité géométrique*, qui privilégie la proportionnalité des moyens mis en œuvre par rapport aux besoins qui varient en fonction des individus.

La création de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Agence de sécurité sanitaire de l'environnement (ASSE) ont permis une meilleure expertise des risques et des besoins, mais de très grands progrès doivent encore être faits, comme l'a montré l'exemple de la cancérogenèse par l'amiante, les lacunes dans le développement de nos connaissances quand les risques nouveaux sont clairement identifiés constituant une faute majeure, ou comme l'a mis en évidence la grave crise sanitaire qu'a connue la France en août 2003, l'InVS ne disposant pas d'un système permanent d'information sur les données sanitaires liées aux variations climatiques ; cette même crise a mis en évidence le problème des circuits de l'information et de la chronologie des prises de décision au sein de l'Etat. Le rapport de la Mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule, rendu public le 9 septembre 2003, a d'ailleurs noté un *« décalage entre les missions de l'InVS telles qu'elles ressortent de la loi et son mode d'organisation et de fonctionnement (…) à l'exception des maladies infectieuses, où il intervient sur le terrain, cet établissement public fonctionne plus comme un organisme d'observation et d'analyse scientifique a posteriori dans certains types de pathologies que comme un service opérationnel d'action et d'intervention généraliste en temps réel (…) L'InVS n'a agi qu'en réponse à la demande et non de sa propre initiative, comme l'aurait fait l'organisme prospectif de détection que la loi lui demande d'être »*.

Le rassemblement des données épidémiologiques et physiopathologiques doit s'accompagner de l'estimation des bénéfices escomptables et des inconvénients de la mesure proposée. Cette estimation du rapport coût-efficacité, avec le maximum de précision possible et en donnant les marges d'imprécision, peut inclure l'aspect psychosociologique du risque et des mesures pour lutter contre lui[272].

L'évaluation des effets des actions mises en œuvre, qu'ils soient ou non attendus, est, dans un autre temps, indispensable. Comme le fait remarquer le Professeur Claude Got, *«le déficit d'énergie dans la décision est fréquemment lié à l'absence d'évaluation qui rend la première moins visible*[273] *»*. Cette évaluation doit permettre de faire reconnaître l'efficacité de la prévention, et de développer la diffusion des savoir-faire en ce domaine. Car, pour l'instant, c'est bien l'anarchie méthodologique qui domine. C'est au prix de l'évaluation que la prévention et l'éducation pour la santé pourront réellement être développées comme des disciplines à part entière, telles que les conçoivent les statuts de l'INPES, et faire l'objet d'une meilleure reconnaissance universitaire.

---

[272] Académie nationale de médecine, *Comment développer et améliorer les actions de prévention en France ?*, 2002.

[273] Pr Claude Got, *Risquer sa peau*, Bayard, 2001.

CONCLUSION

Les constats dressés dans le présent rapport montrent l'ampleur du chemin qui reste à faire pour qu'une véritable politique préventive puisse voir le jour, et qu'il soit possible de passer à terme d'un système centré sur le curatif à un système de santé qui se fonde sur une approche globale de l'individu. Depuis quelques années, les pouvoirs publics se sont certes efforcés de donner davantage de place à la prévention dans différentes politiques publiques, en particulier celles de la santé et de l'éducation. La volonté préventive s'affiche davantage, cherchant à répondre à une demande croissante de sécurité de la part de la population. Des mesures nombreuses ont été prises ou annoncées mais restent encore trop dispersées, même au sein des services de l'Etat. Des pesanteurs de toutes natures demeurent. Si la multiplicité des acteurs de la prévention n'est pas en soi un problème, dans la mesure où elle révèle et même favorise le dynamisme des initiatives, l'enchevêtrement des compétences et des actions ainsi que le manque de synergie entre les intervenants freinent l'efficacité de telles entreprises. Et lorsque des mesures sont prises, elles restent parfois peu ou pas appliquées, par manque de moyens ou de persévérance. La représentation des risques donnée par les médias ne contribue pas toujours, de surcroît, à percevoir et à hiérarchiser correctement ceux-ci. Par ailleurs, les données épidémiologiques sont encore éclatées, et les études psycho-sociologiques sont très insuffisantes.

