



Ministère de la Santé et des Solidarités

# RAPPORT

## Stratégies Nouvelles de Prévention

Commission d'Orientation de Prévention  
présidée par le Dr Jean-François Toussaint

15 Décembre 2006



# **Stratégies Nouvelles de Prévention**

**Rapport de la**

**Commission d'Orientation Prévention**

## SOMMAIRE

<b>Préambule</b>	p 8
<b>Lettre de Mission</b>	p 10
<b>Résumé Exécutif</b>	p 13
<b>Introduction</b>	p 17
<b>Orientations</b>	
1. Parcours de prévention et protection sociale	p 23
2. Inégalités de santé et organisation territoriale	p 31
3. Promotion de la santé en milieu de travail	p 40
4. Promotion de la santé en milieu scolaire et universitaire	p 50
5. Éducation du patient et maladies chroniques	p 56
6. Outils et méthodes de dépistage	p 65
7. Recherche, évaluation, formation	p 76
8. Déterminants environnementaux	p 86
9. Ethique et prévention	p 94
<b>Recommandations</b>	p 97
<b>Propositions d'actions</b>	p 103
<b>Conclusion</b>	p 104
<b>Bibliographie</b>	p 105
<b>Abréviations</b>	p 107

## **Annexes**

Annexe 1	Composition de la commission d'orientation	p 110
Annexe 2	Composition des groupes de travail	p 113
Annexe 3	Calendrier des sessions et entretiens	p 115
Annexe 4	Personnalités entendues dans le cadre des EGP	p 118
Annexe 5	Ouverture des états généraux de la prévention	p 122
Annexe 6	Verbatims	
	Atelier 1	p 138
	Atelier 2	p 145
	Atelier 3	p 153
	Atelier 4	p 162
	Atelier 5	p 172
	Atelier 6	p 183
	Atelier 7	p 191
	Atelier 8	p 201
	Atelier 9	p 210

Le contact périodique avec le système de soins n'est qu'une petite partie de la prévention, beaucoup mieux définie comme un effort collectif de promotion, de préservation et de restauration de la santé.

Il ne peut y avoir d'unanimité sur ses contenus possibles : la notion de risque implique un danger d'importance variable et une perception variable de celui-ci, induite par une communication, elle-même variable, du risque.

La rationalité des comportements vis-à-vis de la santé est des plus variables, aussi bien du côté des personnes que vise la prévention que du côté des professionnels qui souhaitent la mettre en œuvre ... La mise en place et l'évaluation exigent autant la fermeté que la souplesse.

Joël Ménard, *Juin 2006*

Tu déplaces le stéthoscope de quelques centimètres, autour de la zone palpitante qui vibre sur ma poitrine ...

- Vous sentez quelque chose ?
- Oui, je sens des ratés ... Vous fumez ? ...  
et cette douleur, elle a duré combien de temps ?
- ...

Toi, j'imagine que ça t'as fait un choc.

Depuis sept ans, je viens te voir trois fois par an, auscultation, prise de tension, pesée, pour finir par l'ordonnance ...

Un client sans histoire.

Une fin sans histoire ...

Martin Winckler, *La maladie de Sachs*

et qui, preste, s'évanouit  
mais dont la svelte silhouette  
est si gracieuse et fluette  
qu'on en demeure épanoui

Georges Brassens  
*Les passantes*

## PRÉAMBULE

Ce rapport est la première étape d'une démarche annoncée en janvier 2006 par le ministre de la santé et des solidarités et mise en œuvre au printemps de cette année.

Cette démarche se fonde sur la nécessité d'établir une **continuité** entre un système de soins, encore essentiellement basé sur le curatif, et les nouveaux enjeux de prévention. Elle vise à intégrer dans l'approche de soins la prévention primaire (qui cherche à réduire l'incidence d'une maladie dans une population saine), secondaire (permettant la détection précoce d'une pathologie en vue d'un traitement efficace) et tertiaire (visant à réduire la progression d'une maladie avérée). Elle cible aussi le **décloisonnement** entre les nombreux acteurs impliqués par la démarche préventive dans les mondes éducatif, médical, paramédical, social, institutionnel ou de la recherche autour d'un objectif commun : améliorer la qualité de vie des Français en leur donnant tous les moyens de préserver leur capital santé. Enfin elle vise à promouvoir la culture de l'**évaluation** dans le choix et le suivi des politiques, des programmes et des actions de prévention.

Les lois relatives à la politique de santé publique et à l'assurance maladie d'août 2004 ont proposé de nombreux outils pour avancer dans cette direction. Certains ne sont cependant pas encore créés, d'autres pas encore appliqués. Si une impulsion forte a été lancée par ces deux lois, tant au niveau national que régional, l'ensemble des plans successifs mis en place peuvent apparaître insuffisamment coordonnés quant à leur volet de prévention, le tout dans un contexte économique complexe. Les acteurs chargés de leur mise en place s'interrogent alors sur la pérennité de leurs actions. C'est donc une démarche de cohérence, mais aussi d'identification et de définition du rôle de chacun des acteurs qui paraît indispensable à la réussite de cette stratégie, d'autant qu'il s'est avéré essentiel d'équilibrer l'ensemble sur deux piliers, l'un éducatif et l'autre médical, en insistant sur le dialogue nécessaire entre ces deux mondes.

Enfin, en accord avec la stratégie communautaire européenne, cette démarche présente également une vision intégrée permettant d'envisager un niveau élevé de prévention en matière de santé avec une mise en œuvre concertée dans les domaines clés des déterminants de santé, de l'éducation, du travail, de l'activité physique, de la recherche et de l'environnement.

## MÉTHODE

Le dispositif repose sur :

- une Commission d'orientation comprenant 17 experts, à laquelle sont associés les directions du ministère, la CNAMTS, la HAS, les agences et instituts (InVS, Inserm, INCA, INPES), la FNORS, la Mutualité Française, la DGT (travail) et la DGESCO (éducation nationale, enseignement scolaire) ;
- un Comité de pilotage comprenant les directeurs d'administration centrale, la CNAMTS, et les conférences des DRASS et des ARH ;
- un calendrier volontariste : la commission d'orientation s'est réunie huit fois depuis juin, avec une première restitution des travaux le 24 juillet ; de même le comité de pilotage s'est réuni tous les quinze jours au cours de l'été ;
- l'audition d'associations de patients, de collectifs d'utilisateurs et de sociétés savantes ;
- des objectifs concrets avec un rapport d'étape remis le 11 septembre 2006, présentant l'état des lieux et formulant des propositions d'évolution des dispositifs de prévention ;
- des États Généraux de la Prévention avec des assises nationales, tenues les 16 et 17 octobre à Paris, suivies de forums régionaux et locaux qui auront lieu de décembre 2006 à février 2007 ;
- enfin la restitution de l'ensemble de cette démarche nationale et régionale.

Ce rapport présente l'état des lieux au décours des assises nationales, des éléments de réflexion sur les démarches de prévention dans le système de soins français et des perspectives concernant les évolutions à terme.

Il se développe en neuf thèmes et autant de chapitres dont chacun débute par une synthèse, suivie de l'exposé détaillé. Sont ensuite présentées les recommandations de la commission, ainsi que les propositions d'actions.

La répartition en groupes de travail a permis de progresser et de réunir l'ensemble des données nécessaires à l'élaboration du constat.

De multiples auditions, réunions et échanges, ont été nécessaires pour aboutir à la rédaction des objectifs et propositions, mettant en jeu les membres de la commission et de très nombreux acteurs extérieurs.

Les pages suivantes sont le fruit de leur vaste travail collectif.

Qu'ils en soient tous ici remerciés.

## Lettre de Mission



*Ministère de la Santé et des Solidarités*

*Le Ministre*

CAB-BL/JM/Mc D-06.7438

*Paris, le* 07 JUIN 2006

Monsieur,

La France est le pays dans lequel l'espérance de vie est la plus élevée après 60 ans, ce qui traduit la qualité de notre système de soins, reconnu par l'Organisation mondiale de la santé comme l'un des plus performants au monde.

Dans ce bilan, deux points retiennent toutefois mon attention : une mortalité élevée avant 65 ans ; des inégalités croissantes de recours aux biens de santé. Plus de 160 000 décès annuels prématurés sont attribuables à des facteurs en amont desquels nous pouvons agir directement ; le diagnostic tardif de pathologies lourdes et les accidents (en milieu domestique et sur la voie publique) ont un impact important sur la qualité de vie de nos concitoyens. L'accès effectif aux soins se répartit très inégalement selon les régions, les genres ou les catégories socio-professionnelles : sept ans d'espérance de vie séparant les catégories les plus défavorisées des autres. Enfin l'éducation à la santé, avec des programmes adaptés à chaque âge, ou la lutte contre la sédentarité, devraient pouvoir bénéficier d'un soutien plus important encore.

Les lois du 4 mars 2002 et du 9 août 2004 ont jeté les bases d'un développement des politiques de prévention dans notre pays ; celles-ci s'expriment dans les différents plans de santé publique et restent largement focalisées sur les risques et les pathologies. L'annonce d'une politique nationale renforcée en matière de prévention et d'éducation pour la santé permettrait de donner une cohérence accrue à l'ensemble des actions menées dans ces domaines. Elle renouvellerait les actions de santé publique en centrant les démarches sur la santé et la façon de la préserver, et non plus sur la maladie.

Les actions déjà lancées (santé bucco-dentaire, planification et remboursement de la mammographie) ont montré l'intérêt de cibler une action à un âge déterminé. Elles peuvent être renforcés par une démarche transversale plus systématique : les initiatives du Président de la République en matière de sécurité routière, de handicap et de cancer, ou les propositions retenues dans le programme national « nutrition santé » ont montré l'efficacité de mesures intégrées et la nécessaire coordination de celles-ci comme gage de réussite.

**Dr. Jean-François Toussaint**  
Pôle Imagerie Fonctionnelle  
Hôtel-Dieu  
1 Parvis Notre Dame  
75181 Paris Cedex 04

*44 avenue Auguste - 75350 Paris 07 PP - Tél. : 01 40 36 60 00  
[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)*

J'ai décidé d'engager dès à présent l'élaboration d'une stratégie nationale ayant pour objectif de centrer la prévention sur chaque personne et sur les comportements : elle se focalisera ainsi sur la prévention à l'occasion d'événements majeurs de la vie, et ciblera les principaux objectifs à chacun des âges. Cette stratégie donnera une visibilité, une impulsion et une cohérence d'ensemble aux actions déjà entreprises dans ce domaine, qui demeurent trop souvent dispersées. Elle devra aussi proposer des actions nouvelles, afin d'anticiper l'émergence de problématiques dans un domaine sur lequel les connaissances progressent constamment. Il convient donc de se doter à la fois d'un cadre de référence, d'objectifs et de mesures de mise en œuvre.

Pour élaborer cette stratégie, la démarche que j'ai retenue conjugue la mobilisation d'une expertise élargie et un processus de consultation des parties prenantes (citoyens, associations de santé, de patients, associations de protection de l'environnement, partenaires sociaux, professionnels de la santé, etc.). Ce processus prendra notamment la forme d'Etats généraux de la prévention, comprenant des assises nationales et des forums régionaux qui seront mis en place à l'automne de cette année.

La première étape, que je vous confie, consiste à réaliser un diagnostic, à proposer des orientations d'actions, et à définir les priorités à aborder lors des Etats généraux. Elle mesurera l'efficacité des dispositions déjà prises ou préconisées et proposera de nouvelles mesures, de nouvelles structures et de nouveaux outils à mettre en œuvre pour l'évaluation de cette stratégie nationale ainsi que pour la recherche et la formation. Elle évaluera les renforcements nécessaires du rôle des différents intervenants de la prévention (École, PMI, Médecins du travail, Médecin traitant, CHU, EHESP...) et les moyens nécessaires à sa mise en place. Elle proposera des sites et des régions afin de tester et d'évaluer ces mesures pilotes ainsi que les modalités de leur extension au niveau national. Enfin elle réfléchira aux conditions nécessaires pour intégrer ce dispositif à celui de nos partenaires européens.

Je vous remercie d'avoir accepté la mission de présider et d'animer la commission d'orientation chargée de la production de ce diagnostic de référence. Ce groupe, dont vous me proposerez la composition d'ici dix jours, pourra auditionner les experts français et étrangers et les parties prenantes que vous estimerez pertinents, et pourra utilement s'appuyer sur des groupes constitués compétents sur des points particuliers, tels que la Haute autorité de santé (HAS), l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

Lors de l'établissement de ce diagnostic et de la définition des propositions d'orientations, vous porterez une attention particulière :

- aux critères et méthodes susceptibles de faciliter la hiérarchisation des priorités,
- aux acteurs et aux groupes de populations concernés en priorité,
- aux recommandations qui ont pu être formulées par les rapports antérieurs et par les organismes scientifiques et d'expertises dans le domaine de la prévention, et au suivi qui leur a été accordé,
- aux dispositifs, aux programmes et aux mesures existants, en France comme à l'étranger, dans le domaine de la prévention, et à leur efficacité.

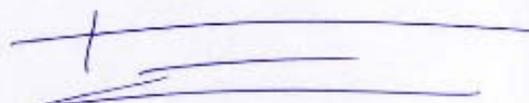
Les conclusions du groupe que vous animerez comporteront des recommandations d'améliorations à apporter dans différents domaines (technique, institutionnel, scientifique, réglementaire, systèmes d'information, recherche, etc.), et suggéreront, à partir de critères intégrant notamment les dimensions économique et internationale, des propositions et priorités d'action. Le travail de ce groupe prendra la forme d'un rapport préliminaire qui comprendra un diagnostic, et proposera les premières orientations, puis d'un rapport définitif.

Le rapport préliminaire sera rédigé pour la fin du mois de juillet 2006. Le rapport définitif sera remis pour octobre 2006. Il comportera le diagnostic complété, hiérarchisera les orientations que vous recommanderez et proposera des actions précises ainsi que leur calendrier de mise en œuvre. Ainsi, il servira de cadre de référence pour les mesures concrètes qui seront appliquées.

Une communication sur la stratégie sera organisée en juin 2006.

La direction générale de la santé vous fournira le secrétariat du groupe d'experts et vous bénéficiez de l'appui des autres directions, agences ou établissements concernés, et plus particulièrement de celui de l'Inpes. Vous contacterez également les services des autres ministères dont l'action en matière de prévention est significative, et notamment la direction de l'enseignement scolaire, la direction des relations du travail, la direction générale de la recherche et de l'innovation. L'ensemble des services mobilisés s'organisera en comité de pilotage.

Je vous remercie d'avoir bien voulu accepter d'assurer la présidence de cette importante commission, et je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.



**Xavier BERTRAND**

## RÉSUMÉ EXÉCUTIF

1 - La prévention et l'**éducation pour la santé**, incluant l'éducation du patient, doivent être mieux prises en compte par le système de protection sociale.

2 - Les démarches de prévention et d'éducation pour la santé doivent tenir compte des **motivations comportementales individuelles** et des **déterminants environnementaux**.

3 - La **territorialisation** des politiques de prévention et d'éducation pour la santé doit être développée.

4 - La recherche, la formation et l'**évaluation** dans le champ de la prévention et de l'éducation pour la santé doivent être significativement renforcées.

5 - Enfin, la **réduction des inégalités de santé** qui inspire les quatre axes précédents doit faire l'objet d'une approche spécifique.

### Recommandations de la commission

La démarche recommandée est celle de promotion de la santé au sens des Chartes d'Ottawa et de Bangkok de l'OMS. Il s'agit, par une action sur les déterminants environnementaux et sociaux, individuels et collectifs, de permettre à chaque citoyen d'exercer un meilleur contrôle sur sa propre santé en créant les conditions qui lui permette d'opter pour des choix appropriés, en connaissance de cause.

1 - **Le temps**. Une approche centrée sur les âges de la vie, amène à considérer trois périodes principales : la grossesse (période de réceptivité optimale aux messages de prévention pour la mère et le père), l'enfance (phase d'acquisition des notions fondamentales de santé et des comportements), et les phases de transition professionnelle (la principale se situant au début de la retraite). Il semble que ce soit en effet dans ces phases de la vie que les citoyens sont les plus réceptifs aux interventions préventives. De ce point de vue, l'acquisition des notions indispensables à la préservation

de la santé dès l'enfance doit s'appuyer sur le milieu scolaire et les parents. Il est donc proposé d'inscrire l'éducation pour la santé dans les missions de l'école et les projets d'établissements ; d'intégrer la formation en éducation et promotion de la santé dans la formation initiale et continue des personnels de l'éducation nationale et des travailleurs sociaux.

2 - **Le lieu.** Le cadre régional est considéré comme le cadre opérationnel de prise de décisions et de suivi des propositions. Une plus grande cohérence des plans et une meilleure coordination des acteurs doivent être trouvées, en particulier pour que les GRSP, principale instance d'application conformément à la loi du 9 août 2004, fonctionnent au mieux des besoins de la population dont ils ont la charge. La territorialisation des politiques de prévention au niveau des bassins de vie comme des collectivités devra être poursuivie en ciblant l'articulation entre niveaux national et régional. Dans ce domaine, il pourrait d'ailleurs être envisagé de réunir des villes-santé sous un label unique.

3 - **Les acteurs.** Le citoyen est le premier acteur de toute démarche de prévention ; pour l'enfant, les parents et l'école sont des relais essentiels de cette démarche. Les parents doivent aussi être informés et aidés notamment pour la transmission des données concernant l'éducation à la santé, incluant l'éducation sexuelle et la contraception. Enfin le médecin traitant est un pivot du système de prévention. C'est autour de lui que se construit le parcours individualisé de chacun. Il s'appuie sur un réseau de partenaires (éducateurs, médecins scolaires ou du travail, paramédicaux) qui confortent sa démarche et facilitent l'appropriation par le citoyen des données qui le concernent.

4 - **L'approche.** De ce qui précède, la commission d'orientation formule deux séries de recommandations, l'un concernant les déterminants collectifs, environnementaux et sociaux, l'autre concernant la prévention médicalisée.

#### **4.1 - Déterminants collectifs, environnementaux et sociaux**

4.1.1 La démarche encouragée est de promouvoir l'acquisition des notions fondamentales de santé dès l'enfance et de développer la vocation de l'école comme lieu de promotion de la santé. Dans le contour de la loi de 2005, il est ainsi recommandé d'enrichir le contrat cadre liant le ministère de l'éducation nationale et celui de la santé et des solidarités et d'inscrire l'éducation à la santé dans les projets d'établissement à l'échelon scolaire et universitaire ; d'intégrer la formation en éducation et promotion de la santé dans la formation des personnels de l'éducation nationale et des travailleurs sociaux ; de mobiliser les recteurs, autant que les conseils régionaux et généraux, dans le cadre de la régionalisation des politiques de santé fixée par la loi du 9 août 2004.

4.1.2 En milieu de travail, une labellisation conjointe « entreprise-santé » par les deux ministères pourrait favoriser l'émergence d'une attitude plus engagée des entrepreneurs vers la santé des salariés, associant dans cette démarche l'ensemble des financeurs des dépenses de santé

(CNAMTS, Mutuelles, Assurances, Institutions de prévoyance), et aboutir à une meilleure perception de l'environnement professionnel (le plus souvent associée à un moindre absentéisme).

- 4.1.2 La réduction des inégalités de santé doit faire l'objet d'une approche spécifique passant par la mise en chantier d'un programme national de promotion de la santé centré sur la petite enfance, l'intégration systématique de cet objectif dans les PRSP et le développement d'études sur les modes d'intervention efficaces en direction des populations vulnérables.
- 4.1.3 Des programmes d'évaluation et de recherche en lien avec l'Inserm, la DREES, la HAS, l'INPES et l'ANR doivent soutenir et justifier ces démarches de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique tant au niveau des pratiques individuelles que de la mise en place collective de programmes et de politiques de santé publique. La structuration de ces nouvelles équipes de recherche pourrait être proposée en GHU, dans les EPST, ainsi qu'à l'EHESP et facilitée par la création d'un réseau national de recherche et d'intervention entre les différentes agences, encourageant l'interdisciplinarité des programmes et les partenariats privés – publics.

## **4.2 - Prévention médicalisée**

- 4.2.1 Un rendez-vous santé sera régulièrement proposé à chaque Français par son médecin traitant. Cette rencontre évaluative doit permettre secondairement de centrer la mise en œuvre de mesures individuelles sur les besoins spécifiques de chacun selon son âge et son environnement, social, familial ou professionnel. Les mesures à retenir sont celles qui reposent sur un rapport coût - efficacité établi à un niveau de preuve suffisant. Une évaluation en ce sens doit permettre de déterminer quels éléments de ces actions de prévention seront pris en charge par l'Assurance Maladie.
- 4.2.2 Pour lutter contre les inégalités d'accès à la prévention, la commission suggère de privilégier l'équité d'une démarche populationnelle au profit des groupes les plus à risque (cette approche a été appliquée avec succès dans les vingt dernières années, notamment pour la réduction du risque de transmission du VIH).
- 4.2.3 En terme d'éducation thérapeutique, les multiples acteurs impliqués et l'absence de pilote clairement identifié, suggèrent de mettre en place un groupe de travail transversal associant l'ensemble des acteurs du champ (institutionnels, praticiens, éducateurs et associations de patients), et spécialement dévolue à cet objectif essentiel pour l'observance, l'autogestion des alertes ou la réduction des erreurs iatrogènes.