En se fondant sur ces constats, et en s'inspirant des expériences positives développées dans certains pays, les principaux enjeux ont pu ainsi être soulignés. Il s'agit d'établir une stratégie de prévention à la fois claire et globale inscrite dans la définition d'une nouvelle politique de santé, qui s'appuie sur des recherches médicales épidémiologiques et en sciences humaines, et qui soit relayée par des campagnes de communication ciblées. Il s'agit aussi, au final, en imbriquant le sanitaire et le social, en combinant des interventions sur l'environnement réglementaire et des approches individuelles visant à informer et à inciter les personnes, de parvenir à responsabiliser l'ensemble des acteurs, individuels ou collectifs, professionnels ou bénévoles, dans le cadre de compétences clarifiées.

La prévention, si elle vise souvent à agir sur les comportements des individus, est, en effet, avant tout une démarche collective, une attitude qui repose moins sur les structures et sur la législation ou la réglementation que sur une manière de concevoir et d'appliquer les politiques publiques. Elle ne dépend

pas non plus exclusivement d'une augmentation des ressources financières qui lui sont consacrés, car elle est au moins autant une question de culture que de moyens, et doit impérativement pouvoir s'inscrire dans la durée. Elle suppose également qu'un effort très important soit consenti afin de mieux former, dans de multiples domaines, les professionnels ou les bénévoles chargés de sa mise en œuvre.

C'est aux enjeux ainsi définis que s'efforceront de répondre les propositions formulées par notre assemblée dans son avis.

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées par le rapporteur

Mme Bloch, association nationale prévention de l'alcoolisme (ANPA) ;
Mme Blum Boisgard, médecin chef ;
M. Michel Cymes, médecin, journaliste ;
M. Alain Claquin, chef de cabinet de l'adjoint au maire chargé de la santé ;
M. Claude Dreux, président CSESPHARM ;
M. Xavier Emmanuelli, président du Samu social de Paris ;
M. Michel Gagneux, inspecteur général des affaires sociales ;
M. Bertrand Garros, directeur des stratégies de santé ;
M. Michel Hannoun, médecin ;
M. Patrick Hescot, médecin, président de l'UFSBD ;
Mme Françoise Jabot, Ecole nationale de santé publique (ENSP) ;
M. Alain Jourdain, Ecole nationale de santé publique (ENSP) ;
Mme Nadine Neulat-Billard, chef du bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention, direction de l'enseignement scolaire, ministère de l'Education nationale
Mme Isabelle Robard, avocate
Mme Hélène Strohl, inspecteur général des affaires sociales
M. Alexandre Valet, conseiller auprès du ministre délégué à l'Enseignement scolaire.

Annexe 2 : Une expérience menée dans l'Oise de suivi des examens réalisés auprès des enfants de maternelle

Ce projet concerne à la fois les villes de Beauvais et de Creil. On se limitera ici à rapporter la mise en place de l'action à Creil.

Il s'efforce de répondre au constat selon lequel à la suite du bilan médical réalisé à l'école par le service de santé scolaire auprès des enfants au cours de leur sixième année, l'accès aux soins des enfants repérés comme ayant un problème de santé est insuffisant. Seulement 40 % des enfants chez lesquels une pathologie a été décelée ont recours aux soins pour cette pathologie. Faute d'une prise en charge appropriée, ceci peut retentir à terme non seulement sur leur état de santé et leur développement psychomoteur, mais aussi sur leurs capacités à suivre un cursus scolaire normal, facteur favorisant l'insertion sociale. Ainsi il a été décidé de mettre en place une action visant à mettre en œuvre toutes les stratégies possibles pour faire en sorte que chaque enfant reçoive les soins et l'accompagnement qui lui sont nécessaires en mobilisant les compétences et savoir-faire locaux dans une démarche de partenariat.