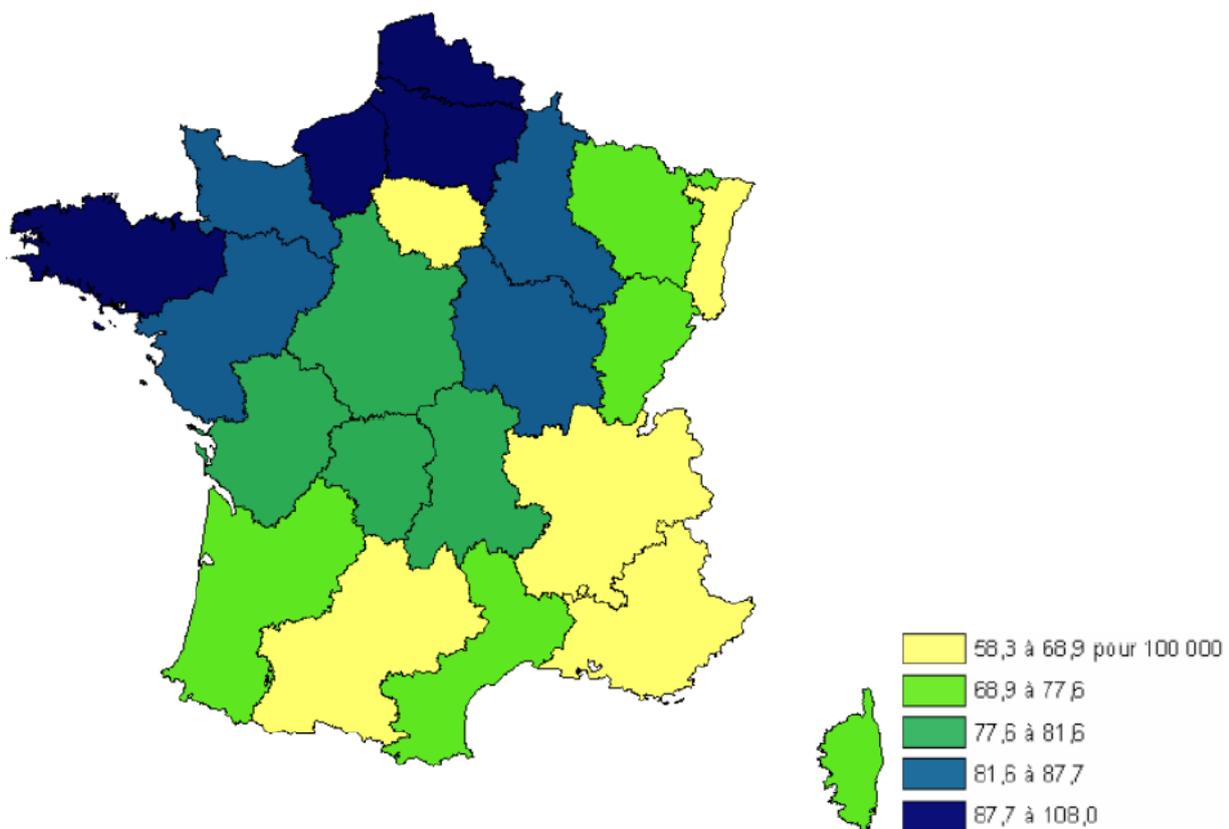
- 4.2.4 De nombreuses données épidémiologiques restent parcellaires et limitent l'estimation des besoins en terme de prévention : c'est le cas du recueil et de l'exploitation des informations en médecine du travail. Il est nécessaire de réunir au mieux ces données (réseau de médecin, systèmes interopérables) afin de comprendre par exemple les implications sanitaires à distance des expositions toxiques.
- 4.2.5 Dans le cadre des dépistages, géré par le médecin traitant, une méthodologie nouvelle est proposée : lorsque les données de la littérature (méta-analyses) justifient la mise en place, le dispositif est organisé à l'échelon national et régional avec une évaluation *a priori*, une démarche d'assurance-qualité, une validation immédiate *a posteriori* grâce à un système d'information interactif qui pourrait être inclus dans le DMP.

L'ensemble de ces activités viendrait s'inscrire dans l'activité des médecins du travail ou des médecins scolaires, et en synergie avec le travail de fond du médecin traitant dans une démarche personnalisée de prévention.

## INTRODUCTION

Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la France est le pays dans lequel l'espérance de vie est parmi les plus élevées après 60 ans. Cette donnée traduit la qualité du système de soins français, qui, considéré comme l'un des plus efficaces en Europe, n'en présente pas moins deux points faibles : basé sur une prise en charge essentiellement curative, ce système laisse échapper au travers de ses mailles une proportion considérable de handicaps majeurs évitables et de décès prématurés ; d'autre part, il n'a pas su depuis plus de 20 ans résoudre les écarts de morbidité entre les différents groupes de Français, c'est l'une de ses faiblesses les plus patentes.

- Une mortalité prématurée élevée (mortalité évitable avant 65 ans, Figure 1), qui se concentre autour de 5 facteurs de risques: le tabac, l'alcool, les facteurs nutritionnels, le suicide et les accidents de la circulation, entraînant près de 160 000 décès précoces. Par ailleurs, le retard au diagnostic par défaut de dépistage des pathologies lourdes entraîne lui aussi des coûts importants par l'absence d'une prise en charge immédiate adaptée.



**Fig.1 Taux de mortalité évitable avant 65 ans (exprimé par quintile)**

Source : Inserm-CépiDC, INSEE, Données moyennes régionales 2000-2002

- Des inégalités de santé croissantes: Les progrès enregistrés récemment dans les politiques de prévention produisent des bénéfices de santé inégalement répartis selon les régions, les sexes (au détriment des hommes) ou les catégories socioprofessionnelles (au détriment des catégories les plus modestes). Concernant les maladies cardiovasculaires, la mortalité avant 65 ans a globalement diminué de 32% entre 1970 et 1990, mais cette diminution a bénéficié trois fois plus aux cadres et professions libérales (-42%) qu'aux employés et ouvriers (-14%) ; chez les hommes, plus de sept ans d'espérance de vie séparent en France les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées des plus modestes. Ces derniers groupes sont les plus exposés aux conduites à risque (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée...) mais aussi ceux dont le recours aux structures sanitaires et aux biens de santé est le plus faible. Réduire les inégalités nécessite donc des prises en charge nouvelles, avec un accès adapté pour ces groupes dont les besoins sont les plus importants.

Les lois du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé et celles des 9 et 13 août 2004 relatives à la politique de santé publique et à l'assurance maladie ont conforté les bases d'un développement des politiques de prévention dans notre pays. Celles-ci trouvent leur expression dans les différents plans de santé publique, centrés sur les risques et les pathologies. Cependant l'effort financier de notre pays en faveur de la prévention reste encore insuffisant, estimé à environ 6,4% des dépenses totales de santé selon la DREES.

L'un des objectifs de la prévention est de permettre à chacun de préserver le plus longtemps possible ses facultés d'adaptation en réponse aux opportunités de l'existence et ses capacités de résistance face aux agressions.

Historiquement, les progrès de la santé publique ont suivi les grandes étapes du développement économique. L'hygiène, l'asepsie, les vaccins puis les antibiotiques ont considérablement réduit l'impact des infections, cause majeure de mortalité des deux premiers millénaires. En conséquence, on ne meurt plus à 6 mois de septicémie ou à 20 ans d'insuffisance cardiaque rhumatismale, mais on a « le temps » de voir se développer un cancer, une hypertension, une maladie d'Alzheimer ou une maladie coronarienne. Ces maladies dégénératives nécessitent un nouveau type d'intervention durant leur phase de progression silencieuse, avant qu'elles aboutissent à leurs premiers symptômes.

Par ailleurs, la mécanisation, qui au cours du siècle dernier a permis à l'homme d'obtenir des productions et des rendements de plus en plus importants, a entraîné en parallèle, pour une population en phase accélérée d'urbanisation, la suppression de tout effort physique (chasse, travaux agricoles) précédemment nécessaire à la quête de sa ration énergétique. Dans la même période, ces changements se sont accompagnés d'un doublement de l'espérance de vie en un temps extraordinairement bref (150 ans) à l'échelle du temps darwinien.

Ces deux phénomènes, facilitation des apports nutritionnels (à un coût toujours plus faible en proportion du revenu moyen) et sédentarisation (par la mécanisation de nos activités : automobile, robotisation industrielle et domestique), surviennent alors que la sélection génétique a classé l'homme parmi les grands stockeurs en termes métaboliques : la rétention de sel et d'acides gras, qui nous a permis de survivre à des situations aussi diverses que les fortes sécheresses des phases d'expansion pan-africaine, ou les froids des premières migrations américaines par le détroit de Behring, fait maintenant de nous des individus particulièrement susceptibles aux conséquences de l'hypertension et du surpoids <sup>(1)</sup>.

Dans des conditions environnementales aussi rapidement modifiées, notre patrimoine génétique nous entraîne désormais vers un déséquilibre apports/dépenses énergétiques au profit des premiers expliquant une partie de l'épidémie d'obésité actuelle (Figure 2) et à venir (Figure 3).

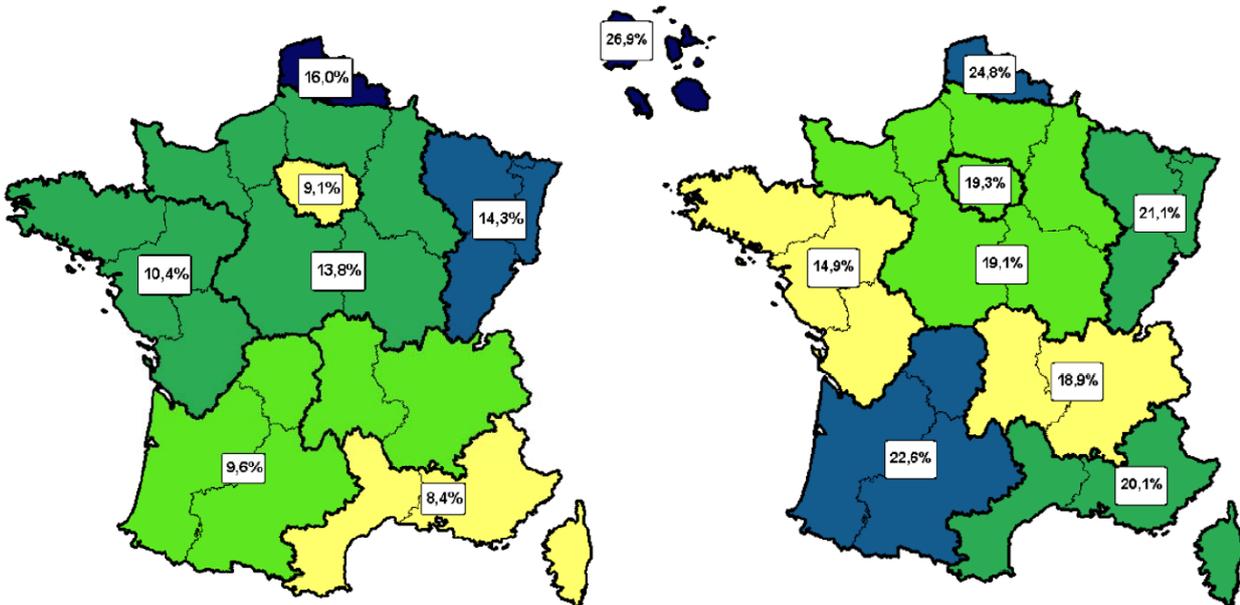


Fig.2 Prévalence de l'obésité chez l'adulte  
Source : INSEE Année 2002-2003

**Fig.3 Proportion d'élèves de CM2 en excès pondéral**  
Source : DREES-DESCO, InVS, DGS, DEP, INSEE Année 2001-2002

Un seul pays préserve encore momentanément cet équilibre énergétique : le Japon. Sans doute faut-il y voir la conséquence d'une ration quotidienne à 2700 calories par habitant soit la plus faible des pays développés. Or des mesures préventives adaptées peuvent inciter à des changements d'attitude personnelle ou collective permettant de réduire les effets secondaires de l'industrialisation alimentaire : modifications des comportements, réduction des apports à hauteur de la dépense, incitation à pratiquer plus d'activité physique.

Et, tout en soutenant fortement la recherche et le développement des biotechnologies futures (thérapies géniques ou cellulaires, pharmacogénomique ou biomatériaux) inaccessibles pour quelques temps encore à la pratique quotidienne, ce sont des mesures adaptées concernant l'organisation de la prévention en amont des soins qui nous permettront de progresser le plus rapidement en terme de durée et surtout de qualité de vie pour les dix ans à venir.

Les mesures récentes prises dans le domaine de la sécurité routière ont montré qu'une attitude volontariste pouvait modifier le comportement des français rapidement et sans contrepartie majeure, et pour autant faire la preuve d'un résultat indiscutable. Outre la réduction majeure en terme de mortalité (-27% entre 2002 et 2004), le gain en terme d'économie de santé est estimé à environ 3,3 milliards d'euros en 2 ans, tenant compte des vies épargnées et du coût des hospitalisations évitées grâce à la diminution du nombre de blessés (Données DREES 2006). L'OMS considère d'ailleurs de plus en plus souvent ce type d'intervention comme l'exemple d'actions efficaces de santé publique à cibler dans les années à venir.

De la même façon la mise en place réussie du plan de prévention canicule en 2006 peut être considérée comme un exemple de situation de gestion d'un risque environnemental ayant des répercussions majeures sur la santé.

A contrario, face à une opposition beaucoup plus structurée, les mesures prises en janvier 2004 concernant le prix du tabac, ont également montré un impact immédiat mais qui s'est estompé peu à peu. Et les exemples pris chez nos voisins européens ont imposé de réfléchir au recul subi par notre pays en quinze ans dans la lutte contre le tabagisme, premier facteur de morbidité, mais également au contexte français propre à certaines adaptations. Le décret publié le 16 Novembre dernier interdisant de fumer dans tous les lieux publics répond à cette attente. Comme pour la loi Evin, il conviendra donc d'en évaluer les modalités d'application et son impact sur la mortalité globale.

Une analyse économique précise doit aussi permettre d'anticiper le financement de la prévention ; il est essentiel en effet de tenir compte des critères d'efficacité « espérée », *ex ante*, et du coût des actions proposées mais surtout des comportements individuels afin d'optimiser leur mise en œuvre. D'autre part, chacun des acteurs de l'assurance santé, publics, privés, coopératifs ou mutualisés, doit pouvoir être intégré dans les différents scénarii de prise en charge.

Il faut aussi pouvoir « œuvrer à l'élévation de la culture préventive par l'information, l'éducation et les mouvements associatifs. L'école, l'entreprise, la famille, le quartier, doivent entrer dans la sphère de la santé publique, en rendant responsable l'exercice de la liberté individuelle » (Claude Le Pen, *La prévention : vers la gestion de notre capital santé*, Ouverture des États Généraux de la Prévention, voir page 127).

La prise de conscience des enjeux de prévention est désormais partagée : il est plus facile de rechercher le juste équilibre entre l'impulsion des pouvoirs publics et les libertés individuelles. L'éducation consistant à concilier libertés et recommandations, un citoyen éduqué ne perçoit plus les injonctions comportementales comme un nouveau carcan mais comme une opportunité. Il convient donc de décliner l'information de prévention et le véhicule qui la transporte, afin que l'ensemble des Français entende ses messages et en partage les buts.

Enfin, il n'est pas improbable, qu'à terme, le creusement des inégalités ne déséquilibre notre système de santé fondé sur la solidarité. Dans cette perspective, la prévention peut donc jouer un rôle macrorégulateur dans notre équilibre sociétal de même qu'elle est déjà l'un des piliers du bien-être individuel. Elle permettrait ainsi de refonder le contrat social de notre système sanitaire, en élargissant la quête de l'égalité dans l'accès aux soins à la quête de l'égalité dans l'accès à la santé.

Il convient pour cela d'ancrer et de pérenniser cette démarche en l'installant au cœur des réflexions démocratiques de notre pays.

La stratégie proposée ici repose sur la mobilisation de tous les acteurs de la prévention, avec un calendrier d'écoute et de décisions et des objectifs centrés sur:

- a. le parcours de prévention et la protection sociale, afin d'associer plus intimement les méthodes déployées dans la prévention et le soin,
- b. l'organisation territoriale afin d'aborder par ce biais une autre voie de réduction des inégalités de santé,
- c. la promotion de la santé en milieu de travail, au delà de la gestion des risques professionnels,
- d. l'éducation à la santé en milieu scolaire, étape prioritaire de cette stratégie,
- e. l'éducation thérapeutique des patients souffrant de maladie chronique,
- f. les outils et méthodes de dépistage pour les principales pathologies,
- g. la recherche, l'évaluation et la formation en matière de prévention,
- h. les déterminants environnementaux avec des pistes de réflexions partant du programme national santé environnement.
- i. Enfin il est apparu essentiel aux membres de la commission de proposer un cadre de réflexion éthique à ces travaux.

## ORIENTATIONS

### 1. PARCOURS DE PREVENTION ET PROTECTION SOCIALE

#### Synthèse

Il est nécessaire d'articuler les parcours de prévention et de soins pour que les assurés puissent bénéficier d'une prestation de santé complète et cohérente dans une logique de réduction des risques. L'utilité des soins de prévention, leur efficacité, leur service médical, leur rapport bénéfice/risque, leur aspect éthique doivent être appréciés avec la même rigueur que ceux des soins curatifs. Sous réserve d'une évaluation positive, ils doivent alors être pris en charge par les régimes obligatoires et complémentaires pour en permettre une entière accessibilité sociale.

Il existe à ce jour un déficit majeur de financement des dispositifs et des démarches de prévention. Il est souhaitable de majorer cet effort financier et de le pérenniser.

*À court terme, il convient de :*

- reconnaître la dimension préventive de la pratique quotidienne des professionnels de santé en l'intégrant, par exemple, dans la nomenclature des actes ;
- développer l'implication des usagers et des professionnels en matière d'éducation thérapeutique et de pratiques cliniques préventives ;
- instaurer des « rendez-vous santé » débouchant sur des protocoles de prévention (consultations de prévention, dépistage, etc) ;
- développer la formation continue (éducation pour la santé ; éducation du patient ; pratiques cliniques préventives).

*Et à long terme :*

- structurer les soins ambulatoires autour d'une offre intégrant prévention et soins et favorisant les transferts de compétences ;
- définir de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé, éventuellement sous forme d'intéressement selon les résultats atteints.

## Exposé

### 1.1 Rechercher la cohérence et favoriser l'articulation du parcours de prévention et du parcours de soins

En 1945, prévention individuelle et collective ont été placées dans le domaine d'intervention financière des pouvoirs publics, tandis que les soins (au sens curatif) relevaient du domaine de l'assurance maladie. Cette partition qui a eu un certain nombre de conséquences (notamment culture curative, fort développement de l'offre curative au détriment de l'offre préventive, non ou sous-valorisation d'activités à forte composante préventive,...) pose de plus en plus question. D'une part, elle ne permet pas de faire correctement face aux enjeux de santé actuels (vieillesse de la population, maladies chroniques, mortalité prématurée évitable, inégalités de santé...) qui nécessitent davantage d'équilibre et de complémentarité entre stratégies curatives et préventives. D'autre part, elle ne tient pas compte de l'évolution des pratiques médicales en lien avec les développements technologiques et scientifiques permettant de détecter et de prendre en charge de plus en plus précocement certaines maladies, voire d'en éviter ou retarder l'apparition et les complications. En outre, les régimes d'assurance maladie obligatoires, mais aussi complémentaires, remboursent aujourd'hui de façon non négligeable des actes ou des prescriptions comportant totalement ou partiellement une dimension préventive, même si cette composante n'est pas toujours identifiée.

Ces actions s'inscrivent dans le cadre de soins de prévention individuels, dont le résultat peut s'observer, comme pour les soins curatifs, chez chacun de ceux qui en bénéficient. Le développement de cette prévention « individuelle » n'aura cependant de sens et n'atteindra une pleine efficacité qu'à condition que soient menées parallèlement et de façon cohérente des actions multisectorielles sur les déterminants collectifs de la santé (cadre de vie, hygiène du milieu, conditions de travail, etc.).

La notion de « parcours de prévention » renvoie à celle de « parcours de soins » introduite par la loi de réforme de l'assurance maladie en 2004. Le parcours de soins vise, à partir d'une situation pathologique avérée ou potentielle, à organiser les conditions d'intervention et la coordination de différents acteurs de la prise en charge, en confiant au médecin traitant un rôle central. En matière de protection sociale, il introduit pour les régimes obligatoires une différenciation dans les remboursements, dans et hors parcours. Cette même différenciation se retrouve dans les contrats « responsables » proposés par les régimes complémentaires, qui ont en outre l'obligation de rembourser au moins deux prestations de prévention sur la base d'une liste arrêtée par les pouvoirs publics.