Concrètement, dès 1993, une réflexion sur le thème de la santé des enfants scolarisés s'est engagée dans le cadre du Contrat de développement urbain de la ville de Creil et dès l'année scolaire 1994/1995, une expérimentation a été mise en place dans les zones d'éducation prioritaire de l'agglomération creilloise. Elle s'est trouvée renforcée par le plan de relance de la santé scolaire et les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, prévus par le programme de mise en œuvre de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

Le dispositif mis en place est le suivant : en cas de dépistage d'un problème de santé, le médecin de l'Education nationale transmet aux parents, qui sont présents lors de l'examen, un *« avis »* destiné au professionnel de santé. La famille ou le professionnel consulté doit avertir par *« retour »* que l'enfant a bien été vu par le système de soins. En l'absence de réponse dans un délai de 2 mois, un *« rappel »* écrit est envoyé aux parents. Si, après ce rappel, il n'y a toujours pas de retour, la santé scolaire transmet à un *« accompagnant santé »* un « ordre de mission » comprenant des données succinctes sur l'enfant. Pour l'agglomération creilloise, cet « accompagnant santé » est une assistante sociale de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) qui contacte la famille de l'enfant afin de mieux connaître les raisons du « non-retour » et d'aider les parents si nécessaire à accéder aux soins. Quand le bilan médical a révélé des troubles du comportement ou de la psychomotricité, c'est le médecin de l'Education nationale qui s'assure lui-même de l'accès aux soins. A cet effet, un protocole a été établi en collaboration avec le Centre médico-psycho-pédagogique (CMMP) de Creil.

Une méthodologie a été définie par le *« groupe de suivi »*, constitué d'un représentant de chacun des partenaires. Les propositions sont soumises pour

validation au comité de pilotage. Ce dernier assure l'organisation, le suivi et l'évaluation des actions ainsi que la négociation des conventions indispensables. Il se réunit au moins deux fois par an et est présidé par l'Inspecteur d'Académie et le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et/ou leur représentant, le médecin conseiller technique et le médecin inspecteur de santé publique.

Cette expérience doit sa réussite à la collaboration de différents acteurs :

- la DRASS, qui finance pour moitié l'action ;
- la DDASS, qui apporte son soutien méthodologique et pilote le *« groupe de suivi »* ;
- la CPAM de Creil, qui finance l'action pour l'autre moitié, règle les soins directement aux professionnels si nécessaire, assure la coordination de l'action, assure une sensibilisation des enfants de grande section à l'hygiène bucco-dentaire ;
- la santé scolaire, qui réalise le bilan médical en grande section de maternelle et adresse les enfants à un professionnel de santé si nécessaire, s'assure de l'accès aux soins des enfants de grande section de maternelle et les adresse, si nécessaire, à l'*« accompagnant santé »*, procède à l'évaluation chiffrée ;

Le service social de la CRAM : si l'information d'accès aux soins n'est pas parvenue à la santé scolaire, un *« accompagnant santé »* contacte la famille et fournit à celle-ci une aide qui peut être de différente nature, aide administrative, financière (par la prise en charge intégrale du coût des soins), ou de sensibilisation à la démarche de soins ;

- les professionnels de santé : ceux du secteur libéral, qui acceptent de pratiquer le tiers payant et répondent aux avis émanant de la santé scolaire ; ceux du CMPP, qui avisent la santé scolaire de l'accès aux soins des enfants, qui échangent, au cas par cas, avec les médecins de l'Education nationale, à propos du suivi des élèves ;
- les Réseaux d'Education Prioritaire (REP), qui contribuent à la diffusion de l'information aux enseignants en invitant la CPAM à présenter chaque année un bilan de l'action ;
- les enseignants, qui participent à la mobilisation des familles pour le bilan médical scolaire, appuient l'action des acteurs de santé par un rôle de médiation ;
- les services de la PMI, qui réalisent un bilan infirmier chez les enfants de moyenne section de maternelle, et qui, depuis septembre 2000, ont rejoint le projet pour une prise en charge précoce des troubles.

L'accès aux soins a été ainsi largement amélioré puisque le taux atteint 97 % pour les troubles de la vue, 96 % pour les troubles de l'audition, 81 % pour les troubles dentaires, 84 % pour les troubles du langage (chiffres arrêtés au 31/12/2000 concernant les enfants examinés en grande section de maternelle en 98-99 et suivis, pour certains d'entre eux, en CP en 1999-2000. Pour les troubles du comportement, la démarche vers un professionnel de santé demande une grande implication des familles, ce qui peut expliquer le faible taux d'accès aux soins (52 %). Le taux d'enfants présentant, lors de l'examen de dépistage effectué en grande section de maternelle, des troubles de la vue est de 22 %, des troubles de l'audition 6 %, des troubles dentaires 33 %, des troubles du langage 19 %, et des troubles du comportement : 8 %.

Le budget consacré à ces actions est modeste. La subvention totale allouée en 1999 était de 50 000 francs (DRASS : 25 000 F, CPAM : 25 000 F.

Des habitudes de travail en concertation avec la CPAM locale et une aide attentive du médecin conseiller technique de l'Inspecteur d'Académie ont permis à ce projet de trouver un soutien au niveau des services de la DRASS et DDASS. Les villes peuvent également être partenaires financiers d'un tel projet.

Cette expérience est positive à plusieurs titres. Elle a permis :

- un très bon accès aux soins des enfants nécessitant une consultation à l'issue du bilan de sixième année et de leur suivi en CP ;
- un meilleur fonctionnement du service de santé scolaire permettant un suivi plus rigoureux des enfants qui le nécessitent. Cette rigueur permet de déceler des dysfonctionnements et de tenter d'y remédier ;
- une meilleure implication des personnels. Chacun a réfléchi à la place qu'il occupe dans le dispositif et a repensé son action dans un esprit de complémentarité ;
- une meilleure connaissance de la population et de ses difficultés à consulter en particulier par l'analyse du travail des accompagnants de santé. Contrairement à ce que l'on pouvait attendre, peu de familles ont nécessité une aide financière (15 familles sur 139 familles contactées par la CRAM en 1999-2000). L'absence de soins apparaît plutôt comme une certaine ignorance de la prévention, et résulte d'une difficulté à gérer la prise de rendez-vous et du choix des parents d'échelonner les différents soins à réaliser dans une même famille. ;
- une amélioration des relations partenariales nouées d'abord entre la santé scolaire, la DDASS, la CPAM, les villes et la CRAM et qui se sont étendues au cours des années aux professionnels de santé et à la PMI.

Annexe 3 : Une expérience menée à Nanterre pour lutter contre la *« souffrance psychosociale »*

A Nanterre, sous l'impulsion du maire- adjoint chargé de la Santé et de la Prévention à la Mairie, de nombreuses actions ont été mises en œuvre afin de prendre en compte et d'alléger la « *souffrance psychosociale* » des personnes en difficulté. Seul le niveau local, en effet, permet, selon lui, de répondre à de tels besoins. Le rôle des élus est essentiel, mais leur détermination doit obligatoirement reposer sur des *« alliances préventives »*. Pour aller vers l'usager qui ne sait pas exprimer son mal-être et ni ne se doute qu'une aide est possible, il faut d'emblée, selon ses termes, *« penser psycho-social »*.

Ainsi des partenariats sont noués entre assistants sociaux, enseignants, psychologues et psychiatres de l'inter secteur des pédopsychiatries (ISPP), du Centre medico-psycho-pédagogique (CMPP), des services municipaux ou des associations. Tous les dispositifs disponibles sont mobilisés : politique de la Ville, PRAPS, Programme départemental d'insertion (PDI), Contrat local de sécurité (CLS), plan triennal de la MILDT, fonds du Conseil Général. La ville tente de donner cohérence et sens à toutes ces actions en les inscrivant dans sa politique globale de lutte contre les inégalités, de développement social et d'autonomie des personnes.

Dans le cadre du Contrat local de sécurité (CLS), par exemple, 11 actions sur un total de 53 s'efforcent de répondre à la « *souffrance psychosociale* », notamment les mesures suivantes :

- le développement des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) dans les lycées et collèges, et l'implication de la commune dans leurs actions de prévention ;
- la création de postes de personnels médico-psycho-sociaux dans les écoles, collèges et lycées ;
- le développement de complémentarités entre les clubs de prévention et les structures municipales jeunesse et santé, avec des formations communes ;
- le soutien à la fonction de parentalité : groupe de paroles, école des parents, lieu d'accueil parents/enfants avec psychologues sur place ;
- la structuration en réseau des différents lieux et dispositifs d'accueil des jeunes précaires, exclus, déscolarisés ;
- la prévention de la toxicomanie ;
- le dépistage précoce, par le CMPP, l'ISPP, la PMI, des difficultés psychologiques des jeunes enfants avec la mise en place de lieux d'accueil, de prévention, et de soins, en lien avec l'Education nationale ;
- la création d'une classe relais avec soutien psychologique aux professeurs.