En prévention cependant, la notion de parcours ne part pas d'une situation pathologique, mais au contraire fait référence à la santé. C'est pourquoi, le parcours de prévention se déroule tout au long de la vie, en amont, mais aussi dans le même temps et au delà de situations pathologiques nécessitant la mise en œuvre du parcours de soins. Grâce à une approche globale de chacun dès

la naissance, en tenant compte de son histoire, de sa culture, de son cadre de vie ou de travail, de son état de santé, de ses aspirations, etc, le parcours de prévention poursuit une double ambition :

- promouvoir la santé en contribuant à donner à chacun la possibilité d'être l'acteur de sa santé, quand elle est bonne mais aussi quand elle devient moins bonne ;
- développer une logique de réduction ou de suppression des risques dans le cadre de soins de prévention individuels, en complément de toutes les mesures agissant sur les déterminants collectifs de la santé.

Le parcours de prévention s'appuie sur des activités, des prestations ou des soins dont l'utilité, l'efficacité, le service médical rendu, le rapport bénéfice/risque, les aspects éthiques doivent être appréciés avec la même rigueur que pour les soins curatifs, notamment par la Haute autorité de santé. Sous réserve de son évaluation positive, le contenu du parcours de prévention doit être solvabilisé par les régimes obligatoires et complémentaires pour en permettre l'universalité et l'accessibilité sociale. Le montant des restes à charge tout comme la politique en matière de tarifs et de dépassements doivent être définis de façon cohérente pour créer une incitation positive à suivre le parcours de prévention.

Ce parcours doit permettre d'articuler prévention primaire, secondaire et tertiaire dans un véritable continuum, sans opposer ces différents moments de l'action préventive. Il ne s'agit pas non plus d'opposer de façon binaire parcours de prévention et parcours de soins. En fonction des événements de la vie, ces deux démarches répondent en effet à des nécessités différentes mais mettent en jeu pour l'essentiel les mêmes acteurs, assurés et professionnels. Il ne s'agit pas d'aboutir à un cloisonnement des deux approches et à une discontinuité de l'approche préventive.

Les moments de soins doivent être une occasion d'aborder la prévention (d'autant mieux que les protagonistes seront sensibilisés voire formés grâce à la mise en place de moments de prévention clairement individualisés et valorisés). Il est en effet pertinent de se préoccuper à la fois d'assurer les meilleurs traitements aux personnes atteintes d'une pathologie donnée, tout en s'efforçant de développer les actions permettant d'éviter si cela est possible son apparition, ses complications et les effets éventuellement négatifs des traitements.

Réciproquement, les moments de prévention aboutiront parfois à des actes de soin. Il est ainsi cohérent, lorsqu'on se préoccupe d'améliorer le dépistage d'une maladie, de s'intéresser aux conditions, y compris financières, de son traitement et de sa prise en charge en cas de résultat positif.

Il faut donc renforcer la dimension préventive des pratiques actuelles des professionnels de santé et non confier ce domaine uniquement à des acteurs spécifiques, au prétexte que le parcours de prévention serait l'affaire de spécialistes.

**Il existe cependant un décalage majeur entre intérêt et adhésion.** En effet, les campagnes et actions de prévention, lorsqu'elles portent sur des mesures non obligatoires, ne touchent le plus souvent que 10% à 30% des assurés, alors que 80% de nos concitoyens se déclarent intéressés par celles-ci. La question du ciblage des actions apparaît donc comme une mesure non pas suffisante mais au moins nécessaire au succès d'une action.

La question centrale est bien celle de **l'adhésion du citoyen**. La prévention profite souvent aux personnes déjà sensibilisées à ses thèmes. Ce constat justifie la mise en place d'une véritable démarche éducative permettant à l'ensemble de la population de comprendre les enjeux, aussi bien individuels que collectifs.

## 1.2 Objectifs à court terme

Les quatre objectifs retenus à court terme tiennent compte de l'état des pratiques actuelles et de l'organisation du système de soins :

- reconnaître la dimension préventive de la pratique quotidienne des professionnels ;
- développer l'implication des usagers et des professionnels dans les pratiques préventives ;
- mettre en synergie les dispositifs existants dans le cadre de la consultation de prévention ou du rendez-vous « santé » ;
- adapter la formation continue et l'évaluation des risques.

### 1.2.1 Reconnaître la dimension préventive de la pratique quotidienne des médecins traitants et des autres professionnels de santé

Il ne s'agit pas de multiplier des approches segmentées ou d'inscrire isolément de nouveaux actes préventifs à la nomenclature, mais au contraire d'inscrire la prévention au sein du parcours de soins coordonné. Le médecin traitant apparaît naturellement comme le pivot dans cette perspective. Il connaît l'histoire de son patient. Il est le plus à même d'évaluer son état de santé et d'identifier ses facteurs de risque. Ce rôle central dans le suivi et la coordination des soins de prévention de son patient est d'autant plus justifié que la « pratique de prévention » pour le médecin ne doit pas être conçue comme une activité ponctuelle mais bien comme un processus continu, tout au long de la vie du patient, en fonction de son âge, de ses facteurs de risque, de son histoire.

D'ores et déjà, de nombreuses occasions (vaccinations, contraception, grossesse, certificat d'aptitude au sport, ...) fournissent la possibilité d'un recours non curatif au médecin traitant ou à d'autres professionnels. Des problèmes bénins de santé permettent également d'initier des démarches de prévention.

Il est également important de reconnaître la dimension préventive que peut avoir la pratique de nombreux autres professionnels, en particulier les dentistes, les pharmaciens, les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, les orthophonistes, les psychologues, etc.

Dans tous les cas, cette reconnaissance est la première étape pour que ces professionnels ne se vivent plus uniquement comme des professionnels des soins curatifs. Elle devrait aussi se traduire dans la nomenclature des actes de ces différents professionnels pour mieux identifier leur action préventive. Les soins de prévention doivent être inclus dans l'acte médical, au même titre que les soins curatifs, afin de permettre aux professionnels d'offrir une prestation complète et cohérente garantissant une approche globale de leurs patients.

### 1.2.2 Développer l'implication des usagers et des professionnels dans des pratiques préventives au sein du parcours de soins

Le parcours de soins coordonné constitue le support naturel pour une conduite de changement visant à développer le recours à des soins de prévention tant pour les professionnels que pour les usagers. A cet égard, l'éducation du patient constitue un levier essentiel. Elle doit devenir systématique chaque fois qu'elle correspond à des référentiels validés. Elle comporte dans le cas des maladies chroniques (y compris des organes des sens) une éducation thérapeutique, une éducation du patient à sa maladie et une éducation pour la santé du patient. Les patients concernés par ce type de maladie doivent être particulièrement accompagnés dans leur parcours de prévention et de soins afin que leur prise en charge puisse être globale, coordonnée et efficiente tant en matière de prévention que de soins.

Par ailleurs, on dispose déjà de nombreuses recommandations nationales ou internationales sur des pratiques cliniques préventives ayant un niveau d'efficacité jugé suffisant pour être intégré dans les pratiques. Il s'agit de les intégrer progressivement, en fonction de priorités de santé publique, dans la pratique quotidienne des médecins et de développer la coordination interdisciplinaire des intervenants. Cette intégration peut se faire par la mise en œuvre d'interventions brèves répétées, par exemple en matière d'addictions. Pour cela, il est nécessaire de développer les outils d'accompagnement et d'organiser la formation des médecins.

### 1.2.3 Mettre en synergie les dispositifs existants ou en projet à l'occasion de « rendez-vous santé » réguliers

Le succès des dispositifs de prévention nécessite une sensibilisation systématique et précoce de l'ensemble de la population. Créer un environnement culturel favorable en termes de représentation et de comportement est donc indispensable et implique le développement de la promotion de la santé dans les différents milieux de vie.

Ces mesures collectives pourraient être complétées en matière de protection sociale en proposant à chaque assuré social, et à ses ayants-droits éventuels, de pouvoir bénéficier régulièrement d'un « rendez-vous santé ». Véritable moment d'écoute, il permettrait de faire le point avec son médecin traitant, voire avec d'autres professionnels, en dehors de tout contexte de prescription, et le cas échéant, de toute situation pathologique.

Ces rendez-vous santé pourront donner lieu à l'élaboration d'un protocole de prévention (pris en charge par l'assurance maladie, en fonction de l'existence de facteurs de risques à définir – sur le même principe que les nouveaux protocoles d'ALD). Le cas échéant, ce protocole de prévention pourrait inclure la réalisation des différentes consultations de prévention déjà prévues par la loi ou en projet, ainsi que d'autres mesures comme le dépistage. Il semble souhaitable en effet que la mise en oeuvre de ces différents dispositifs n'aboutisse pas à une juxtaposition contradictoire avec la nécessité d'une prise en charge globale.

Les « rendez-vous santé » constitueraient ainsi un fil conducteur entre les temps forts des consultations périodiques de prévention. Ces rendez-vous offrirait également l'occasion de s'assurer que les recommandations formulées lors de ces consultations soient effectivement suivies d'effet. C'est trop peu souvent le cas aujourd'hui pour les consultations existantes, faute d'un suivi approprié.

La réalisation de ces rendez-vous santé implique la mise à disposition des professionnels de santé d'outils d'évaluation de l'état de santé qui ne soient pas uniquement centrés sur une approche biomédicale, mais qui prennent également en compte les composantes psychosociales, ce qui implique une formation adéquate. Ils devraient associer d'autres professionnels que des médecins, même s'il est souhaitable que le médecin traitant conserve son rôle de pivot, et pourraient également se dérouler dans d'autres lieux que les cabinets médicaux.

### 1.2.4 Adapter en conséquence la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles

D'ores et déjà, il est indispensable d'inscrire dans la formation continue des professionnels de santé des modules de formation à l'écoute, à l'éducation pour la santé et à l'éducation du patient ainsi qu'aux pratiques cliniques

préventives. Il faut également inscrire les thèmes de la pratique préventive et de la promotion de la santé dans l'évaluation des pratiques professionnelles.

### 1.3 Objectifs à long terme

#### 1.3.1 Favoriser la structuration des soins ambulatoires autour d'une offre de prise en charge de la santé des assurés intégrant prévention, soins et accompagnement

L'optimisation de l'organisation de l'offre est à rechercher dans une redéfinition précise du rôle des différents acteurs et de leur articulation.

Sont à construire ou à consolider :

- la coordination des intervenants,
- la complémentarité des offres,
- les transferts possibles de compétences, en particulier vis à vis des infirmiers et infirmières, dont certains pourraient reprendre une activité professionnelle dans ce cadre.

Cette plus grande structuration des soins ambulatoires conditionne leur efficacité mais aussi la qualité de leur indispensable articulation avec les soins hospitaliers. Par ailleurs, l'organisation des soins primaires doit faciliter l'orientation des assurés et des professionnels vers des stratégies de santé davantage basées sur les interventions et les soins préventifs ou de promotion de la santé, notamment pour éviter une « médicalisation excessive » recourant quasi-systématiquement à des thérapeutiques médicamenteuses. Dans ce cadre, l'action du médecin traitant doit pouvoir s'appuyer sur différents professionnels de santé, travaillant de façon coordonnée. Cette coordination peut s'effectuer de différentes façons, notamment dans le cadre de délégation ou de transfert de compétences.

Les acteurs de la promotion de la santé ne doivent pas être systématiquement des professionnels du soin, mais il convient de connecter les métiers et de multiplier les approches et les relais d'information pour répondre le plus largement possible à la variété des besoins et des attentes des assurés.

Par ailleurs, il est nécessaire de permettre le développement de prises en charge aujourd'hui trop peu répandues malgré leur utilité, par exemple soins dentaires conservateurs, conseil et éducation nutritionnelles, éducation thérapeutique, etc. L'implication de l'assurance maladie dans ce cadre nécessitera sans nul doute un choix des actions en fonction :

- des recommandations scientifiques et des enseignements des expériences étrangères,

- de la mesure permanente du rapport bénéfice/risque,
- de la mesure de l'efficacité,
- et de la prise en compte des enjeux éthiques.

### 1.3.2 Imaginer de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé pour plus d'efficacité

Alors qu'aujourd'hui, les trois quarts des assurés ont choisi un médecin traitant, il est désormais possible d'associer clairement une population à un médecin généraliste. Eventuellement associée à une base forfaitaire, on pourrait ainsi imaginer une forme d'intéressement des médecins traitants en fonction de résultats atteints dans leur clientèle, par exemple en termes de taux de vaccinations, de participation à certains dépistages, de contrôle de certains états pathologiques, etc. Les autres professionnels de santé, pharmaciens, dentistes, infirmiers ou d'autres encore pourraient également être associés à des actions de prévention et être intéressés de la même façon aux résultats.

Ces nouvelles modalités supposent naturellement la définition d'indicateurs de résultats, mais également une traçabilité forte de l'activité des professionnels. Cela peut conduire à une codification des actes qui n'impliquerait pas nécessairement une tarification, la rémunération dépendant d'indicateurs de résultats.

## 2. INEGALITES DE SANTE ET ORGANISATION TERRITORIALE

### Synthèse

La stratégie préconisée doit intégrer les différents facteurs d'inégalités : causes sociétales, sociales et intrinsèques. Dans la loi du 9 août 2004, la création du GRSP, pivot de l'action de santé publique régionale, permet de mettre en place des actions de lutte contre les déterminants de santé. Par ailleurs, la loi du 1<sup>er</sup> août 2003 (ville et rénovation urbaine) place le développement de la prévention parmi les priorités pour la réduction des inégalités dans les zones urbaines sensibles.

Deux options peuvent être retenues :

- un principe d'équité et de discrimination positive, promouvant des politiques inégalitaires ciblées selon les besoins tel que le dépistage de la tuberculose
- une approche communautaire dans le cadre de territoires bien définis, tant urbains que ruraux.

Dans ce domaine les propositions d'actions regroupent :

- l'extension du réseau « Ville – Santé » à un plus grand nombre de collectivités en surlignant les efforts de prévention, voire la création d'un label « Prévention – Ville Santé » sur la base d'un cahier des charges national en cohérence avec le cahier des charges OMS ;
- l'approche familiale intégrant une préoccupation sociétale forte concernant les jeunes enfants, avec une mobilisation de tous les acteurs : PMI, santé scolaire, médecin traitant, services de pédopsychiatrie ;
- la réflexion quant à l'opportunité de création des Agences Régionales de Santé pour améliorer la lisibilité et le pilotage des actions de prévention ;
- le soutien aux actions santé de la politique de la ville dans le cadre des Ateliers Santé-Ville.

### Exposé

#### 2.1 De quelles inégalités parle-t-on ?

Le terme « inégalités de santé » n'apporte pas l'éclairage suffisant pour définir une politique de prévention souhaitée efficace. Le terme « parcours de vie ayant des répercussions sur l'état de santé » semble plus approprié. Ainsi lorsque l'on mesure la mortalité prématurée, on mesure les effets de facteurs divers et pas toujours repérés entre les populations et ayant des conséquences directes sur le niveau de santé de chacun des individus.

Quels sont ces facteurs d'inégalités?

### 2.1.1 Inégalités sociétales

La société génère les ferments de ses propres inégalités avec des répercussions sur la santé. Ce sont par exemple :

- l'augmentation du nombre de familles monoparentales <sup>(2)</sup> ;
- les répercussions de la violence <sup>(3)</sup> ; les études récentes confirment que l'exposition à la violence télévisuelle à l'âge de 8 ans est prédictive de comportements agressifs à long terme ; cette relation est maintenue indépendamment du quotient intellectuel et du statut socioéconomique des sujets ;
- l'expression de modes culturels nouveaux (programme de lutte contre les excisions) ;
- les modifications dans les conditions de travail.

Il est difficile d'aborder ces inégalités sociétales par le seul prisme de la précarité. A titre d'exemple, l'étude du comportement suicidaire montre la place occupée par des évolutions sociétales rapides (enquête ethnologique sur les suicides en Côtes d'Armor), par des déséquilibres socio-démographiques récents (enquête de F. Facy sur le suicide des personnes âgées)... Quant aux échecs de la contraception, avec recours à une interruption volontaire de grossesse, si les ouvrières et les femmes en précarité sont d'abord concernées, celles venant de milieux où existe une résistance forte à l'éducation sexuelle, dans des contextes le plus souvent très stricts, le sont aussi (ANAES, GINE). Là encore, il existe de fortes inégalités territoriales si l'on se réfère à la prévalence des IVG : 9 ‰ femmes en pays de Loire vs 21 en Corse et Martinique et 40 en Guyanne ou Guadeloupe (source DRESS).

### 2.1.2 Inégalités sociales

Elles peuvent s'exprimer en termes de revenu, de logement, d'éducation, d'emploi. Les publics qui sont le plus victimes des inégalités sociales de santé sont bien sûr les populations présentant une vulnérabilité particulière au regard des déterminants sociaux précédemment cités, le plus souvent positionnées au bas de l'échelle sociale. Cependant le problème des inégalités sociales ayant des répercussions sur la santé ne se résume pas à la précarité ou à différents groupes en situation d'exclusion, de précarisation ou identifiés par des dispositifs sociaux (CMU, RMI). Elles traversent l'ensemble de la population selon un gradient social continu des groupes les moins favorisés aux catégories les plus aisées.

Par ailleurs, la prévention peut être source elle-même d'accroissement du différentiel de santé entre les individus. Chaque étape de la prévention repose légitimement cette question : en prévention primaire, les populations cibles suivent un gradient social, qu'il s'agisse de prévention biomédicale portant sur les facteurs de risque (prévalence, prise en charge) ou les comportements (réception des messages de prévention, adhésion aux changements proposés). Il faut souligner que la prévention primaire inclut

également les déterminants sociaux, qu'ils agissent à l'échelle individuelle ou à l'échelle géographique.

En prévention secondaire, il a été montré que les taux de participation aux dépistages étaient socialement différenciés, plus volontiers le fait des catégories aisées.

Enfin en prévention tertiaire, la littérature montre que les conséquences des maladies sont plus marquées dans les catégories défavorisées, en particulier sur l'emploi.

### 2.1.3 Inégalités intrinsèques

Elles relèvent plus de l'ordre des déterminants personnels, notamment génétiques. A la loterie génétique, on ne naît pas tous égaux. De plus en plus d'études montrent l'existence de gènes préexistants au développement d'une pathologie, mais surtout l'expressivité variable des gènes en fonction de facteurs comportementaux individuels ou d'environnement.

Pour être totalement complet, il faudrait intégrer à ces éléments, un principe positif : le principe de résilience qui « définit la capacité à se développer quand même, dans des environnements qui auraient dû être délabrants » (Boris Cyrulnik).

Ainsi, pour être efficace, une politique de prévention doit-elle intégrer ces différents facteurs et ne pas se construire uniquement à partir d'éléments de mesure de l'état de santé. Elle doit s'élargir à des données sociétales et sociales en reconnaissant le poids majeur de ces facteurs par rapport au médical. Une politique de prévention devrait s'attaquer aux « causes des causes ».

## **2.2 Les outils en réponse**

Avant le vote de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la prise en charge des inégalités de santé était avant tout formulée sur le versant de la précarité. Dans le cadre de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en faveur des personnes en situation précaire avaient ainsi été mis en place ; ils restent encore en vigueur.

Outre l'intégration de ce programme au sein d'un Plan Régional de Santé Publique (PRSP), la loi du 9 août 2004 organise le dispositif de prévention. De nouveaux outils apparaissent (consultations médicales périodiques de prévention, contrats de santé publique, groupement régional de santé

publique...) et ouvrent de nouvelles perspectives dans la prise en charge des facteurs qui apparaissent comme causes de mauvaise santé des individus.

### 2.2.1 Les PRAPS : quelle évaluation ?

En mai 2004, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) classe les PRAPS dans les dispositifs dont le bilan est jugé globalement positif, même s'il appelle des améliorations qualitatives. Les PRAPS paraissent être « un dispositif légitime et apte à motiver une réelle dynamique de transversalité ». Si ces programmes restent largement perfectibles, « tous les acteurs s'accordent à souligner leur rôle dans le décloisonnement entre santé et social, entre les divers services de l'Etat concernés, entre les services déconcentrés de l'Etat et les collectivités territoriales, avec le monde associatif, pour l'amélioration des pratiques à l'égard des publics en situation de précarité ou d'exclusion ». A ce jour, les DRASS, les DDASS et leurs partenaires mettent en œuvre les PRAPS de deuxième génération.

La mise en place des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) sera un élément essentiel dans l'amélioration de la qualité des programmes PRAPS, préconisée par l'IGAS. Il reviendra, en effet, aux partenaires du GRSP de réfléchir à la prise en compte des facteurs sociétaux et sociaux, cause de dégradation de santé dans tous les volets du PRSP. Les partenaires définiront alors les outils les plus pertinents localement pour répondre à cet objectif. Ces outils devront être articulés avec ceux de la loi du 1<sup>er</sup> août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, notamment avec les programmes menés par les équipes de réussite éducative.