Par ailleurs, dans deux quartiers où les difficultés sociales sont majeures (au petit Nanterre et dans le quartier du Parc), les professionnels et les habitants ont réalisé un « *diagnostic-santé* » participatif mettant en évidence quelques priorités d'action qui sont travaillées et mises en action par un comité de pilotage, dans une logique de santé communautaire.

Pour les jeunes de 12 à 25 ans, qui, selon diverses enquêtes, ne consultent pas mais sont souvent en état de souffrance psychique, un Espace Santé Jeunes a été ouvert dans le cadre du Contrat de Ville. Dans ce lieu d'accueil, d'écoute, et d'information, convivial, non stigmatisant et banalisé, le personnel permanent comporte une psychologue à temps plein qui travaille avec une diététicienne. Ce lieu est ouvert, en outre, à une psychologue de l'ISPP, à des interventions de psychologues spécialisés de centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST). Il permet le lien entre le secteur de la santé, en particulier mentale, et ceux de l'Education nationale, de la formation, de l'insertion professionnelle. Les jeunes suivis dans le cadre du Dispositif Insertion Jeunes bénéficient d'une consultation médicale et psychologique, gratuite si besoin, à l'Espace Santé Jeunes. Le Programme départemental d'insertion (PDI) a quant à lui été enrichi d'actions de santé.

LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bibliographie générale sur la prévention

Académie nationale de médecine *in Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ?*, 2001

IGAS, rapport annuel *Santé, pour une politique de prévention durable*, 2003

Claude Got, *Risquer sa peau* ; Bayard, 2001

Martin Hirsch ; *Ces peurs qui nous gouvernent : faut-il craindre la transparence ? ;* Albin Michel, 2002

Marc Brodin, intervention : *Réflexions et repères introductifs sur la prévention ;* Actes du colloque CANAM, *Education et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, mars 2001

Jean-François Girard ; *Quand la Santé devient publique*, Hachette Littératures, 1998

La politique de lutte contre le sida 1994-2000, Rapport du Commissariat général du Plan

Histoire de la prévention

Ruffié, Sournia ; *Les épidémies dans l'histoire de l'homme : de la peste au sida* ; Flammarion

Biraben ; *La révolution contagieuse* ; La Revue du Praticien, 2001

Régnier ; *Le vêtement et la peste* ; La Revue du Praticien, 1996

Panzac ; *Quarantaine et lazarets, l'Europe et la peste d'orient* ; Ed. Edisud

Lalande ; *Sécurité et veille sanitaires : concepts, historique et évolution des structures et des doctrines* ; Revue française des affaires sociales, juil-déc 1997

Bourdelais ; *Les épidémies terrassées, une histoire des pays riches* ; Ed. La Martinière

Bourdelais, Raulot ; *Une peur bleue : histoire du choléra en France 1832-1854* ; Payot 1987

Halioua ; *Histoire de la médecine* ; Masson 2001

Lefèbvre ; *Aspects négligés de l'iconographie anti-alcoolique : plaques de verre et films fixes* ; La Revue du praticien, 2002

Ethique et prévention

Jonathan Mann ; *Ethique et droits de la personne* ; Revue française de santé publique, sept. 1998, n°3

Jonathan Mann ; *Sida, santé et droits de l'homme. La genèse de nouvelles responsabilités dans le monde moderne* ; Revue française des affaires sociales, n°2, 1994

Raymond Massé, *Contributions et limites du principlisme dans l'analyse des enjeux éthiques en promotion de la santé*. IUHPE-Promotion and Education, hors série, 2001

Jean-Louis San Marco ; *Philosophie, éthique et droit de la médecine* ; Coll. Thémis, PUF, 1997

Philippe Lecorps, J.B Paturet ; *Santé publique, du biopouvoir à la démocratie* ; ENSP, 1999

Georges Canguilhem ; *Etude d'histoire et de philosophie des sciences* ; Vrin, 1983 ; *Le normal et le pathologique*, 1 *La politique de lutte contre le sida 1994-2000* ; P U F