### 2.2.2 La loi de santé publique du 4 août 2004 : quels apports ?

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique retient le niveau régional comme le niveau optimal d'impulsion et de coordination de la politique de santé publique. La Conférence Régionale de Santé (CRS) est l'instance de concertation de tous les acteurs de terrain, le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) définit les grandes orientations de la politique pour les années futures, le GRSP met en œuvre le PRSP ; il rend compte de l'application de celui-ci à la CRS.

### **Le GRSP, outil majeur de la lutte contre les déterminants de santé, causes d'inégalités**

Bien que des procédures partenariales préexistent dans de nombreuses régions, la mise en place du GRSP générera une réelle plus-value pour l'ensemble des acteurs.

Celle-ci peut être recherchée, notamment dans les domaines suivants :

- la formalisation de l'ensemble des partenariats. La formalisation de relations partenariales élargies, dans le respect des chartes d'OTTAWA et de

BANGKOK est un facteur d'amélioration de la politique de prévention (avec, par exemple, la nécessité d'un appel d'offre commun à plusieurs institutions – INPES, MILDT, INCA, collectivités territoriales, services déconcentrés de l'Etat - sur la prévention des conduites addictives) ;

- la recherche de synergies nouvelles. Sur un même programme, des acteurs multiples peuvent être amenés à intervenir. Leur synergie doit être réfléchie afin d'éviter des financements d'actions en doublon, voir opposées ou non coordonnées ;
- la lisibilité de la mise en œuvre des programmes dans le temps. L'expression par les membres du GRSP des axes prioritaires d'intervention, dans le cadre de programmes pluriannuels, rendra plus lisible pour les opérateurs locaux, la politique menée ;
- l'amélioration de l'articulation entre les plans nationaux et les déclinaisons régionales et départementales ;
- la simplification des circuits existants. A ce jour, dans le cadre de nombreux programmes, des lieux de réflexion et de décision multiples existent (voir en ce sens la mise en œuvre du plan cancer). Le GRSP doit permettre de simplifier ce paysage institutionnel au bénéfice des acteurs locaux, souvent « perdus » dans cette complexité.

### 2.2.3 La loi de cohésion sociale : quelle place dans le système de prévention ?

Le comité interministériel des villes du 9 mars 2006 a posé les bases de la nouvelle politique de la ville, en prévoyant notamment l'instauration à compter de 2007 de « Contrats Urbains de Cohésion Sociale, CUCS » en remplacement de l'actuelle génération des contrats de villes (2000-2006). La santé est affirmée comme un des cinq thèmes prioritaires de la politique de la ville pour la cohésion sociale afin d'encourager les acteurs locaux à mieux prendre en compte la prévention et l'accès aux soins pour les habitants des quartiers en difficulté, notamment au travers des ateliers Santé-Ville. Le financement des ateliers Santé-Ville sera assuré à partir des crédits attribués au travers du GRSP.

Le dispositif législatif et réglementaire français est suffisamment riche et innovant pour assurer le développement de la prévention sur le territoire. Les freins tiennent essentiellement à la multiplication des structures et des lieux de décision, aux comportements des acteurs ainsi qu'à la redondance de certains systèmes existants (partage des rôles entre médecine généraliste et médecine de prévention spécialisée). Le Groupement Régional de Santé Publique est appelé à jouer un rôle majeur dans la mise en cohérence des systèmes.

Quelles sont les pistes à explorer pour améliorer l'état de santé de la population par la prévention ?

## 2.3 Les approches

Deux principes peuvent être privilégiés pour réduire les inégalités de vie ayant des effets sur la santé.

### 2.3.1 Privilégier le principe d'équité sur celui d'égalité en promouvant des politiques inégalitaires selon les populations : principe de discrimination positive déjà présent dans les préoccupations politiques de santé dès 1982

L'importance de la discrimination positive est illustrée ici dans le cadre de l'amélioration de la lutte anti-tuberculeuse. L'incidence globale de la tuberculose est stable depuis plusieurs années autour de 9,4/100 000 habitants mais augmente de façon significative dans les populations d'origine étrangère (+8% depuis 1997). En 2004, l'incidence de la tuberculose chez les personnes nées à l'étranger étaient de 38/100 000 en France métropolitaine, 69/100 000 en Ile de France, et atteignait pour les personnes de nationalité étrangère vivant à Paris intra-muros 158/100 000. Pendant le même temps l'incidence de la tuberculose a continué de décroître chez les sujets de nationalité française (baisse de 6% depuis 1997) avec un chiffre de 5,3/100 000 en 2004.

Les populations les plus touchées en France proviennent d'Afrique subsaharienne, puis dans une moindre mesure du Maghreb ou d'Asie. L'incidence de la tuberculose à bacilles multi-résistants aux antibiotiques est en croissance régulière, passant de 0,5% en 1992 à 2% en 2004. L'incidence de la tuberculose dans les populations immigrées est superposable, pendant les premières années suivant l'arrivée en France, à celle du pays d'origine. Il y a une dizaine d'années, l'incidence de la tuberculose était comparable à New York et à Paris. Or les Etats-Unis sont parvenus à faire chuter cet indice par une politique énergique ciblée sur les populations à risque. En revanche, l'incidence de la tuberculose à Paris continue d'être en tête de celle des capitales des pays industrialisés.

Le dépistage et la lutte contre la tuberculose (Cf paragraphe 6.6.5, page 73) devrait cibler ces orientations.

Cependant, dans le champ de la prévention, le Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé vient récemment de rappeler que l'application de ce principe présente un risque de stigmatisation des populations vulnérables <sup>(4)</sup>. Ce risque est réel, bien que les thèmes de discrimination présentent un impact sociétal de plus en plus atténué (prévention du risque VIH en exemple). Afin de minimiser encore ce risque, il y a lieu d'appliquer un second principe, le principe de proximité des interventions.

### 2.3.2 Développer des approches communautaires dans le cadre de territoires géographiquement définis

Cette approche « territoriale » de la santé est aujourd'hui développée par la DGS, en partenariat avec la DIV, la DHOS et des associations d'élus locaux.

L'enjeu est aujourd'hui que cette approche territoriale trouve toute sa place au sein de la politique régionale de santé en cours de développement. Il est admis qu'il n'existe pas de modèle unique pour la « territorialisation » infra-régionale de la politique de santé publique.

Ceci tient à la fois à la diversité :

- des territoires considérés (administratifs, de projets, d'organisation des soins ...) ;
- des modalités de réponse aux problématiques de santé des populations.

En outre, la portée même du PRSP est liée au degré, variable, de constitution du partenariat.

**Dans ces conditions, il revient à la région de dessiner le cadre dans lequel les territoires pourront s'inscrire** en intégrant dans leur modalité d'intervention, une modalité « descendante » et une modalité « ascendante ». Le « descendant » est fondé sur la notion de santé, mission régaliennne qui place la Nation et l'Etat en position de responsabilité de la politique française de santé (art.2 de la loi du 9 août 2004). L'« ascendant » se réfère à l'efficacité de la démarche de projet de santé publique, et précise la place des usagers dans la définition des politiques publiques de santé.

## 2.4 Les pistes

➔ Mettre en place des études ainsi qu'une conférence sur les modes d'intervention efficaces en direction des populations vulnérables, impliquant le secteur de la santé et les partenaires en charge de l'ensemble des déterminants.

2.4.1 Développer la production de connaissance tant dans le domaine de la recherche que de l'expérimentation pour mieux cibler le champ, les populations, les situations, en élargissant le champ de l'épidémiologie descriptive et analytique de santé en ayant recours aux sciences humaines, économiques et sociales. La loi de santé publique du 9 août 2004 fait l'objet d'une évaluation nationale à partir d'indicateurs suivis par la DRESS. Les analyses régionales devront être en cohérence avec cette évaluation nationale afin d'éviter la multiplicité des indicateurs et, en conséquence, la complexité de leur analyse. De plus, compte tenu des impacts négatifs de certains programmes de prévention, il est proposé d'inclure dans l'évaluation *a priori* des programmes de prévention, l'évaluation de leur impact sur les inégalités sociales de santé.

2.4.2 Renforcer le débat sur les problèmes de santé publique en France. Le débat annuel sur le projet de loi de finances de la Sécurité Sociale doit renforcer l'approche prévention. Sur le court terme, les Etats Généraux sur l'Alcool et les Etats Généraux de la Prévention doivent servir de moteur à la mise en place de ces débats, notamment au niveau local, dans le cadre d'une démarche de santé communautaire. Afin de mieux impliquer les acteurs, un recours accru aux Conférences Régionales de Santé (CRS) nouvellement installées doit être recherché.

2.4.3 Renforcer les actions collectives en privilégiant l'articulation entre les politiques de santé et les politiques sociales. A noter que la Finlande, dans le cadre de sa présidence de l'UE, souhaite la tenue d'une conférence dont le but « est de souligner les moyens d'améliorer la santé de la population par une action cohérente dans les secteurs autres que ceux de la santé ».

Ceci nécessite des actions fortes en terme institutionnel :

- Au niveau de l'État et de l'assurance maladie, la réorganisation en cours, notamment en région avec les GRSP, ne doit pas masquer la nécessaire évolution du système. Au niveau national d'une part, avec le renforcement des coordinations ministérielles, au niveau local d'autre part, avec une amélioration de la lisibilité du système (voir schéma ci-dessous).
- Au niveau des collectivités territoriales, le partenariat doit être renforcé et affiché. A ce jour, des labels multiples existent. Ils sont source de confusion pour les acteurs de terrain. Il est proposé la **création d'un label « Prévention – Ville Santé »** sur la base d'un cahier des charges national qui s'inscrirait dans la démarche OMS « Ville Santé » dont la gestion pourrait être assurée par le GRSP. Il regrouperait des labels déjà existants (ex : Atelier Ville Santé, PNNS) et intégrerait les facteurs sociétaux et sociaux cause de mauvaise santé sur lesquels les collectivités développent déjà de nombreuses actions. Ce label s'inscrirait particulièrement au sein de « zones de santé prioritaires » (rapport HCSP 2002).

➔ Mettre en œuvre un programme national centré sur la petite enfance dont l'objectif est de rompre le cercle intergénérationnel des inégalités.

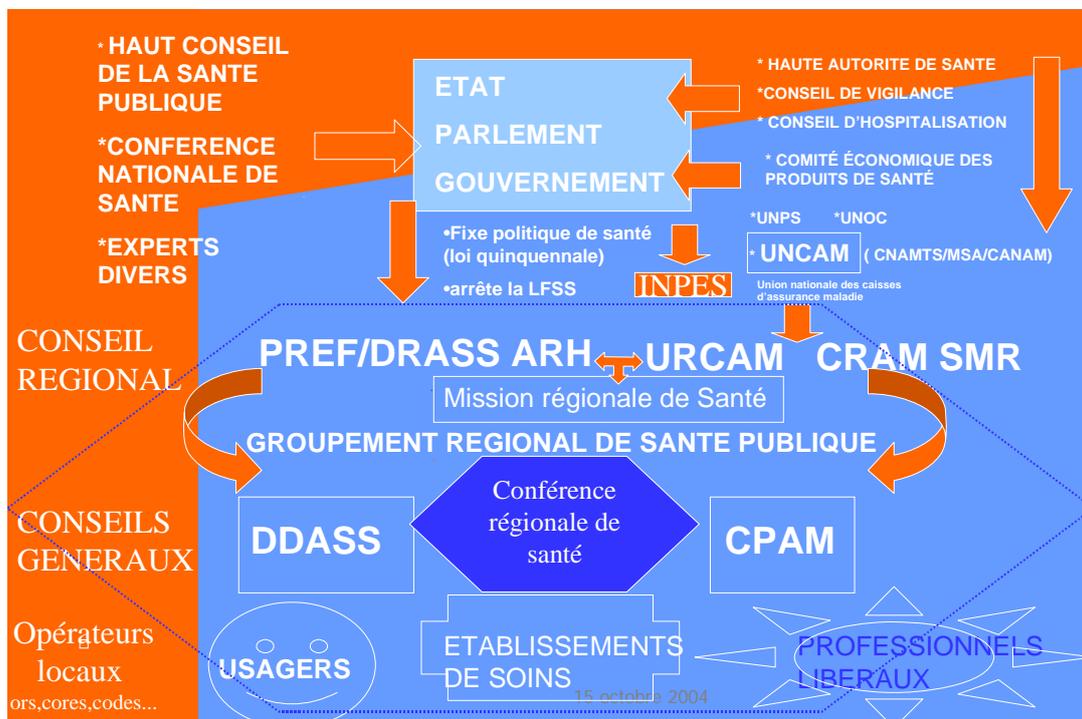
A côté de la réflexion institutionnelle, une réflexion sur la prise en charge des populations doit être menée. **L'approche familiale** est très vraisemblablement à privilégier car elle intègre :

- une préoccupation sociétale forte qui fait que les inégalités touchant les jeunes enfants sont considérées comme inacceptables par la population.
- une mobilisation de divers secteurs d'intervention sanitaire. Le problème de la définition de la place du réseau de PMI, de la santé scolaire et du système commun de prise en charge (médecine générale, service de pédopsychiatrie) est à poser.

- une dimension sociale qui interpelle autant les parents (place de la responsabilité familiale) que les pouvoirs publics (protection de l'enfance, prévention de la délinquance ...). C'est le cas notamment de la prévention des grossesses non désirées dans les groupes où existent une résistance importante à l'éducation sexuelle. L'approche proposée peut être utilisée avec un effort particulier portant sur l'éducation des jeunes mères, s'appuyant sur les acteurs de proximité (éducateurs et associations) dans le cadre d'ateliers Ville-Santé dédiés à la santé féminine, respectant les différences culturelles et communautaires.

➔ Le renforcement du colloque singulier en prévention : la consultation de prévention

L'article 10 de la loi du 9 août 2004 crée les consultations médicales périodiques de prévention. Ce dispositif est un bras de levier essentiel pour le développement de la prévention en France et vient compléter le dispositif collectif. Les réflexions menées sur cette consultation doivent intégrer particulièrement la prise en compte des facteurs d'inégalités de santé et cibler des publics spécifiques.



### 3. PROMOTION DE LA SANTE EN MILIEU DU TRAVAIL

#### Synthèse

Depuis 1946, la médecine du travail, exclusivement préventive, s'est développée dans les entreprises puis dans la fonction publique afin :

- d'améliorer les conditions de vie et de travail ;
- d'adapter les postes, les techniques et les rythmes de travail à la physiologie humaine par des mesures tant individuelles que collectives ;
- de protéger les salariés contre l'ensemble des nuisances (risques chimiques, physiques, biologiques, organisationnels ou psychosociaux) et contre les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles et
- de favoriser l'insertion professionnelle.

Enjeu fort de la prévention, prioritaire dans la Charte de Bangkok, la médecine du travail, acteur clé de cette prévention en entreprise, aborde les questions de prévention en santé publique sous l'angle professionnel et contribue à développer la prévention et l'éducation sanitaire en milieu de travail tant auprès des chefs d'entreprise, que des salariés et de leurs représentants. La demande sociale a, quant à elle, progressivement évolué, avec l'apparition de la notion de « bien-être au travail », notamment dans le tertiaire.

Les risques physiques et chimiques sont aujourd'hui mieux évalués ; d'autres risques, psychosociaux ou organisationnels, sont progressivement mieux reconnus. Mais de façon générale, il existe encore un manque de données épidémiologiques sur les expositions professionnelles, les relations entre mortalité et expositions passées (surtout lorsque ces pathologies surviennent après la cessation d'activité), la morbidité des maladies professionnelles, l'adaptation aux handicaps et aux maladies chroniques, et sur la qualité de vie.

Après la mise en place, en février 2005, du Plan Santé au Travail (PST) qui vise à réduire le nombre d'accidents du travail et des maladies professionnelles et proposer des emplois de qualité, les perspectives doivent permettre de consolider les réformes et d'envisager d'autres modes d'action.

Les propositions d'actions sont donc de

- développer les travaux sur les expositions professionnelles et les risques au travail ;
- développer l'épidémiologie autour d'un socle de données communes ;
- bâtir un système d'information des risques professionnels principaux permettant d'orienter la politique régionale de prévention ;
- améliorer les réseaux d'alerte sanitaire, en particulier le « réseau Alerte », avec l'inspection du travail, la médecine du travail, l'assurance maladie et les partenaires sociaux, ciblant les indicateurs pertinents, issus de l'épidémiologie ;
- accroître l'information et la formation des médecins de ville sur la prévention des maladies liés au travail et de renforcer leur collaboration avec les médecins du travail et les médecins traitants.

## **Exposé**

### **3.1 Rappel de l'enjeu**

La santé en entreprise est un des enjeux forts de la prévention et de la promotion de la santé. Elle a été ciblée comme prioritaire par la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (2005).

Réduire drastiquement le nombre des accidents du travail et des maladies professionnelles, reste l'objectif majeur mais la prévention en entreprise entre aussi dans le champ de la prévention primaire : l'enjeu d'une telle démarche est alors de promouvoir la santé des employés comme leur sécurité sur le lieu de travail.

### **3.2 Première réponse : le Plan Santé Travail (PST 2005-2009)**

Depuis les années 70, l'action conjuguée des entreprises, des partenaires sociaux et des pouvoirs publics – sous l'impulsion décisive de l'Union européenne – a permis d'améliorer la santé, la sécurité et les conditions de travail des salariés en France, avec la primauté donnée à la mise en œuvre de la prévention primaire dans son acception spécifique au milieu professionnel (suppression ou réduction du risque à la source) qui s'est traduite par une baisse particulièrement sensible des accidents du travail et par une meilleure reconnaissance des maladies professionnelles.

Mais ces résultats encourageants, qui concernent tous les secteurs d'activité, restent encore insuffisants. Ainsi, d'après l'enquête SUMER, en 2003, plus de

13 % des salariés seraient susceptibles d'avoir été exposés à un ou plusieurs produits cancérigènes ; d'autres enquêtes estiment que plus de 4 % des cancers pourraient avoir une origine professionnelle.

C'est l'enjeu du Plan Santé au Travail adopté en février 2005 sous l'égide du ministère chargé du travail, en concertation étroite avec les autres ministères concernés. Le PST prolonge et renforce le Plan National Santé Environnement (PNSE) en tenant compte des spécificités des milieux professionnels et en ciblant particulièrement le risque chimique. Le PST, plan de pilotage global de la prévention des risques professionnels, associant tous les acteurs concernés, se fixe pour objectifs de réduire drastiquement le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles et de faire des emplois de qualité la norme.

Il s'articule autour de quatre grands objectifs :

- développer la recherche et la connaissance des dangers, des expositions et des risques en milieu professionnel ;
- renforcer l'effectivité du contrôle ;
- refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail ;
- encourager les entreprises à être acteurs de la santé au travail.

Depuis son adoption, la mesure principale fut la création d'un outil d'expertise et d'évaluation des risques professionnels, notamment ceux relatifs aux produits chimiques, et d'incitation à la recherche : l'AFSSET (Agence Française de la Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail). Le PST mobilise également la communauté scientifique sur le champ de la recherche en santé au travail (avec la mise en place de pôles régionaux scientifiques pluridisciplinaires).

Ce plan vise aussi à « encourager les entreprises à être acteurs de la santé au travail et à améliorer la culture de prévention en entreprise ». La récente modernisation du système français de médecine du travail, qui couvre toutes les entreprises - quelles que soient leur activité et leur taille - vise à développer l'approche pluridisciplinaire voulue par la directive cadre européenne en santé et sécurité au travail et place cette institution au cœur du dispositif de la promotion de la santé au travail au sein de l'entreprise.

Par cette réforme, les pouvoirs publics ont fait le choix de privilégier, dans les missions confiées aux services de santé au travail, l'action portant sur le milieu de travail lui-même.

### **3.3 Complémentarités de la santé au travail et de la santé publique**

En cohérence avec l'actuelle stratégie communautaire, la politique de santé au travail française est articulée avec les autres politiques, tout particulièrement avec celles relatives à la santé publique, l'environnement et la recherche.

Au delà de la définition retenue pour le concept même de « santé », celle-ci ne peut séparer la santé au travail de la santé globale.

Les enjeux sanitaires sont importants: le travailleur qui va passer près du tiers de sa vie au travail, est également confronté à certains risques chimiques, biologiques, physiques ou organisationnels qui ne connaissent pas de frontière.

D'ores et déjà, le ministère chargé du travail, de même que les organismes de prévention des risques professionnels, participent, au côté du ministère de la santé, à la mise en œuvre de divers plans tels que le plan Sécurité Routière, le plan Cancer ou le plan de lutte contre la drogue et la toxicomanie, au travers du prisme de la santé au travail.

A titre d'exemple, la protection des salariés contre le tabagisme passif auquel sont exposés les travailleurs de nombreuses professions – dans des secteurs d'activités tels que le bâtiment, l'hôtellerie ou la restauration - revêt une importance certaine. La fréquence et la gravité des risques liés au tabagisme et la synergie entre tabagisme et certaines expositions professionnelles justifient de mobiliser de nouvelles actions de prévention. Cette démarche fait notamment partie du volet professionnel du plan national de lutte contre les cancers en place depuis 2004.

Dans le cadre de l'appel à projets lancé en 2003 par l'Inpes pour le Plan cancer, certains Cres et les services de santé au travail ont mis en place une méthodologie communautaire : diagnostic réalisé au sein d'entreprises de plus de 200 salariés, avec formation de personnes-relais, définition d'objectifs et mises en place d'actions négociées dans les entreprises.

Ce processus mobilise les salariés, la médecine du travail, la direction et le CHSCT de l'entreprise. Deux études récentes de l'Inpes montrent que la cohabitation entre fumeurs et non fumeurs et le respect du règlement intérieur quant aux interdictions de fumer sont des points névralgiques de toute action de prévention, tant du point de vue des salariés que des dirigeants <sup>(5)</sup>.

D'autres actions de prévention en entreprise peuvent également se concevoir dans les domaines de la nutrition ou de la promotion de l'activité physique, à l'instar de nos voisins européens.

S'agissant de la médecine du travail récemment réformée et organisée en services de santé au travail, celle-ci s'est toujours attachée, dans son domaine de compétence, à une approche globale de la santé, désormais pluridisciplinaire, se définissant comme l'étude de l'adéquation entre un poste de travail donné et l'état de santé du salarié concerné.

### **3.4 Contours de la prévention au travail**

La notion de prévention en général et de prévention au travail en particulier est une intervention qui anticipe sur le risque, sa survenue ou le fait d'y être exposé. Elle vise la réduction des risques qui ne méritent pas d'être pris. Cette définition a une connotation axée sur la santé et s'oppose donc à une vision en rapport avec la maladie ou l'accident.

La prévention en entreprise implique une connaissance des risques professionnels, une maîtrise, dans la mesure du possible, de leurs causes et de leurs conséquences (voir, sur ce sujet, la documentation sur la prévention des risques professionnels disponible à l'INRS), mais aussi un arbitrage dans l'appréciation du risque et la pondération entre différents risques. L'approche préventive implique une interaction entre les techniques utilisées pour objectiver les risques d'une part (étude des conditions de travail, grille d'analyse des risques professionnels, statistiques et épidémiologie professionnelle) et le degré d'appréciation subjectif des risques par les personnes et les groupes sociaux de l'entreprise d'autre part.

Dans une perspective éthique de respect des libertés individuelles, une seule personne ne peut décider pour tous qu'un risque est, ou non, acceptable. Or l'évaluation des risques professionnels et leur maîtrise sont sous la responsabilité de l'employeur - ou de l'Etat pour la fonction publique - même si les ingénieurs d'hygiène et sécurité, le médecin du travail, les membres de CHSCT ou les salariés eux-mêmes y participent.

L'objectif de la prévention en milieu de travail se déplace alors et concerne la responsabilité face au risque. Cette responsabilité s'exerce à l'échelle individuelle comme au niveau collectif. Dans cette optique, qui a vocation à définir quels risques sont acceptables ou non ? Si les individus et les groupes doivent exercer et assumer leurs choix, l'Etat doit être garant de la cohérence entre les risques et de l'harmonisation de la prévention pour tous les citoyens.

Les mesures préventives sur les lieux de travail doivent donc réaliser un compromis entre la recherche d'objectivation des spécialistes et l'appréciation subjective des travailleurs d'une part, et entre l'intérêt général et la liberté individuelle d'autre part.

### **3.5 Travaux en cours**

Ce qu'il reste à faire passe impérativement par une amélioration dans la connaissance de l'état de santé des travailleurs.

#### **3.5.1 Les expositions**

Le recueil et la conservation des informations sur les expositions individuelles s'est progressivement développé, mais reste insuffisant. Les fiches individuelles d'exposition, établies par l'employeur et incluses dans le dossier de médecine du travail, ont pour objet d'adapter le suivi médical du travailleur

et sont donc souvent inadaptées pour une exploitation statistique satisfaisante. Dans certaines entreprises, des améliorations ont été apportées, avec une quantification de certaines expositions (en ce qui concerne les rayonnements ionisants et certains produits chimiques).

Ces données, grâce aux outils informatiques, pourraient être exploitées afin d'obtenir une synthèse par entreprise, par secteur, voire au niveau national (telle que celle des dosimétries effectuée par l'IRSN). De même, les laboratoires de chimie des services de prévention des CRAM constituent une importante source de données. Il apparaît souhaitable que ces données puissent enrichir le système d'information.

En 1994, l'enquête SUMER (SURveillance MEDicale des Risques) a permis de constituer un descriptif national spécifique sur les expositions aux facteurs de risques professionnels. Sur la base du volontariat des médecins du travail, cette photographie des expositions professionnelles a permis de mesurer ce qu'il reste à faire pour améliorer la santé au travail. Il s'agit d'une initiative mobilisatrice et unique en son genre, renouvelée en 2003, dont les résultats sont en cours de publication.

Son apport est d'autant plus estimable qu'elle couvre un champ très large: le bruit, les produits toxiques, les contraintes organisationnelles, la pénibilité physique, la pénibilité mentale... Sa qualité tient, également, à ce qu'elle traite de la plupart des secteurs d'activité, à l'exception notable du secteur public et des travailleurs indépendants.

Au total, 80% des secteurs d'activité sont représentés dans cette étude. Et avec un échantillon de 50 000 personnes, les données issues de SUMER sont donc assurées d'une bonne représentativité. Entre les deux enquêtes de 1994 et 2003, il apparaît que les expositions professionnelles ont évolué. Les longues journées de travail sont devenues plus rares et le travail répétitif moins répandu. Mais la pénibilité physique s'est maintenue et les contraintes organisationnelles (contraintes horaires, rythme de travail) se sont développées. Et si l'exposition à des agents biologiques est restée globalement stable, le nombre de sujets ayant déclaré une exposition aux produits chimiques a augmenté. La tendance est inégale : les risques et pénibilités ont davantage touché certaines catégories socioprofessionnelles (ouvriers, employés) et certains secteurs d'activité (agriculture, construction).

### 3.5.2 État de santé de la population

Le suivi médical de la population active n'est pas homogène et le regroupement des informations est insuffisant. Le statut privé ou public et la taille des entreprises, leur dispersion géographique sont des obstacles plus ou moins facilement surmontés. Globalement, la connaissance de la morbidité en entreprise est très parcellaire, y compris pour les maladies chroniques et les

maladies professionnelles (absence de statistiques disponibles dans la fonction publique). De même, les données de mortalité ne permettent pas de connaître les catégories socioprofessionnelles pour les personnes décédées des années plus tard, durant leur retraite.

Les données concernant les maladies professionnelles déclarées et reconnues par présomption d'origine et après avis des Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) devraient être disponibles pour les acteurs de prévention à l'échelon national mais aussi départemental. Quant à la mesure de la qualité de vie, elle n'est pas prise en compte, alors qu'elle devient une préoccupation des décideurs de la politique de santé, y compris comme indicateurs de la loi de santé publique. Un autre point pourrait être de prendre en compte les aspects spécifiques de l'éducation à la santé.

Des travaux pour pallier ces insuffisances sont actuellement en cours. Peuvent être cités, pour exemples, l'action « maladies à caractère professionnel » (MCP) qui a pour objectif de créer un observatoire des pathologies présentant une éventuelle origine professionnelle. L'observation se fonde sur les deux éléments suivants : un recensement exhaustif des MCP pendant une période donnée et le calcul d'un taux d'incidence (nombre de cas de MCP au cours d'une période / nombre de salariés vus en consultation au cours de la même période). À partir de l'expérience des Pays de Loire, 4 régions volontaires se sont entendues sur un protocole commun permettant à l'InVS d'analyser les données au niveau national. En fonction des résultats de faisabilité, cette démarche pourrait être étendue à tout le territoire.

### **3.6 Perspectives pour certaines populations**

- *Les travailleurs indépendants.* Alors qu'ils peuvent être très exposés à des risques professionnels, ils n'ont pas de suivi médical assuré par la médecine du travail et ne bénéficient que de rares actions de prévention. Aucune information sur leurs maladies professionnelles n'est disponible, ces affections n'étant pas reconnues par leur caisse de sécurité sociale.
- *Les personnes en rupture de travail et travailleurs précaires.* S'il existe un suivi médical des salariés et des fonctionnaires, il n'existe pas ce même suivi pour les personnes sans travail, alors qu'ils en ont bien souvent le plus besoin, ne serait ce que pour mesurer le retentissement psychique de la perte d'emploi. De la même façon, il est essentiel d'améliorer le suivi des travailleurs précaires, notamment celui des intérimaires, des travailleurs employés par les sous-traitants, des travailleurs à domicile, des apprentis et des très jeunes travailleurs.

Par ailleurs, les médecins de ville méconnaissent souvent l'origine professionnelle des troubles ou pathologies présentés par leurs patients ainsi que leur prévention. Un effort de formation initiale et continue apparaît nécessaire en direction des médecins de ville sur ces questions, ainsi que le développement de liens entre les médecins traitants et les médecins du travail.

Un dernier aspect à prendre en compte concerne la constitution de réseaux au plus proche du terrain. L'évaluation des risques professionnels de l'entreprise est de la responsabilité du chef d'entreprise. Mais, pour être optimale, elle nécessite une approche associant les travailleurs eux-mêmes et les différents partenaires de prévention (assurance maladie, inspection du travail, médecine du travail ou de prévention, partenaires sociaux...), au plus près de la réalité de terrain afin d'identifier les dangers, d'estimer les expositions, d'évaluer les risques et de les maîtriser. Cette approche existe déjà partiellement avec l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels). Au delà, il s'agit, ni plus ni moins, que de la constitution d'un réel réseau de veille et d'alerte sanitaires dans le monde du travail.

### **3.7 Épidémiologie au travail : l'exemple des régions**

#### 3.7.1 Les entreprises au cœur d'un programme de santé publique

Certaines régions se sont dotées d'un programme régional de santé contre le cancer ; des groupes ont été chargés de promouvoir les actions de prévention primaire en milieu de travail. Des entreprises se sont inscrites dans ces projets regroupant des professionnels en santé au travail, médecins du service et infirmières d'entreprises.

Dans le cadre du plan de mobilisation nationale contre le cancer, ce projet est aujourd'hui décliné dans différents départements. Son objectif est de participer à l'amélioration de l'état de santé des salariés, au moyen d'actions de prévention réalisées au sein des entreprises. L'action est co-financée par l'État (INPES) et par les services de médecine du travail de la région. Elle peut être pilotée par les associations de médecine interentreprises de santé au travail, et développée au niveau départemental par les services de santé au travail (interentreprises ou autonomes).

De nombreuses initiatives sont également proposées dans le cadre du PNNS ou dans le but de développer une activité physique, synonyme de moindre absentéisme <sup>(6)</sup>.

#### 3.7.2 Une approche territorialisée de l'épidémiologie au travail

Suite à des assises santé-travail qui ont pu réunir des personnes appartenant au monde du travail, des institutionnels, des employeurs, des syndicalistes,

des médecins ou des associations dans le cadre de travaux préparatoires à l'installation du comité régional pour la prévention des risques professionnels, un groupe de travail a eu pour mission de faire l'inventaire des données existantes sur le champ de la santé au travail et des outils d'information utilisés par les acteurs de prévention.

La grille de lecture a porté sur le champ des données, l'antériorité de l'information, sa périodicité, sa disponibilité en interne, la confidentialité de l'information en externe, le support, la typologie des informations, le territoire géographique minimal et de référence, le secteur d'activité concerné, la nature des risques professionnels, les pathologies rencontrées chez les salariés, la dimension précarité.

Il ressort que les données sont hétérogènes pour plusieurs raisons :

- chaque structure enregistre les données en fonction de ses objectifs,
- pour des données identiques, les logiciels ne sont pas les mêmes, comme c'est le cas pour les services de santé au travail,
- les structures utilisent des codifications différentes pour un même item (codification des risques par exemple).

Cependant, même en prenant en compte ces limites, il ressort que ces données sont insuffisamment exploitées et diffusées auprès des différents intervenants et instances en question.

Le renforcement du réseau national de vigilance sur les pathologies professionnelles, incluant les données des centres de consultations de pathologies professionnelles des CHU et de services pilotes de santé au travail et confié à l'AFSSET, devrait pouvoir néanmoins fournir des informations importantes sur les risques professionnels émergents et leur évolution.

### **3.8 Recommandations du groupe de travail**

*Pour les services de santé au travail*, un socle de données minimales communes permettrait d'en harmoniser le recueil pour une exploitation collective. Des indicateurs pertinents sur les dangers, les expositions, les risques, les facteurs de risque et les pathologies pourraient alors être définis pour servir d'aide à la décision pour des actions ou des enquêtes sur la population au travail. Pour cela, des moyens financiers spécifiques pourraient être dégagés pour permettre l'autonomie des services de santé au travail dans ce domaine et une exploitation des données au niveau régional dans le cadre de la politique de santé.

*Pour les employeurs*, le renforcement de leur information au travers des branches ou syndicats professionnels, sur les fiches de données de sécurité ainsi que sur la réalisation des fiches d'expositions individuelles les sensibiliserait sur l'intérêt de ces données pour l'amélioration de la prévention des risques professionnels.

*Pour les salariés* et les instances représentatives du personnel, l'amélioration de la formation à la connaissance des risques spécifiques à leur secteur d'activité, permettrait de rendre les salariés plus directement acteurs de la prévention en entreprise. Au plan régional la formation des membres du

CHSCT adaptée aux risques de leur branche professionnelle est prévue par le code du travail (art R 236-15) : la formation dont bénéficient les représentants du personnel aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en application de l'article L. 236-10 a pour objet de développer en eux l'aptitude à déceler et à mesurer les risques professionnels et la capacité d'analyser les conditions de travail. Cette formation revêt un caractère théorique et pratique. Elle est dispensée aux représentants du personnel des comités d'hygiène de sécurité et des conditions de travail dès leur première désignation aux dits comités. Elle est dispensée à chaque bénéficiaire, selon un programme préétabli qui tient compte des caractéristiques de la branche professionnelle à laquelle se rattache son entreprise, des caractéristiques de celle-ci ainsi que du rôle propre du bénéficiaire. Il est indispensable que cette formation soit effective et adaptée aux risques.

Enfin, *les services de l'inspection du travail* sont une importante source de connaissances. L'exploitation de ces données et leur synthèse, à l'aide d'un outil informatique, seraient utiles pour tous les acteurs de la prévention.

Le traitement et le suivi des *déclarations des maladies professionnelles* et des maladies à caractère professionnel devraient permettre une plus grande précocité des actions de prévention. Ceci devrait permettre la réalisation d'un tableau de bord régional sur les accidents du travail, maladies professionnelles indemnifiables et maladies à caractère professionnel, comme cela se fait déjà dans certaines régions (PACA, Pays de Loire, Ile-de-France).

Ces propositions ont pour objectif de bâtir un système d'information, enrichi de données régulièrement mises à jour et validées. La communication autour des informations recueillies permettrait à tous ceux qui contribuent au recueil d'avoir une reconnaissance de leur activité. Enfin ces informations renseigneraient sur les principaux risques professionnels et permettraient d'orienter la politique de prévention primaire des risques professionnels au niveau régional. Ceci passe naturellement, mais de manière obligée, par un travail en réseau impliquant chaque acteur.

## 4. PROMOTION DE LA SANTE EN MILIEU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

### Synthèse

Chaque année, en France, environ douze millions d'élèves fréquentent les établissements scolaires. Si la famille constitue pour eux le cadre le plus important de leur développement, l'école est le deuxième milieu de vie des enfants et adolescents.

La mission première de l'école est de transmettre des savoirs. Cependant, parce qu'il existe un lien réel entre santé et apprentissages, parce que les établissements scolaires sont fréquentés quotidiennement par tous les enfants, il appartient aussi à l'école, espace de socialisation et de pratique de la citoyenneté, de veiller à leur santé et de les aider à adopter des comportements qui préservent celle-ci dans le respect d'eux-mêmes, des autres et de l'environnement.

Santé et éducation sont donc étroitement liées et constituent le socle sur lequel s'appuie une dynamique de la réussite : l'éducation contribue au maintien de la santé et la santé procure les conditions nécessaires aux apprentissages. La prise en compte de la santé des élèves ne peut être l'affaire de quelques spécialistes mais concerne l'ensemble de la communauté éducative. C'est pourquoi l'école doit assurer aux élèves, tout au long de leur scolarité, une éducation pour la santé en articulation avec les enseignements.

**L'objectif est avant tout de promouvoir le développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire et universitaire**, non seulement parce qu'il constitue le deuxième milieu de vie en importance des jeunes, mais aussi parce que l'enfance et l'adolescence sont des âges propices à l'acquisition de compétences favorables à la santé.

Aussi, les principales recommandations sont relatives à l'inscription de l'éducation pour la santé parmi les missions de l'école (code de l'éducation, chapitres I et III) et à son intégration dans la formation des personnels de l'éducation nationale :

- par des décrets de compétences (médecins et infirmiers scolaires, assistants sociaux, enseignants, chefs d'établissement, CPE) ;
- en valorisant l'expérience acquise ;
- en formant des formateurs en IUFM.

Une animation nationale peut être proposée qui s'appuie sur l'enrichissement du Contrat cadre de partenariat en santé publique signé entre le ministère chargé de la santé et le ministère chargé de l'éducation. Au niveau régional, l'animation peut venir s'inscrire dans les GRSP dont les recteurs sont membres de droit.

L'inscription de la promotion de la santé dans les projets académiques et les projets d'établissement doit être rendue systématique.

L'aide à la conduite de projets peut être fournie au sein des SREPS, notamment par la mise en place des pôles de compétences qui apportent un appui méthodologique, des formations, de la documentation et assure la concertation des acteurs.

Il est important de favoriser le travail inter établissements des CESC, de valoriser les élèves impliqués dans les projets d'éducation pour la santé et surtout de mettre en cohérence les éléments constitutifs de la vie scolaire (accueil, organisation du cadre de travail, utilisation des locaux, restauration, internat...) et les principes de promotion pour la santé (favoriser l'activité physique, présence de fontaines à eau, respect de l'interdiction de fumer...).

## Exposé

Les propositions d'actions sont les suivantes :

### **4.1 Affirmer que l'éducation pour la santé fait partie des missions de l'école et des établissements d'enseignement supérieur**

La mention de l'éducation à la santé, comme mission de l'école pourrait être introduite dans le Code de l'éducation, aux chapitres I et III <sup>(7)</sup>.

Le développement de l'éducation pour la santé à l'école est, dès à présent, inscrit dans de nombreux textes officiels : circulaire relative à « l'orientation pour l'éducation à la santé à l'école et au collège » (BOEN n° 45 du 3 décembre 1998), programme quinquennal de prévention et d'éducation qui intègre un contrat cadre entre le ministère chargé de la santé et le ministère chargé de l'éducation (BOEN n° 46 du 11 décembre 2003), décret relatif au fonctionnement des Établissements Publics Locaux d'Enseignement (EPLÉ).

Cependant, l'inscription de l'éducation pour la santé dans le Code de l'éducation viendrait affirmer que l'éducation pour la santé fait partie des missions de l'école.

### **4.2 Intégrer la formation en éducation et promotion de la santé dans la formation initiale et continue des personnels de l'éducation nationale.**

Le développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire repose tout particulièrement sur l'implication des personnels de l'éducation nationale. Parmi eux, les enseignants sont en première ligne pour contribuer à la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé auprès des élèves.

Leur formation initiale à l'éducation pour la santé constitue un levier essentiel du développement de l'éducation pour la santé à l'école. Cela constitue un enjeu majeur aujourd'hui, au moment où la situation démographique du corps

enseignant prévoit un renouvellement de 50 % des personnels dans les dix prochaines années. Aussi sera-t-il important de :

- développer la formation continue des différents professionnels (médecins scolaires, infirmiers scolaires, assistants sociaux, enseignants, chefs d'établissement, CPE) en éducation pour la santé et en promotion de la santé en l'inscrivant dans les priorités de formations continue, dans l'évaluation des pratiques professionnelles et en soutenant la mise en place de formation en adéquation avec l'activité des différents professionnels de l'éducation nationale <sup>(8)</sup> ;
- rendre plus visible la formation en éducation pour la santé dans les décrets de compétences des différentes professions de l'éducation nationale et insérer de manière explicite l'évaluation des acquis en éducation pour la santé pour l'obtention du diplôme professionnel ;
- promouvoir la validation des acquis et des expériences des nombreux professionnels travaillant dans ce champ depuis plusieurs années à l'éducation nationale afin de faciliter l'accession à un diplôme <sup>(9)</sup> ;
- soutenir les IUFM dans la mise en place de formations de formateurs à l'éducation pour la santé <sup>(10)</sup>.