S. Fainzang ; *L'éthique est-elle risquée ?* ; La santé de l'homme, n°345

Philippe Lecorps ; *1942-2002 : de l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé* ; La santé de l'homme, n°362, nov-déc 2002

Organisation institutionnelle et aspects financiers de la prévention

Jean-Pierre Davant ; *Politiques de promotion de la santé et le mouvement mutualiste* ; IUHPE, hors série2.2001

Henri Pujol ; *L'expérience associative : la lutte contre le cancer - Les politiques de prévention* ; IEPS, Médecine-Sciences Flammarion 2003

Jean-Michel de Forges ; *Organisation institutionnelle des actions de prévention et de promotion de la santé en France* ; Médecine-Sciences, Flammarion, 2003

Didier Tabuteau ; *Les nouvelles ambitions de la prévention* ; Droit social, décembre 2001

T. Dieuleveux ; *Les départements, acteurs de santé publique ?* ; Adsp n°5, décembre 1993

Bertrand Garros ; *Le temps des clarifications* ; Adsp n°5, décembre 1993

Daniel Postel-Vinay, *Prévention et assurance maladie*, colloque organisé par la CANAM, mars 2001 ; ce réseau, constitué de 129 CPAM et de 16 CRAM, est complété, au niveau régional, par les URCAM (Unions régionales des caisses d'assurance maladie) qui *contribuent à la mise en œuvre par chacune des caisses des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional*

Nathalie Pelletier-Fleury, Nathalie Hersent, Gérard de Pouvourville ; *Les comptes de la prévention ;* Centre de recherches en économie et gestion appliquées à la santé (INSERM U537), recherche financée par la CANAM (2000)

Rémi Pellet ; *Le financement des actions de prévention et de promotion de la santé en France ; in Les politiques de prévention*, Institut d'études des politiques de santé, Médecine-Sciences Flammarion, 2003

Sécurité sanitaire et principe de précaution

Philippe Kourilsky et Geneviève Viney, *Le principe de précaution* ; rapport au Premier ministre, octobre 1999

D. Bourg, J-L Schlegel ; *Parer aux risques de demain, le principe de précaution* ; Seuil, mars 2001

M. Setbon ; *Le principe de précaution en questions* ; Revue française des affaires sociales, n° 3-4, déc. 1997

D. Tabuteau ; *La sécurité sanitaire, une obligation collective, un droit nouveau* ; Revue française des affaires sociales, n°36-4, déc. 1997

Antoine Ortiz ; *La sécurité sanitaire des aliments, un nouvel enjeu pour l'Union européenne. Echanges, alimentation et nutrition, une question de santé* ; La Documentation française, n°102, juin 2001

Médias, information et représentation de la santé

Didier Georgakakis ; *Médias et crise de la santé publique. Quelques hypothèses sur le malaise politique ;* médias, santé, politique ; L'Harmattan communication, 1999

Claude Got, *Médias, santé et information* ; Agora, hiver 1990-1991, n°16

Laurent de Villepin ; *Travers de l'information et failles de la communication* ; Prévenir n°25, 2ème semestre 1993

André Kim et Françoise Stoll-Keller ; *Sida et hépatite C, entre sur- et sous-information* ; Médias, santé, politique, L'Harmattan, 1999

A. Bérard ; *Le marketing social. Quel apport dans les campagnes d'incitation ? ;* Revue médicale de l'assurance - maladie, vol. 32, n°2, avril-juin 2001

Jacques Arènes ; *Filles et garçons : communiquer différemment ?* La Santé de l'homme, n°352, mars-avril 2001

Jean-François Girard ; *Evolution et perception des risques de santé* ; ADSP n°23, juin 1998

DREES, Santé, famille, protection sociale, exclusion : les opinions des Français de 2000 à 2002, Etudes et résultats, n°223, mars 2003

Claudine Herzlich ; *Quelles sont les attentes de la société ?* in *Les politiques de prévention*, les dossiers de l'Institut d'études des politiques de santé, Médecine-Sciences Flammarion, 2003

Claudine Herzlich, in Actes du colloque *La santé en France au XXIème siècle : quelles perspectives ?*, éd. Nucléon, 2001

Déterminants sociaux et économiques de la santé

Haut Comité de la Santé Publique, *La Santé en France, 2002*, La Documentation française, février 2002

N. Krieger *Society, biology and the logic of social epidemiology*, Int J Epidemiol, 2001

Jean de Kervasdoué ; *La santé n'est pas uniquement affaire de médecine* ; Santé publique et libertés individuelles (...)