#### **4.3 Réfléchir sur l'opportunité de créer de nouveaux métiers**

cette proposition a fait l'objet de nombreux débats et mérite une étude d'opportunité car ces métiers, qui existent dans d'autres pays, ont pour avantage de mettre en lumière l'importance de l'éducation à la santé tout en présentant le double risque d'une part de démotiver le corps enseignant, qui pourrait se dessaisir de ce sujet, et d'autre part de compliquer l'intervention des associations dès lors que des professionnels seraient déjà présents.

#### **4.4 Mettre en place une animation nationale spécifique INPES / DGESCO / DGS sur la promotion de la santé en milieu scolaire**

La prise en compte de la santé des élèves et le développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire nécessitent l'organisation de partenariats ainsi que la mutualisation de compétences.

- Enrichissement du Contrat cadre de partenariat en santé publique, signé entre le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, le ministre délégué à l'enseignement scolaire et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, signé le 17 juillet 2003 <sup>(11)</sup>.
- L'INPES peut intervenir sous l'angle de la mutualisation d'expériences (une plateforme Internet pourrait d'ailleurs être envisagée à cette fin en liaison avec EDUSCOL et le Centre National de Documentation

Pédagogique) et de la conception et diffusion d'outils et de référentiels <sup>(12)</sup>.

- Animation des correspondants DRASS et des conseillers techniques des recteurs, en appui des GRSP : ceux-ci constituent des guichets uniques auxquels les établissements scolaires doivent pouvoir se référer. L'INPES, membre de la convention constitutive des GRSP a d'ailleurs sollicité le ministère de l'éducation nationale, afin que les rectorats puissent être associés aux travaux des groupements pour le volet « prévention et éducation pour la santé » de leur activité.

#### **4.5 Mettre en place un pilotage cohérent au niveau régional**

Les recteurs sont membres des GRSP et, dans chaque PRSP <sup>(13)</sup>, un volet est dédié à l'éducation à la santé en milieu scolaire. Ainsi, les acteurs de l'Education nationale sont d'emblée associés à la décision et à la mise en œuvre des politiques publiques dans ce domaine.

Par ailleurs l'éducation pour la santé doit être systématiquement inscrite dans les projets académiques et dans les projets d'établissements des EPLE, cela doit concourir à développer les synergies entre le milieu scolaire et les intervenants extérieurs, notamment les professionnels des réseaux associatifs.

#### **4.6 Mettre en place une stratégie d'appui régional à la conduite de projets, avec un principe d'évaluation constant**

Les pôles régionaux de compétences, créés dans le cadre des SREPS s'articulent autour de quelques fonctions-clefs : formation, appui méthodologique à la conduite de projets, documentation et information. Ces pôles de compétences peuvent venir en appui des projets menés en milieu scolaire.

#### **4.7 S'appuyer largement sur les CESC afin de créer un cadre favorable au développement de l'éducation pour la santé**

Le décret du 9 septembre 2005 relatif au fonctionnement des EPLE inscrit le CESC dans le pilotage de chaque établissement scolaire du second degré et l'intègre à la politique globale de réussite de tous les élèves. Ainsi, l'une des missions des CESC est de définir un programme d'éducation à la santé, à la sexualité et de prévention des comportements à risque <sup>(14)</sup>. Parce qu'il réunit, sous la présidence du chef d'établissement, les personnels d'éducation, de santé et sociaux ainsi que des représentants des personnels enseignants et des parents d'élèves, le CESC permet de favoriser le décloisonnement et le travail transversal nécessaires à l'organisation d'une politique de prévention et au développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire.

#### **4.8 Soutenir le développement de la recherche en promotion de la santé en milieu scolaire**

Organiser une rencontre internationale sur ce sujet en partenariat avec l'INSPO, le REFIPS, l'UIPES, l'ULB-PROMES, Santé Promotion Suisse <sup>(15)</sup>.

**4.9 Former les infirmiers et les médecins conseillers techniques** auprès des recteurs à l'« Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé, PREFFI 2.0 », élaboré par le Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ) et traduit en français par l'INPES.

Sa construction est basée sur les données issues de la recherche mais aussi de la pratique des professionnels de la promotion de la santé. L'apport de ces expériences a permis de construire un outil opérationnel prenant en compte le caractère dynamique des projets de promotion de la santé.

**4.10 Mettre en place un système de valorisation des élèves** et des personnes impliquées dans les actions de promotion de la santé à travers, par exemple, une journée dédiée.

#### **4.11 Mettre en conformité les actions d'éducation pour la santé et la vie quotidienne dans les établissements publics d'enseignement**

Une meilleure articulation de l'enseignement et de la vie scolaire, un renforcement du lien entre instruction et éducation à chaque moment de la vie de l'établissement est à rechercher. Il est utile de rappeler l'indispensable cohérence des comportements des différentes catégories de personnels, dans la relation éducative au sein des enseignements, dans les dispositions relatives, par exemple, à la restauration, à l'utilisation des distributeurs d'eau potable, de boissons et de friandises comme dans l'interdiction de fumer dans l'établissement (rapport IGAS/IGEN janvier 2004).

#### **4.12 Santé en milieu universitaire**

Développer la promotion de la santé en milieu universitaire, sur les thèmes appropriés au milieu.

#### **4.13 Encourager la participation des familles aux actions menées en milieu scolaire**

Le milieu familial est le premier lieu de vie des élèves. La famille a une influence majeure en ce qui concerne l'adoption des comportements en lien avec la santé. Qu'elle soit imitée jusque vers l'âge de 11-12 ans ou qu'elle fonctionne comme un modèle dont l'adolescent essaie de se détacher, avec plus ou moins de virulence, elle n'en reste pas moins la référence centrale du comportement des jeunes. Aussi, est-il important que le développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire se fasse avec les familles. Les

temps d'échanges et de concertation sont à rechercher et à encourager dans les établissements.

#### **4.14 Participation associative**

L'ensemble des participants de l'atelier des assises nationales a réaffirmé la nécessité d'inscrire les actions d'éducation pour la santé dans la durée, car c'est un élément de qualité et d'efficacité. Cependant, les représentants des associations ont souligné les difficultés liées à l'obtention de crédits suffisants pour pérenniser les actions et la méconnaissance de certaines associations des procédures pour intervenir en milieu scolaire. Il a été suggéré de créer un lieu d'échanges et de concertation sur ce sujet (éventuellement sous la forme d'un groupe contact...) réunissant toutes les parties prenantes (associations, fédérations de parents d'élèves...).

## 5. EDUCATION DU PATIENT ET MALADIES CHRONIQUES

### Synthèse

L'éducation thérapeutique des patients (ETP) fait actuellement l'objet d'initiatives, notamment le plan qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et le programme de travail de la HAS : élaboration de recommandations professionnelles pour la mise en œuvre de l'ETP et d'un rapport sur ses conditions de pérennisation.

Il est nécessaire d'intégrer l'éducation thérapeutique dans les procédures de prise en charge, après une phase d'évaluation médico-économique démontrant la pertinence des actions proposées sur l'évolution, la guérison, les séquelles et la qualité de vie. L'éducation thérapeutique peut en outre être proposée dans des situations de maladie aiguë, en particulier celles qui nécessitent une adhésion à un traitement médicamenteux prolongé (de plus de 6 mois : certaines maladies infectieuses, les traitements au long cours par nébulisation ou ceux des psychoses schizophréniques).

Les recommandations internationales et nationales dans le champ de la maladie chronique soulignent l'importance d'associer stratégie thérapeutique et ETP. L'individualisation des compétences à acquérir par chaque patient tient compte :

- des impératifs du traitement et des soins, et de la prévention des complications évitables ;
- de la situation pathologique et du pronostic de chaque patient ;
- de ses connaissances, croyances et compétences préalables ;
- de son état émotionnel et du degré d'acceptation de la maladie.

L'éducation thérapeutique doit être proposée à toute personne, enfant, adolescent, adulte ayant une maladie chronique, quel qu'en soit le type, le stade et l'évolution de cette maladie, et si nécessaire à leur entourage proche (parents, fratrie, etc). Elle est flexible dans son contenu et adaptée aux besoins cliniques, psychologiques et sociaux de chaque patient, à l'évolution de sa maladie et à sa situation.

Les maladies chroniques comprennent les maladies non transmissibles dont le diabète, l'asthme, la mucoviscidose, le cancer, les maladies neuro-dégénératives, les pathologies cardiovasculaires et leur principale étiologie : l'athérosclérose, et certaines maladies transmissibles persistantes dont l'infection à VIH, la tuberculose ou l'hépatite C.

Selon l'OMS, le concept de maladie chronique s'élargit aux troubles mentaux de longue durée comme la dépression et la schizophrénie qui ont souvent une évolution chronique, aux handicaps physiques comme la cécité et l'amputation,

aux problèmes de douleurs persistantes, aux conséquences de la chirurgie, en particulier les stomies.

Dans les travaux de la HAS, une approche transversale a été retenue pour l'élaboration des recommandations professionnelles concernant la mise en œuvre de l'ETP. Ces dernières donnent des points de repère pratiques pour la définition et les modalités de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique quels que soient le type, le stade et l'évolution de la maladie chronique.

Une adaptation de ces recommandations à chaque maladie et éventuellement aux pathologies associées est nécessaire à leur appropriation par les professionnels de santé. A cet effet, une proposition de cahier des charges du contenu d'un programme d'ETP et une matrice de compétences à acquérir par les patients sont proposés dans les recommandations professionnelles de la HAS. Ils peuvent guider les professionnels de santé, notamment les sociétés savantes et organisations professionnelles en concertation avec les associations d'usagers, pour la définition du contenu et des modalités de mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique.

Les sociétés savantes et organisations professionnelles médicales et paramédicales devraient pouvoir élaborer, avec une approche multiprofessionnelle et en concertation avec les associations d'usagers, des recommandations professionnelles portant sur un ou des formats de programme d'éducation thérapeutique spécifique à chaque maladie chronique. Ce cahier des charges préciserait en particulier :

- les finalités du programme d'éducation thérapeutique ;
- la population concernée ;
- les compétences à développer chez le patient ;
- les professionnels de santé concernés ;
- la durée du programme d'éducation thérapeutique initial ;
- la planification dans le temps des séances et leur durée ;
- ce que le patient peut apprendre selon les lieux où sont proposées ces activités ;
- la fréquence de planification dans le temps ;
- les modalités d'évaluation des acquisitions du patient ;
- la coordination et l'information de tous les soignants impliqués avec l'accord du patient.

Les sociétés savantes, les organisations professionnelles et les associations de patients pourront proposer des programmes d'ETP. Des expérimentations et évaluations pourraient être ensuite programmées par les organismes d'assurance maladie et permettraient de poursuivre les réflexions menées sur les affections de longue durée.

La mise en œuvre de l'ETP nécessite une formation des professionnels, requiert du temps, des ressources mais n'aboutit pas d'emblée à des économies à court terme. Une évaluation médicale et médico-économique doit être prévue afin de démontrer la pertinence des actions proposées sur des indicateurs médicaux et non médicaux.

Le financement et la juste rémunération des actes d'éducation thérapeutique, de leur coordination et de leur évaluation dans le cadre de programmes d'ETP précis doivent être mis en place dans une approche pluridisciplinaire pour les soins de ville comme à l'hôpital, tirant partie, pour ce dernier, de la constitution récente des pôles et de la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière.

### *Recherche et Évaluation*

Les États Généraux de la Prévention doivent pouvoir mobiliser, directement ou via les organismes de recherche, des appels d'offres sur ce thème. L'assurance maladie doit être partie prenante du financement et de l'organisation de ces appels d'offres.

Les étapes de mise en œuvre de l'ETP ainsi que les programmes élaborés doivent être intégrés à la formation initiale de tous les professionnels de santé ; les organismes de formation continue doivent être encouragés à les enseigner.

Un rapport présentant l'implémentation progressive des programmes d'ETP et des apports de la recherche et des évaluations médico-économiques sera présenté annuellement.

## **Exposé**

### **5.1 Les démarches en cours**

Le thème de l'éducation thérapeutique est souligné par une triple actualité.

- Le plan national « Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » confié à la DHOS au ministère de la santé et des solidarités. Un des objectifs de ce plan est de « garantir une éducation du patient de qualité à toutes les personnes atteintes de maladies chroniques ». L'une des mesures proposées est l'élaboration de recommandations nationales en matière d'éducation du patient selon une approche transversale aux maladies chroniques. Ce plan national souligne la nécessité de diffuser de telles recommandations transversales, lesquelles pourraient contribuer d'une part, au développement d'activités d'éducation thérapeutique sur le terrain, et contribuer au développement de recommandations professionnelles spécifiques à certaines maladies chroniques d'autre part.

- Les nouvelles missions de la HAS comprennent l'élaboration de recommandations concernant les affections de longue durée pour une meilleure définition du contenu de la prise en charge et du suivi des patients bénéficiant de l'exonération du ticket modérateur. Ces recommandations, dont trois ont été publiées en juin 2006 (diabète de type 1 et de type 2, hépatite C), intègrent de manière explicite l'éducation thérapeutique du patient dans la stratégie de prise en charge.
- Les missions de l'Assurance Maladie  
La CNAM considère l'éducation thérapeutique comme une priorité, car elle est une condition de l'efficacité de la gestion du risque. Dans le champ des maladies chroniques, elle fait partie intégrante des soins et relève donc de sa mission ; elle figure en bonne place dans la convention d'objectifs et de gestion.

## 5.2 Cadrage du sujet

### 5.2.1 Les définitions

**L'éducation thérapeutique du patient** s'adresse à des personnes malades, pour les aider à développer des compétences qui leur permettent de concilier la gestion et le traitement de leur maladie.

La stratégie de soins dans le champ de la maladie chronique intègre la **prévention tertiaire** telle que définie dans le glossaire de santé publique <sup>(16)</sup>. « La prévention tertiaire correspond à des « actions visant à réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé. Elle consiste en mesures destinées à réduire les incapacités, les invalidités et les inconvénients et à améliorer la qualité de vie. La prévention tertiaire constitue un aspect important des soins médicaux et de la réhabilitation. »

L'éducation thérapeutique du patient contribue par ses interventions centrées sur le développement de compétences et l'accompagnement des changements de comportement à réduire les complications et à aider les patients à maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est définie selon l'OMS <sup>(17)</sup> comme ayant pour but d'« aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement,

*collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »*

Les critères qualité de l'éducation thérapeutique définis par l'OMS-Europe et utilisés pour structurer les programmes d'éducation thérapeutique du patient devraient être respectés dans les pratiques françaises. Selon ces critères, l'éducation thérapeutique :

- fait partie intégrante du traitement et de la prise en charge ;
- concerne la vie quotidienne et l'environnement psychosocial du patient, et elle implique autant que possible les familles, les proches et les amis du patient ;
- est un processus permanent, qui doit être adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient ; elle fait partie de la prise en charge à long terme ;
- doit être structurée, organisée, réalisée par divers moyens éducatifs ;
- est multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle et inclut le travail en réseau ;
- inclut une évaluation du processus d'apprentissage et de ses effets ;
- est réalisée par des soignants formés à l'éducation du patient.

### 5.2.2 L'éducation thérapeutique modifie la relation des professionnels de santé avec le patient et des professionnels entre eux

Selon les sociétés savantes et les associations d'usagers, la participation de plus en plus active du patient dans l'apprentissage de compétences, la prise en compte de son contexte de vie et de son environnement, et la reconnaissance de son droit à prendre des décisions concernant sa propre santé changent la relation entre le professionnel de santé et le patient.

Les relations des professionnels de santé entre eux et leur rôle se trouvent également modifiés. De nombreux professionnels peuvent être concernés par un programme d'éducation thérapeutique (médecins généralistes, spécialistes, infirmières, diététiciennes, kinésithérapeutes). Le niveau variable d'implication de ces professionnels, leur disponibilité dans la mise en place d'une démarche éducative impliquent une coordination par un travail en réseau, quels que soient la discipline et le mode d'exercice des professionnels.

Ces considérations sur le positionnement de chaque professionnel de santé dans la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique et sur le travail en collaboration constituent un enjeu important pour l'acceptation des recommandations et pour leur application. Cela implique de réfléchir sur le rôle de chaque professionnel et sur les modalités de coordination de leurs actions, mais également sur le rôle du patient dont l'accompagnement doit se faire dans le respect de sa personne, en fonction de son implication souhaitée ou possible.

### 5.2.3 Intérêt de l'évaluation de l'impact économique

De nombreuses études ont été publiées sur l'impact de l'éducation thérapeutique. Deux types d'études sont pertinentes : les évaluations médico-économiques et les évaluations cliniques retenant comme variables d'impact des mesures de recours aux soins (hospitalisations, consultations d'urgence, consommation de médicaments, consultations) et d'absentéisme, même si ces variables ne font pas l'objet d'une valorisation monétaire.

La reconnaissance et la valorisation de l'éducation thérapeutique passe par une analyse des différents modes de rémunération possibles ; une analyse des freins qui limitent le développement de l'éducation thérapeutique et des facteurs favorisant ; une réflexion sur les incitations pouvant aider à son développement, et leur efficacité possible.

### 5.2.4 La pérennisation de l'activité d'éducation thérapeutique nécessite reconnaissance et valorisation

La valorisation financière de l'éducation thérapeutique est nécessaire afin d'éviter un désintérêt, en particulier des médecins, alors que cette démarche est fondamentale pour la gestion d'une maladie chronique. Des professionnels paramédicaux, en particulier les infirmiers sont très impliqués dans des activités d'éducation thérapeutique. Ce sont actuellement les professionnels les mieux formés à l'éducation thérapeutique en formation initiale et continue.

Or, l'éducation thérapeutique n'était pas jusqu'à maintenant reconnue comme une activité de soins à part entière. Les activités d'éducation du patient ne donnent pas lieu à une légitimation ou rémunération spécifique que dans des cadres expérimentaux, à l'hôpital ou dans l'exercice d'une activité libérale.

Certains réseaux de santé proposent un financement des activités d'éducation thérapeutique du patient. Cependant, l'éducation thérapeutique nécessite du temps et des compétences professionnelles : élaboration du diagnostic éducatif, accompagnement du développement des compétences par le patient, évaluation de l'acquisition des diverses compétences (voir la typologie descriptive de l'activité d'éducation thérapeutique en groupe, CNAMTS, pôle nomenclature 2002, et l'expérience de la MSA sur les malades cardiovasculaires).

Les conséquences possibles de l'absence de reconnaissance de cette activité seraient l'arrêt des activités d'éducation par manque de temps, de ressources, en particulier humaines, une rupture dans la continuité des soins, une absence de recours pour les patients, en particulier pour les professionnels des services d'urgence amenés à prendre en charge des patients venus pour un épisode aigu (exacerbation de l'asthme, BPCO, hypoglycémie, etc.), une inégalité

d'accès à l'éducation thérapeutique ou la disparition de « pôle de ressources ou d'expertise ».

Une nécessaire logique d'équité est soulignée par les sociétés savantes, organisations professionnelles et associations d'usagers : une faible proportion de patients atteints de maladie chronique a réellement accès à l'éducation thérapeutique et cet accès est très hétérogène sur le territoire. Il est rappelé que le Plan national « Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » fixe comme objectif un accès à une éducation de qualité pour toutes les personnes ayant une maladie chronique. Cette discussion impose de mener une réflexion sur les ressources disponibles au sein de l'offre de soins nationale et locale.

Les sociétés savantes, organisations professionnelles et associations d'usagers soulignent l'importance du développement des compétences en éducation thérapeutique par la formation des professionnels. Une formation pluri-professionnelle à l'éducation thérapeutique serait de nature à améliorer la cohérence de la démarche éducative et à mieux cerner la complémentarité des intervenants potentiels (en particulier le binôme médecin - infirmière dans les expériences rapportées par les sociétés savantes et organisations professionnelles). Les associations de patients doivent être intégrées à ces réflexions. La formation devrait porter d'une part sur les compétences pédagogiques et d'autre part sur l'acquisition de connaissances essentielles. L'important est de ne pas dissocier les stratégies thérapeutiques, le plus souvent formulées sous la forme d'un plan d'action, de l'éducation thérapeutique qui consiste à accompagner les patients dans l'autogestion de leur maladie.

Le rapport 2002 sur les formations en éducation pour la santé et pour l'éducation thérapeutique en France <sup>(18)</sup> établi à la demande du Ministre délégué à la santé, soulignait l'importance de l'enseignement précoce (formation initiale) de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique pour tous les professionnels de santé. Le rapport de l'OMS <sup>(17)</sup> préconise en outre une formation spécialisée qui prépare à des activités de conception, de coordination et d'évaluation de programmes d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique.

Ces formations destinées à l'ensemble des professionnels de santé devraient définir précisément les compétences à développer pour chacun des programmes d'ETP spécifique d'une maladie donnée.

Un des préalables au financement de l'activité d'éducation thérapeutique est de décrire et de décliner cette activité sous la forme de recommandations professionnelles, comme cela est en cours d'élaboration par la HAS (travaux disponibles début 2007) avec une démarche structurée, organisée, utilisant divers moyens éducatifs ; un autre est de mettre en place des guides de formation et de déploiement.