A. Cherbonnier ; *Evaluation, quand tu nous tiens ! ;* Education santé, 1994, n°93

I. Niedhammer, J. Siegrist ; *Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires : l'apport du modèle du déséquilibre efforts/récompenses* ; Revue d'épidémiologie de santé publique, n°46, 1998

N. Krieger ; *Society, biology and the logic of social epidemiology* ; Int J Epidemiol, 2001

Santé de l'enfant

Philippe Most ; *Rapport intermédiaire sur la santé des jeunes en milieu scolaire* , IGAS, janvier 2003

Pascale Boudoux ; médecin de l'Education nationale, département de l'Oise, *Dépistage et suivi des troubles de la vue, de l'audition et du langage, une expérience dans l'Oise, Education et prévention chez l'enfant et l'adolescent,* 4ème journée d'assurance maladie de la CANAM, Sénat- Palais du Luxembourg, mars 2001

L. Vaivre-Douret ; *Les troubles du bébé : prédictifs des troubles à l'âge scolaire* ; Adsp, n°26, mars 1999

Emile Papiernik ; *Programmes de prévention des accidents de prénatalité et leurs conséquences - Les politiques de prévention* ; IEPS, Médecine-Sciences Flammarion, 2003

Anne Tursz et Pascale Gervouin-Rérolle ; *Les accidents de l'enfant en France : quelle prévention, quelle évaluation ?* ; Inserm, 2001

INSERM ; *L'obésité chez l'enfant*

Anne-Marie Asencio, Paulette Leblanc, Jean-Claude Orlowski, Hélène Siavellis ; *Le rôle de la protection maternelle et infantile* ; Actualité et dossier en santé publique, n°26, mars 1999

Dr Fabien Cohen, Prévention de la carie dentaire : les enseignements dans le Val-de-Marne, Education et prévention chez l'enfant et l'adolescent, 4° journée d'assurance maladie de la CANAM, mars 2001

Education pour la santé

Roussille ; *Soixante ans d'éducation pour la santé* ; La santé de l'homme, n°362, novembre-décembre 2002

E. Berthet ; *Information et éducation sanitaires* . Coll. Que sais-je ? Paris, P U F, 1983

N. Leselbaum ; *L'éducation à la santé en milieu scolaire au fil des textes officiels* , La Santé de l'Homme n°362, nov.-déc. 2002

J.P Baeumler ; *L'école citoyenne, le rôle du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté* ; janvier 2002

P.D. Mullen, D. Evans, J. Forster, N.H. Gottlieb, M. Kreuter et coll. *Settings as an important dimension* in health education/ promotion. Health Educ. Q 1995, UCL, Bruxelles)

Chi-Lan Do, François Alluin ; *L'éducation à la santé et à la sexualité à l'école et au collège* ; Les dossiers, novembre 2002. Direction de la programmation et du développement - ministère de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche

A. Antonovsky ; *The salutogenic model as a theory to guide health promotion ;* Health Promot Int. 1996

Jean-Marie. de Ketele ; *Cours de méthodologie générale de l'éducation ;* Notes de cours. Université catholique de Louvain, EDUS, Bruxelles 1987

A. Deccache ; *Evaluer la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé : approches et méthodes de santé publique et de sciences humaines ;* Promotion and Education, Vol. IV , 1997/2

Education pour la santé : la pub en questions, entretien avec Anne Lestourelle, La Santé de l'homme, n°352, mars-avril 2001

Santé mentale

L. El Ghozi ; *La demande des politiques aux psychiatres* ; La santé de l'homme n° 359, mai-juin 2002

Haut Comité de santé publique, *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, ENSP, février 2000

INSERM, *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, février 2003

Jean-Charles Ringard *A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique*, Ministère de l'Education nationale, juillet 2000

Santé au travail

Sylvie Hamon-Cholet ; *Accidents du travail : vers des statistiques plus proches de la réalité ?* ; La santé de l'homme, n°3555, septembre-octobre 2001