Il convient de prévoir plus précisément la rémunération du professionnel de santé qui réalise l'éducation thérapeutique. On peut envisager plutôt une rémunération forfaitaire en fonction des compétences professionnelles requises pour mettre en œuvre l'ETP, plutôt qu'en fonction du type de professionnel (médecin, infirmier) qui réalise le diagnostic éducatif ou anime les séances, en considérant les ressources humaines disponibles pour réaliser cette activité. L'expérience de la MSA sur la prise en charge du risque cardio-vasculaire montre qu'une éducation thérapeutique valorisée à 120 euros par patient est de nature à modifier leur comportement.

#### 5.2.5 L'évaluation de programmes d'éducation thérapeutique du patient et la recherche en éducation thérapeutique

Une première analyse de la littérature montre que les études publiées rapportent des durées de suivi n'excédant pas 1 an et portent sur des populations de patients sélectionnés, des stratégies éducatives le plus souvent peu décrites et relativement hétérogènes, en particulier en ce qui concerne les compétences à développer chez les patients, le contenu de l'éducation, les techniques éducatives et les professionnels impliqués. Ces limites méthodologiques ont déjà été soulevées au cours de l'élaboration de recommandations professionnelles portant sur « *l'éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent* », diffusées en 2001 par l'Anaes.

Les sociétés savantes, organisations professionnelles et associations d'usagers indiquent que la mesure de l'efficacité des programmes éducatifs doit se faire sur le long terme et prendre en compte des dimensions autres que biomédicales comme la qualité de vie du point de vue du patient, une meilleure image de soi, un sentiment d'efficacité personnelle (critères psychologiques), l'absentéisme professionnel ou scolaire (critères sociaux), les changements apportés à l'environnement (habitat, équipement, poste de travail ou travail, protection), l'acquisition de connaissances, de compétences de raisonnement, de prise de décision, d'adaptation (changements cognitifs). La recherche dans le champ de l'éducation thérapeutique a besoin de l'apport des sciences humaines et des sciences de l'éducation.

#### 5.2.6 Les perspectives et les fondements d'une communication vers le public et les professionnels de santé

La déclinaison des recommandations professionnelles en informations utiles et accessibles aux patients, aux associations et au public est soulevée.

Sur ce point, il pourrait s'agir en mobilisant le savoir-faire de l'INPES de mettre à disposition des patients un document synthétique mettant en évidence les points-clés de la démarche d'éducation thérapeutique, comme cela avait été

réalisé antérieurement par l'Anaes sur l'asthme à partir de recommandations professionnelles publiées en 2001 et diffusée en 2004 <sup>(19)</sup>.

Les informations contenues dans un document écrit d'information permettraient au patient et à son entourage de :

- comprendre le but de la démarche éducative et les différentes étapes de sa mise en œuvre ;
- faciliter le dialogue avec le médecin et les professionnels de santé impliqués dans l'éducation thérapeutique ;
- s'impliquer dans la gestion de sa maladie.

La création des « pôles » d'activité et des unités fonctionnelles en milieu hospitalier permettrait pour plusieurs services concernés de mutualiser leur programme d'éducation thérapeutique (unités cardiologique, neurologique et néphrologique pour la prévention des maladies cardiovasculaires, par exemple).

Dans le cadre spécifique d'élaboration de documents d'information des patients, déclinés à partir de recommandations professionnelles portant sur l'éducation thérapeutique, l'objectif serait de mettre à la disposition des patients une brochure contenant des informations validées, conçue selon des critères rigoureux, sur un sujet ou un thème particulier. A cet égard, un guide méthodologique a été diffusé par la HAS en 2005 : « *Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé.* »

Au-delà de cette communication directe avec les patients, l'appropriation des recommandations professionnelles serait facilitée par la conception de différents supports notamment des documents d'information, des outils pédagogiques et des campagnes de communication, relatifs à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique à partir des recommandations professionnelles et des programmes élaborés par les sociétés savantes avec la collaboration des associations de patients.

## 6. OUTILS ET METHODES DE DEPISTAGE

### Synthèse

L'essentiel est une évaluation médico-économique précise de l'efficacité des campagnes de dépistage. La demande d'assurance-qualité est indispensable, elle inclut le dépistage mais aussi les modalités temporelles et techniques de prise en charge des patients au résultat positif, ainsi que les pratiques thérapeutiques qui peuvent en découler.

Parce qu'il s'adresse à des individus ne présentant pas ou ne se plaignant d'aucun symptôme particulier, le dépistage est soumis à un impératif éthique majeur : toute décision en la matière doit reposer sur l'assurance qu'à l'échelle de la population cible, les avantages sont supérieurs aux inconvénients. Les bénéfices d'un dépistage peuvent aller au-delà de l'efficacité attendue du fait de la prise en charge précoce de la maladie dépistée dans le cadre de la campagne organisée et peuvent consister en une sensibilisation des usagers et des professionnels à la pathologie concernée ou en une amélioration de l'organisation de la filière de prise en charge. Il est donc indispensable de réaliser une évaluation *a priori* de l'opportunité d'un dépistage envisageant, à l'échelle de la population cible l'ensemble de ses avantages et de ses inconvénients. Le bénéfice attendu doit ensuite être rapporté au coût de mise en place afin de pouvoir justifier de l'allocation pertinente des fonds publics par rapport à d'autres alternatives.

L'essentiel est donc une évaluation médico-économique précise de l'efficacité de ces campagnes. La demande d'assurance-qualité est indispensable, elle inclut le dépistage mais aussi les modalités temporelles et techniques de prise en charge des « positifs » ainsi que les pratiques thérapeutiques qui peuvent en découler. De même, une évaluation éthique ne doit pas en être absente car les mesures de prévention, telles qu'un dépistage de masse organisé, peuvent également avoir des conséquences iatrogènes sur les populations lorsqu'elles sont mal conçues ou mal utilisées <sup>(20)</sup>.

Une fois le dépistage mis en place, la démarche d'assurance qualité a une place essentielle dans le cadre de l'évaluation d'un programme en cours. Elle requiert une planification et une coordination des étapes avec le soin, un système d'information avec collecte des données en temps réel et la définition de normes des indicateurs de qualité.

## Recommandations

- Toute proposition de dépistage doit être précédée d'une évaluation *a priori* de l'efficacité ou de l'efficience.
- Des informations minimales concernant les dépistages doivent être intégrées dans le volet prévention du dossier médical informatisé ; les données du dépistage lui-même (jusqu'au traitement si nécessaire) devraient également y être incluses.
- La mise en place d'un système de veille scientifique, axé sur l'impact global des dépistages, devrait faire l'objet d'une réflexion.
- Le médecin généraliste doit être maintenu au centre des dispositifs de dépistage, et l'ensemble des professionnels de santé doivent être les vecteurs de l'information et de la qualité du suivi des campagnes.

## Exposé

### 6.1 Position du problème

Le dépistage est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « *l'identification présomptive de maladies ou de troubles non reconnus, par l'application de tests, d'examens ou d'autres procédés pouvant être rapidement exécutés* ». Il a ainsi pour but d'identifier, à un stade précoce, au sein d'une population *a priori* en bonne santé, des sujets probablement porteurs d'une maladie. Les sujets dépistés positifs font ensuite l'objet d'examens complémentaires visant à confirmer le diagnostic, puis d'une prise en charge thérapeutique.

Pour l'individu potentiellement sain et qui le plus souvent le restera, l'intérêt d'un dépistage n'est pas toujours évident. De plus, les campagnes de dépistage concernant une large population, elles doivent obéir à des règles de contrôle de qualité très strictes de tout le processus, car l'apparition d'effets secondaires dus aux faux positifs chez des personnes saines peut conduire très rapidement à un rapport bénéfice / risque en faveur du risque (bilans inutiles, interventions superflues à l'origine d'effets secondaires et de stress psychologique ; prise en charge inutile de pathologies dont l'évolution aurait été spontanément favorable ou l'expression clinique tardive ; effets secondaires des traitements...), sans compter les surcoûts rapidement explosifs.

Une des difficultés du raisonnement en matière de dépistage est la confrontation de l'approche collective et de l'approche individuelle : un rapport bénéfice / risque positif à l'échelle de la population cible ne signifie pas que la totalité des individus dépistés auront un bénéfice (le principal problème étant celui des faux-positifs qui auront à pâtir du dépistage). De même, un dépistage dont le rapport bénéfice / risque collectif est considéré comme défavorable ou insuffisant pourrait cependant être utile à certains individus. Dans la mesure où ces individus ne peuvent pas être identifiés *a priori*, c'est donc l'approche collective qui doit primer en assumant les inconvénients pour une minorité de personnes du fait des avantages pour une majorité d'entre elles. Les problèmes éthiques posés par cette approche et la responsabilité à

laquelle elle renvoie justifient une évaluation approfondie préalable à la mise en place de tout dépistage. Le ciblage d'une population au sein de laquelle le rapport bénéfice / risque est particulièrement favorable, dès lors que cette population peut être caractérisée et atteinte (exemple : tranche d'âge), constitue parfois une solution à ces problèmes.

Afin de mieux appréhender les effets et les difficultés, une expérimentation limitée géographiquement, avec des centres reconnus est souhaitable avant toute généralisation. Dans le domaine du cancer, pour ceux de forte incidence pour lesquels l'histoire naturelle de la maladie est connue, et pour lesquels nous disposons de vrais outils de dépistage, des campagnes ont montré leur efficacité : cancer du sein, du colon rectum, du col utérin.

Il est essentiel de rappeler que ces actions sont des actions de santé publique, c'est-à-dire qu'elles s'adressent à une population déterminée pour obtenir un effet positif notamment sur la mortalité cumulée, seule ou ajustée sur la qualité de la vie, dans la population générale. Le gain collectif entraîne un gain individuel dans la population concernée ; cependant un gain individuel peut exister sans gain collectif voire malgré une perte médico-économique collective, si le dépistage est réalisé hors de la population concernée (définie sur des critères scientifiques et éthiques d'efficacité).

Dans d'autres domaines (VIH, dépistages néo-nataux, diabète et maladies cardiovasculaires) cet équilibre entre gain collectif et gain individuel peut être comparable et les stratégies que la collectivité doit mettre en place obéissent aux mêmes impératifs éthiques et économiques.

### Approche stratégique

Une approche stratégique du dépistage a été proposée par l'OMS <sup>(21)</sup>. L'approche vise à obtenir une participation optimale des populations à risque moyen (celles pour lesquelles l'efficacité ou l'efficacité ont été prouvées) dans le cadre d'un système de soins de qualité (ce qui suppose la mobilisation des ressources adéquates).

## **6.2 Caractéristiques nécessaires d'un test de dépistage**

Un bon test est

- acceptable pour une population sans symptômes,
- capable d'identifier les états pré-pathologiques,
- évalué par une procédure d'assurance qualité (portant sur l'interprétation, le type d'instrument utilisé, la certification),
- évalué en fonction de différentes catégories de population à dépister (effet de l'âge, traitements concomitants, ...),
- d'interprétation est facile et stable pour les professionnels concernés,
- d'un coût faible et
- présentant les critères nécessaires de stabilité et de sensibilité.

### 6.3 Caractéristiques des pathologies éligibles pour le dépistage

Les pathologies éligibles doivent répondre à un certain nombre de conditions :

- elles représentent un problème de santé publique,
- l'histoire naturelle de ces pathologies doit être comprise,
- un test de dépistage existe, validé au niveau international,
- il est possible de transformer l'avance au diagnostic en gain de mortalité ou en amélioration de la qualité de vie,
- quand il n'y a pas d'avance au diagnostic (dépistage à la naissance), c'est la survie, ou la survie ajustée sur la qualité de la vie, qui doit être évaluée.

Bien que le cadre stratégique du dépistage soit clairement fixé, de nombreuses questions se posent lors de la mise en œuvre du dispositif:

- l'efficacité en termes d'événements évités (survenue d'un handicap, décès prématuré...) qui se décline selon les dimensions individuelle et collective ;
- l'insertion du programme dans le système de soins qui peut prendre la forme de structures spécifiques dédiées à cette activité ou reposer sur les acteurs actuels du système (médecins généralistes, spécialistes) ;
- le coût du dispositif pour la collectivité et pour les individus concernés, et la répartition de la charge financière.

### 6.4 Évaluation *a priori* des programmes de dépistage

- L'évaluation de l'efficacité (ou de l'efficience) du programme doit être jugée par rapport à la réduction de la mortalité (ou de la mortalité ajustée sur la morbidité) prouvée par des essais randomisés afin d'éliminer les biais spécifiques (en général par « cluster » pour diminuer les biais de contamination).

La randomisation n'élimine cependant pas le biais d'avance au diagnostic ni le biais de surdiagnostic, c'est pourquoi l'on compare les mortalités cumulées ; on peut également modéliser ces biais afin de les éliminer.

- La contribution de l'analyse médico-économique <sup>(22)</sup>: elle permet essentiellement de déterminer quels sont les fréquences de répétitivité des tests qui donneront le meilleur coût efficacité marginal (par rapport à un autre comportement), ceci afin d'aider à la décision comparativement aux autres actions de santé et de soins en général. Le coût total peut ainsi être estimé.

Actuellement, les modélisations médico-économiques sont des éléments de décision supplémentaires car elles permettent de corriger de nombreux biais et problèmes techniques et de faire des projections au long cours (l'efficacité des dépistages n'étant souvent prouvée qu'à ce terme).

### 6.5 Pratique et politique de dépistage

Il est nécessaire de préciser la différence entre ces termes, fréquente source de confusion.

Les pratiques de dépistages découlent toujours d'une décision de l'individu de procéder à un test spécifique avec le soutien du corps médical. Ces pratiques émanent donc d'une demande individuelle. On pourrait arguer du fait que le

terme de dépistage dans ce cas est utilisé abusivement et réserver ce terme aux programmes de dépistage *i.e.* aux mesures que la collectivité propose aux individus. Les pratiques individuelles n'étant par nature que difficilement évaluables et ne peuvent rassembler les conditions nécessaires définies précédemment. Ce point reste en débat dans la mesure où le recrutement de la population, le plus généralement lors d'un recours aux soins (hospitalisation, consultation médicale, centre de santé ou de dépistage, médecine du travail), ou le caractère plus ou moins sélectif (ou ciblé) rendent la comparaison difficile avec un mode plus organisé, mis en place par la collectivité pour l'ensemble de la population.

Les politiques de dépistage, par contraste, ont pour objet de susciter, promouvoir ou encore faciliter ces pratiques :

- en informant le public de la pertinence médicale du dépistage, notamment au travers de campagnes d'information;
- en organisant des campagnes de dépistage ou
- en assurant la prise en charge du coût des actes médicaux (initiaux et complémentaires) par l'assurance maladie.

Les politiques de dépistage sont du domaine de l'initiative publique dans notre pays et doivent suivre des recommandations rigoureuses des instances responsables telle que l'HAS. Il semble donc nécessaire, lorsque l'on aborde ce problème, de réaffirmer la prééminence de l'Etat dans l'installation de tout processus de dépistage. Idéalement on pourrait concevoir que la pratique de dépistage précède sa politique qui tend secondairement à normaliser et à encadrer cette pratique.

## **6.6 Organisation du dépistage et assurance qualité**

A l'issue de la phase d'évaluation *a priori*, une fois les conditions précitées vérifiées, il est nécessaire de s'assurer que le dépistage sera réalisé dans le cadre d'un programme organisé. La mise en place d'une organisation doit, en effet, garantir les bénéfices du dépistage et limiter les inconvénients tout en maintenant les coûts dans le cadre des ressources disponibles.

Un programme de dépistage est caractérisé par la planification et la coordination de l'ensemble des activités qui en constituent le processus. Ainsi des ressources sont engagées dans le développement, la mise en place, le suivi et l'évaluation de tous les aspects du programme, de l'identification de la population cible, au diagnostic de la maladie ou de ses marqueurs précoces et au traitement des individus atteints. Le succès d'un programme de dépistage dépend, en effet, des méthodes de dépistage et de traitement, des ressources et structures nécessaires pour offrir ces services mais aussi de la volonté et de la capacité des personnes cible du programme à vouloir en bénéficier.

Le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit le dépistage est un cadre complexe aux dimensions multiples. La décision de mettre en place un dispositif est également soumise à un contexte en constante évolution. Dès lors, toute

stratégie de dépistage doit faire l'objet d'une évaluation rigoureuse, avant et pendant sa mise en oeuvre.

### 6.6.1 Exemple du dépistage de l'hépatite C

#### *Etat des lieux*

L'HAS a procédé à une évaluation en Janvier 2001, les recommandations émises à cette date ont été les suivantes :

1. Les sujets exposés à des actes médicaux ou ayant des comportements à risque de contamination quantifié et élevé doivent être incités à se faire dépister :
  - i. sujets ayant reçu des produits sanguins stables avant 1988 ou des produits sanguins labiles avant 1992, ou une greffe de tissu, de cellules ou d'organe avant 1992 ;
  - ii. sujets ayant utilisé au moins une fois dans leur vie des drogues par voie intraveineuse ;
  - iii. enfants nés de mère séropositive pour le VHC ;
  - iv. patients hémodialysés ;
  - v. sujets découverts séropositifs pour le VIH.
  
2. De même, les sujets ayant un facteur d'exposition avec un risque non quantifié ou faible ;
  - i. partenaires sexuels de sujets contaminés par le VHC ;
  - ii. membres de l'entourage familial des patients contaminés ;
  - iii. sujets incarcérés ou ayant été incarcérés ;
  - iv. sujets ayant eu un tatouage ou un piercing avec du matériel non à usage unique ;
  - v. sujets ayant eu une mésothérapie ou de l'acupuncture sans matériel à usage unique ;
  - vi. sujets chez lesquels un taux élevé d'ALAT est retrouvé sans cause connue ;
  - vii. sujets originaires, ou ayant reçu des soins, dans des pays à forte prévalence de VHC.

En pratique, ce dépistage est proposé par les médecins traitants en cas de facteurs de risque ; il est renforcé par une campagne grand public invitant les patients à risque identifié à se faire dépister par leur médecin traitant : c'est un dépistage individuel incitatif par campagne et médecin traitant.

### 6.6.2 Dépistage du cancer du sein

#### *Etat des lieux*

- Problème de santé publique : le cancer du sein est le premier cancer féminin avec 12 000 décès et 46 000 nouveaux cas par an.

- Il existe un dépistage organisé en France depuis 2004, consistant en 2 clichés par sein avec double lecture, si nécessaire, concernant les femmes de 50-74 ans tous les 2 ans. Le référentiel européen préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 70 %. Cependant, il faut considérer que le taux de participation de **60 %** est un taux minimum

nécessaire pour mettre en évidence une **réduction de la mortalité** par cancer du sein. Bien évidemment, l'impact sur la mortalité sera d'autant plus important que les taux de participation seront élevés.

#### *Insuffisances du système*

Les taux publiés peuvent donner une fausse idée du taux de personnes qui bénéficient des examens de dépistage. En effet le plus souvent les taux les plus élevés correspondent aux régions où la densité de radiologues est faible et inversement. Donc, tant qu'un système ne fera pas le lien entre les données des caisses et celles des campagnes de dépistage, le taux réel sera difficile à estimer.

Pourquoi y a-t-il autant de difficultés pour atteindre ces objectifs ?

Les femmes vulnérables sont accessibles par des actions spécifiques, ciblées, localisées. Ces actions, si elles sont efficaces, doivent être encouragées, financées et épaulées sur le terrain, notamment dans les milieux défavorisés, par des groupes actifs de type « comités féminins pour le cancer du sein » qui augmentent la participation. L'évaluation de leur efficacité doit être réalisée.

L'élargissement des examens permis dans le nouveau cahier des charges devrait nous interroger sur la nécessité médico-économique de la deuxième lecture et sur un rapprochement inquiétant entre le DMO, dont on connaît le rapport coût-efficacité, et un diagnostic précoce généralisé dont on connaît le coût monétaire et humain. De même, l'utilisation de techniques de rapprochement entre la prestation et la population (exemple : camions mobiles) devrait être considérée comme un plus complémentaire de notre système de soins.

Des analyses médico-économiques devront être faites avec les nouvelles technologies (mammographies numérisées) qui peuvent poser des problèmes en termes de surdiagnostic, biais relativement limité actuellement dans cette pathologie.

### 6.6.3 Cancer du col

#### *Etat des lieux*

Douzième cause de mortalité féminine par cancer en France, le frottis est reconnu comme un outil efficace, simple et peu coûteux pour dépister les lésions cancéreuses et précancéreuses du col de l'utérus. Le nombre de nouveaux cas est passé de 4879 en 1980 à 3387 en 2000 et le nombre de décès de 1941 en 1980 à 1004 en 2000.

Actuellement en France, il existe un dépistage spontané concernant environ 60% des femmes.

Dans ce cas, deux questions se posent :

- la population cible : doit on se limiter à une population à haut risque en démontrant qu'une action sur cette population est bénéfique sur

l'ensemble de la population française, compte tenu du risque très élevé de cette sous-population ?