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), *Premières synthèses* n° 16.2, avril 2001

Journal bimestriel de la fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés n° 204

Inspection médicale du travail, *Enquête démographique 2002-2003*

Addiction

Murard, Zylbreman ; *Le tabagisme, fléau subi et non affronté (1950-1975)* ; La Santé de l'homme, n° 362, novembre-décembre 2002

Sybille Fleitmann ; *Lutter contre le tabagisme au niveau européen* ; La santé de l'homme, n°361, septembre-octobre 2002

CFES ; *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives* ; Coll. Dossiers techniques, 1997

Philippe Roy ; *Loi Evin : succès pour le tabac, fiasco pour l'alcool* ; Le Quotidien du médecin. 22 septembre 1999

Virginia Berridge ; *Post-war smoking policy in the UK and the redefinition of Public health* ; Twentieth century british history, Vol 14, n°1, pp. 61-82, 2003

Doll and Bradfort Hill ; *Smoking and carcinoma of lung, preliminary report* ; British medical journal, 2, 1950, 739-48

Hiramaya and coll. ; *No smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer, a study from Japan* ; BMJ, 282, 1981, 183-5

M. Raw, A. McNeill, R. West ; *Smoking cessation guidelines for heath professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system* ; Health education authority, Thorax. 1998, Déc, 53 Suppl 5 Pt I : S1-19

Louis Gauvin ; *Dix ans de lutte contre le tabac au Québec et l'évolution de la couverture journalistique 1992-2002* ; la Santé de l'homme, n° 360, juillet-août 2002

Conseil national du SIDA ; *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique*, Rapport, avis et recommandations, juin 2001

M. Parquet, *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, CFES, Coll. Dossiers techniques, 1997

TABLE DES SIGLES

ADM : Agence du médicament
AFSSA : Agence française de sécurité des aliments
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AFSSE : Agence française de sécurité sanitaire environnementale
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARC : Association pour la recherche contre le cancer
AT-MP : Accidents du travail - maladies professionnelles
CANAM : Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CCPD : Comité communal de la prévention de la délinquance
CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit
CEL : Contrat éducatif local
CES : Comité d'environnement social
CESC : Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CESPHARM : Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française
CFES : Comité français d'éducation à la santé
CHSCT : Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU : Centre hospitalo-universitaire
CIRE : Cellule inter régionale d'épidémiologie
CLS : Contrat local de sécurité
CMP : Centre médico-psychologique
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
CMR : Caisse mutuelle régionale
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
CODES : Comité départemental d'éducation pour la santé
CRES : Comité régional d'éducation pour la santé
CRIPS : Comité régional d'information et de prévention du sida
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
ECOSA : European consumer safety association
EFG : Etablissement français des greffes
ENSP : European network for smoking prevention
FAQSV : Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville
FNPAT : Fonds national de prévention des accidents du travail
FNPEIS : Fonds national de prévention et d'information sanitaire
FNPSEIA : Fonds national de prévention, d'éducation, et d'informations sanitaires des professions agricoles
IFR : Institut fédératif de recherche
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INRS : Caisse régionale d'assurance maladie

INSERM	: Institut national de la santé et la recherche médicale
InVS	: Institut de veille sanitaire
	IRD ex Orstom : Institut de recherche pour le développement
IRSN	: Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
MILDT	: Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MSA	: Mutualité sociale agricole
OPRI	: Office de protection des radiations ionisantes
PAEA	: Plan d'action européen contre l'alcoolisme
PMI	: Protection maternelle et infantile
PNNS	: Programme national nutrition santé
PRAPS	: Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	: Programme régional de santé
SPSFE	: Service de promotion de la santé en faveur des élèves
SREPS	: Schéma régional d'éducation pour la santé
UFSBD	: Union française pour la santé bucco-dentaire

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Données démographiques pour l'année 2001 en millions 99
Tableau 2 : Espérance de vie en 2000.....99

Avec l'accès aux soins, la prévention doit devenir une composante à part entière de la politique de santé.

Le Conseil économique et social présente des propositions en vue de développer une approche globale de la prévention, impliquant un véritable *continuum* prévention/soins mais associant également les acteurs éducatifs et sociaux, parallèlement à la prise de conscience par chacun de l'importance de son capital santé comme de celui d'autrui.