- la régulation, en population générale, des frottis réalisés actuellement (tous les 3 ans avec les recommandations des experts et les arbres de décision publiés). Mais dans ce cas, on ne peut faire l'économie du ciblage dans la population précarisée, et de l'analyse du meilleur moyen de dépistage dans cette population.

Il semblerait que l'association des deux méthodes puisse être proposée dans un premier temps : régulation des frottis actuels et action chez les populations précarisées.

### ***Les 3 problématiques exposées sont différentes :***

- *L'exemple 1* est celui d'une détection de pathologie que l'on sait traiter avec succès pour le sujet et pour la société. Mais doit on aller plus loin avec un dépistage de masse organisé ?
- *L'exemple 2* montre toutes les améliorations à porter au dépistage existant afin d'atteindre des résultats qui justifieraient la pérennisation de l'action sur le long cours.
- *L'exemple 3* montre la difficulté d'adaptation d'une mesure sociétale face aux comportements habituels.

Cette démarche spontanée pose cependant le problème entre adéquation de la pratique et recommandation scientifique.

#### 6.6.4 Dépistage de l'athérosclérose et des maladies cardiovasculaires

Les conséquences de l'athérosclérose et en particulier la survenue d'accidents coronaires et cérébrovasculaires sont en grande majorité évitables par la prise en charge adéquate des facteurs de risque cardiovasculaires : elles doivent donc bénéficier d'un dépistage précoce. Celui-ci, fonction de l'histoire personnelle et familiale, de l'index de masse corporelle (ou du tour de taille), doit comprendre: la mesure de la pression artérielle, la glycémie à jeun et le bilan lipidique <sup>(23)</sup>. Actuellement un pourcentage important de sujets à risque échappe à ces mesures simples, qu'il convient d'ancrer dans les pratiques avant toute introduction de paramètre nouveau ; cette prise en charge doit pouvoir relever du médecin traitant. L'optimisation et l'application de ces recommandations nécessitent un effort encore soutenu dans notre pays. En particulier, les caractéristiques de la population qui n'a actuellement pas recours à ce dosage (on estime qu'un français présentant une dyslipidémie sur deux ignore son taux de cholestérol et sa pathologie) ne sont pas connues et devraient faire l'objet d'une évaluation par une enquête spécifique. Cette définition plus précise permettra ensuite de cibler les recommandations sur le groupe qui bénéficiera au mieux de ce dépistage. On pourra ainsi recommander, tous les cinq ans, la réalisation d'un bilan lipidique, d'une glycémie, voire d'une créatininémie, qui, couplés à la mesure du poids, de la taille et de la tension artérielle, permettrait de définir les principaux seuils d'intervention pour ces facteurs de risque majeurs.

### 6.6.5 Dépistage précoce de la tuberculose

Au regard des constatations présentées en 2.3.1, le dépistage précoce des cas d'infection tuberculeuse latente et de tuberculose-maladie, en particulier les cas contagieux, devraient faire partie d'un plan national de lutte contre la tuberculose, en cours d'élaboration, qui ciblera également :

- la recherche précoce et le suivi des cas secondaires et des contamineurs, notamment pour les cas pédiatriques et
- le suivi des traitements curatifs et préventifs, avec mise en place de traitements supervisés si nécessaire.

Ces actions ont un rapport coût-efficacité favorable, à condition que les traitements soient bien suivis, tel que l'ont montré les mesures mises en place aux Etats-Unis et au Canada. Ces mesures devraient être renforcées chez les personnes à haut risque, personnes immunodéprimées ou provenant d'un pays de forte endémie tuberculeuse, surtout les adultes et enfants intégrés depuis moins de 10 ans. Lorsque des personnes à haut risque sont amenées à travailler au contact d'enfants, la radiographie pulmonaire devrait être obligatoire à l'embauche, avant la prise de fonction.

D'autres exemples pourraient être étudiés car ils soulèvent des problèmes spécifiques mais fondamentaux : dépistage du cancer de la prostate, du cancer du poumon, de l'hémochromatose ...

### Les exposés présentés aux Assises Nationales des États Généraux ont soulevé des questions concernant les points suivants :

- Existe-t-il des différences fondamentales entre l'évaluation d'un dépistage organisé en cancérologie et celle de maladies non cancéreuses qui peuvent être dépistées à la naissance ?
- Les concepts de base, concernant l'efficacité en terme de gain de mortalité, sont-ils applicables seulement aux maladies mortelles ou sont-ils généralisables aux maladies pour lesquelles on gagne en qualité de vie (telle que la surdité) ?
- Que faire quand le dépistage existe, qu'il n'est pas organisé mais peut concerner des populations à cibler ?
- Comment la méthodologie des dépistages organisés doit-elle évoluer, quand de nouveaux outils ou de nouvelles stratégies de prévention apparaissent (exemple : vaccination dans le cancer du col).
- Quelle rigueur méthodologique et d'évaluation médico-économique doit on assurer?

*Les réponses*

Globalement, on est en droit de penser que les méthodologies d'évaluation de l'efficacité médico-économique d'amont ne sont pas fondamentalement différentes selon le type de maladie, l'efficacité se mesurant soit en gain en mortalité cumulée quand il y a une avance au diagnostic, soit en gain en survie quand il n'y a pas d'avance au diagnostic mais une avance au traitement ; la mortalité pouvant être ajustée sur la qualité de vie. Dans ce dernier cas, les méthodes des mesures de qualité de vie doivent être rigoureuses, temporelles et individuelles en estimant les utilités attendues.

Les points fondamentaux retenus ont été les suivants :

- L'organisation des dépistages doit être rigoureuse, transparente et conçue de manière à pouvoir faire des études médico-économiques de qualité.
- La participation de tous les professionnels concernés par les dépistages, en facilitant leur accès à l'information, essentielle au succès du dépistage (avec accès aux informations par le médecin traitant, les spécialistes, information et relais par les pharmaciens, les dentistes, les professions paramédicales, information en relais des associations de patients, de comités féminins...).

Le dépistage a aussi une spécificité en milieu professionnel et la place des médecins du travail, des chefs d'entreprise et des personnels est essentielle pour assurer leur réussite.

- La qualité du dépistage est aussi celle du suivi : des liens étroits sont donc indispensables avec les acteurs du système de soins (la qualité du système de soins est une condition nécessaire à la qualité du dépistage).
- Afin d'optimiser les résultats et le fonctionnement, des liens étroits doivent être maintenus avec les réseaux en place, les registres, les ORS, les départements d'information médicale, l'InCA, les associations de spécialistes, les caisses d'assurance maladie.
- Les dépistages organisés classiques concernent des citoyens qui sont majoritairement non malades et qui le resteront. Le nombre de faux positifs est donc un des éléments fondamentaux à surveiller ; la prise en charge précoce et lourde de cas « mineurs » doit être réfléchi et évaluée.
- Les dépistages organisés sont des actions sociétales dans des populations sélectionnées. L'apport individuel existe mais n'est pas identifiable *a priori*. L'information donnée doit en tenir compte. Pour les maladies détectées à la naissance, l'apport individuel est plus appréciable et le ciblage des thérapeutiques est tel que l'apport dans le sous-groupe malade a une répercussion sociétale.
- Les gains individuels pourront être les seuls gains mais, dans le cas de maladies infectieuses, il s'associe à un gain collectif par limitation de la diffusion de la maladie. Ceci doit inciter à la réflexion sur l'esprit de solidarité qui doit motiver les actions de dépistage.

### Les propositions

a) Pour le dépistage de cancers existants :

- études expérimentales à initier en fonction des nouveaux outils ou stratégies de dépistage, et de l'extension à des tranches d'âge nouvelles ? <sup>(18)</sup>

b) Mettre en place et évaluer une consultation de dépistage / diagnostic précoce dans le but :

- d'informer sur les programmes et
- d'être formé pour détecter les lésions initiales dans des populations à haut risque.

c) Promouvoir des évaluations médico-économiques *a priori* : expérimentations randomisées, modèles ...

## 7. FORMATION, EVALUATION, RECHERCHE

### Synthèse

#### Formation

En France, la formation en prévention concerne tous les acteurs exerçant une influence sur la santé de la population : il convient donc de former ces professionnels afin de passer du système de soins que nous connaissons au système de santé efficace souhaité. L'intérêt de former les professionnels en prévention et en éducation pour la santé répond à une demande des praticiens, au souhait des associations de patients et à un enjeu économique ciblant une baisse de consommation des soins d'urgence. Cette formation nécessite une approche pluridisciplinaire. On constate dans notre pays une inadéquation entre les pratiques et les compétences visées et une faible lisibilité des formations non diplômantes.

Les propositions pour développer la formation en éducation à la santé:

- inscrire cette formation dans les décrets de compétences pour la formation initiale (décret 2006-57) et la formation continue,
- créer des diplômes d'université, labelliser les formations existantes,
- promouvoir la validation des acquis et de l'expérience.

#### Evaluation

Elle est peu utilisée en prévention. De façon systématique, il convient d'associer l'évaluation *a priori* pour juger de l'opportunité de l'action et *a posteriori* pour valider les modalités de sa réalisation. Une méthodologie adaptée à l'élaboration des politiques de santé régionales pourrait être définie.

Les buts sont de limiter la mise en place d'actions de prévention inefficaces, au rapport bénéfique / risque défavorable ou dont le coût n'est pas opportun.

Les propositions concrètes de ce chapitre ont pour but :

- de fournir des outils méthodologiques utilisables,
- de définir clairement les acteurs nationaux et régionaux de l'évaluation,
- de promouvoir la recherche sur l'évaluation de la prévention.

#### Recherche

Notre recherche dans le domaine de la prévention est modeste, dispersée et souvent cloisonnée entre épidémiologie, sociologie, économie, recherche bio-médicale, histoire, sciences politiques... Elle bénéficie cependant d'outils puissants (mathématiques, statistiques) encore insuffisamment exploités. Elle n'a pas produit de programme de grande ampleur depuis plusieurs années et n'a notamment pas permis l'évaluation des politiques publiques en ce domaine. Néanmoins une revitalisation récente par le biais des équipes de l'IReSP, l'ANRS, la DREES-MiRe, l'INPES ou d'appels d'offre de l'ANR devrait

permettre de relancer cette voie indispensable à la réussite des autres volets de la démarche.

## Exposé

La finalité est ici de proposer un état des lieux de la formation dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé, de présenter des objectifs à court et à long termes, ainsi que des pistes pour son développement auprès de l'ensemble des professionnels intéressés par la prévention et l'éducation pour la santé.

### 7.1 Formation

En France, la prévention ne concerne pas spécifiquement une seule catégorie de professionnels, mais tous ceux qui exercent une influence sur la santé de la population : il s'agit donc d'un champ particulièrement vaste. L'ensemble des acteurs et les différentes publications convergent vers la nécessité de former les professionnels dans le champ de la prévention. Sans cela il ne sera pas possible de passer du système de soins que nous connaissons au système de santé efficace souhaité. Car si le sujet de la formation en prévention fait l'unanimité c'est bien sur le constat de **l'insuffisance** de son développement tant en formation initiale que continue. En plus des éléments préparatoires présentés au groupe, plusieurs idées sur le développement de la formation ont émergé.

Premièrement soutenir le développement de la **formation initiale** de l'ensemble des professionnels concernés par la santé, il s'agirait ainsi de :

- proposer des programmes type pour chaque profession. Des travaux sur ce point vont être menés par l'INPES dans le cadre du décret du 16 janvier 2006 relatif aux programmes de formation à l'éducation à la santé,
- rendre plus visible la formation en prévention dans les décrets de compétences des différentes professions,
- insérer de manière explicite l'évaluation des acquis en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique pour l'obtention du diplôme professionnel,
- former des relais de professionnels intervenant dans le champ médical et social,
- mettre en place un réseau de formations qualifiantes dans ce champ (il existe trop peu de masters dans ce domaine).

Deuxièmement, **développer la formation continue** en éducation pour la santé et éducation thérapeutique, il conviendrait de :

- l'inscrire dans les priorités de formation continue des différents professionnels, notamment des médecins,
- l'inscrire dans l'évaluation des pratiques professionnelles (pour les médecins notamment),
- soutenir la mise en place de formations en adéquation avec l'activité des différents professionnels, notamment des bénévoles,
- promouvoir la validation des acquis et expériences afin de faciliter l'accession à un diplôme de nombreux professionnels travaillant dans ce champ depuis plusieurs années.

Troisièmement, soutenir les dispositifs déjà existants. Il s'agirait de :

- favoriser la création des **diplômes d'université, diplômes interuniversitaires** ou **licences professionnelles** sur l'ensemble du territoire, en particulier dans leur vocation d'enseignement à distance (e-learning) à visée des médecins traitants,
- évaluer les formations en éducation pour la santé et éducation du patient par des professionnels extérieurs et ainsi travailler sur la montée en qualité des formations actuelles (valorisation de l'existant),
- labelliser les formations de qualité existantes dans ce champ.

Quatrièmement, former des enseignants qui assureront les enseignements en formation initiale et continue des différents professionnels ; un déficit important apparaît actuellement dans ce domaine.

Cinquièmement, **valider les pratiques existantes** et réfléchir à la création d'un métier dans le champ de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique. Il faudrait analyser les enjeux de cette création ; un des objectifs d'étude serait d'identifier les leviers et ressources à mobiliser et de mettre en évidence les économies de santé que permettrait de générer une telle option.

Enfin il semble nécessaire de développer la recherche dans le champ de la formation en prévention, en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient (Cf 7.3).

## 7.2 Evaluation

### 7.2.1 Pourquoi évaluer ?

L'évaluation, dans le domaine de la prévention, répond à une logique simple : tenter d'optimiser les effets obtenus sur la santé des bénéficiaires. Cette recherche d'optimisation doit schématiquement tenir compte de deux équilibres. Un premier équilibre entre les effets positifs et les effets négatifs des actions, programmes ou politiques concernés. Un second équilibre entre le bénéfice ainsi obtenu et le coût nécessaire pour l'obtenir.

Cette approche évaluative, au delà de sa logique interne d'optimisation, présente d'autres justifications :

- légale : elle s'intègre dans l'esprit de la LOLF (loi organique relative aux lois de finance) qui incite le décideur public à justifier l'allocation des ressources publiques et à rendre compte de leur utilisation. L'approche évaluative constitue à ce titre un instrument de transparence de l'utilisation des fonds publics.
- éthique : l'utilisation sous-optimale des ressources s'oppose à l'éthique quand l'objectif de ces ressources est de préserver la santé des citoyens.

L'approche évaluative comporte par ailleurs trois avantages :

- celui de porter en elle-même un effet structurant sur les actions et les acteurs de la prévention en tant qu'instrument d'amélioration collective de la qualité,
- celui d'apporter au décideur, des arguments lui permettant de mettre en place des politiques courageuses notamment sur le long terme,
- celui de favoriser les changements.

### 7.2.2 Situation actuelle

De l'avis des personnes ayant participé aux débats, il existe en France un **déficit important en matière d'évaluation** dans le domaine de la prévention alors que cette approche est acquise dans le domaine du curatif. Ce déficit concernerait l'évaluation des actions mais aussi, à l'échelle stratégique, celui des programmes et des politiques de prévention. Il existerait aussi bien à l'échelle nationale que locale, notamment régionale, et concernerait à la fois les actions/programmes/politiques et les acteurs de la prévention.

Un élément important émanant des débats, est le fait que ce déficit est avant tout d'ordre **culturel**. Une culture de l'action se justifiant par elle-même, parfois dans un contexte d'objectifs militants est fortement présente, à tous les niveaux. Elle s'oppose parfois à la justification objective et explicite des ressources requises et au fait de rendre compte des résultats obtenus. Pour être efficace, la promotion de l'évaluation doit donc nécessairement partir de la dimension culturelle de ce constat.

Un autre élément de diagnostic communément partagé est celui de l'effet de la **fragilité** des acteurs locaux de la prévention sur les pratiques d'allocation des ressources. En effet, des décisions de non allocation fondées sur des critères strictement objectifs seraient trop souvent synonymes de disparition de certains acteurs. La **promotion de la culture de l'évaluation** ne pourra donc se faire que si cette dernière est utilisée avant tout comme un outil d'amélioration collective de la qualité.

Son but doit permettre d'aider les acteurs à s'organiser de façon à répondre en terme d'offre et de structure à des critères explicites d'allocation des ressources. Le corollaire doit être de leur permettre d'accéder à une plus grande stabilité, permettant en outre d'inscrire leurs actions à plus long terme. Une volonté politique forte, un accompagnement des acteurs et une transition progressive sont nécessaires pour atteindre ces objectifs.

Enfin des difficultés méthodologiques propres au domaine de la prévention (horizons temporels souvent lointains, multifactorialité des problèmes abordés, approche qualitative des sciences sociales) donnent une spécificité à l'évaluation dans ce domaine. Une réflexion méthodologique est donc nécessaire tant pour faire le point des méthodes pouvant dès à présent être utilisées en évaluation que pour définir des axes de recherche visant à les améliorer.

Les autres constats faits lors des débats sont :

- **le manque d'homogénéité des évaluations** actuellement réalisées. Ces dernières ne permettent pas de comparaisons et n'ont pas d'implication significative en terme de décision. La promotion de la culture de l'évaluation doit donc partir de l'existant et tendre à une approche plus homogène.
- **le manque de moyens** tant en terme de formation requise que de ressources financières dont disposent actuellement les acteurs de la prévention. Une réflexion sur la formation et sur l'origine et le niveau des ressources dédiées à l'évaluation doit donc être menée.

### 7.2.3 Principes généraux

Ils sont applicables à l'évaluation des actions de prévention :

- **Une démarche systématique** : avant la mise en place de toute action il est nécessaire de recueillir, de façon plus ou moins formalisée, les arguments permettant de juger de son opportunité en terme d'effets positifs, d'effets négatifs et de coût. Il est également nécessaire d'envisager systématiquement les modalités du suivi de l'action.
- **Une adaptation au contexte** : l'évaluation doit être adaptée à chaque situation, le standard de qualité à l'enjeu de santé publique, la méthode au champ d'action (médical, éducatif, social) et à l'échelle (action, programme, politique).

- **Une indépendance de l'évaluateur**
- **Un nécessaire accompagnement** : pour être acceptée, la culture de l'évaluation doit faire l'objet d'un travail de communication visant à en faire comprendre la nécessité et l'utilité collective. De plus, elle doit être conçue comme un outil d'amélioration collective de la qualité et non comme un outil de sanction.
- **Une définition claire du financement** et des acteurs de l'évaluation.
- **L'importance des processus** : l'évaluation des pré-requis nécessaires à l'efficacité des actions en terme de conditions matérielles et de qualité des pratiques est essentielle.

#### 7.2.4 Propositions

##### *Au niveau national*

- Recourir systématiquement à une **évaluation *a priori*** de bonne qualité méthodologique avant la mise en place d'une action de prévention nationale et en assurer un suivi de qualité (**évaluation *a posteriori***).
- **Définir les acteurs responsables de l'évaluation *a priori* et *a posteriori*** des actions de préventions nationales. Une définition claire des organismes assurant pour le décideur i) l'évaluation *a priori*, ii) la mise en œuvre de l'action, iii) l'évaluation *a posteriori*, est souhaitable en respectant le principe d'indépendance de l'évaluateur. Dans le cadre des compétences attribuées à la HAS par la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 en matière d'évaluation de la qualité et de l'efficacité des actions ou programmes de prévention, développer :
  - l'évaluation *a priori* fondée sur les preuves d'un panier d'actions de prévention, à l'image de l'activité de l'*US Preventive Services Task Force* américaine. L'élaboration du panier pourrait se faire en collaboration avec le HCSP afin d'identifier dans le contexte de la loi de santé publique, les actions de prévention devant être évaluées en priorité. Un programme pluriannuel en adéquation avec la périodicité de la loi de santé publique pourrait être proposé.
  - la coordination de l'évaluation *a posteriori* des actions nationales de prévention.
- **Élaborer des référentiels méthodologiques** sur le thème « comment évaluer une action de prévention ». Ces référentiels devront aborder les évaluations *a priori* et *a posteriori*. Ils devront être utilisables pour les actions nationales et pour les actions régionales. Ils devront être le fruit d'une réflexion sur les méthodes d'évaluation adaptées aux différentes situations (analyse de littérature, modélisation, avis d'expert et de professionnels...), les

critères et les indicateurs devant être utilisés (efficacité, efficience, impact, rapport bénéfice / risque...) et, autant que possible, sur les seuils de décision. Des outils pratiques destinés aux GRSP (grille de demande de financement PRSP, référentiels d'évaluation *a posteriori*...) pourraient être élaborés. L'utilisation à l'avenir d'indicateurs homogènes aurait pour intérêt de faciliter la réalisation de comparaisons.

#### *Au niveau régional*

- Allouer une **part fixe du budget du PRSP** à l'évaluation, en particulier au suivi des actions ;
- Utiliser une **grille de demande** (cf paragraphe précédent) en accord avec les référentiels produits ;
- Inciter les demandeurs à **proposer des critères de suivi** de leurs actions ;
- Proposer un **financement pluri-annuel** permettant la stabilisation des acteurs locaux répondant à des critères qualité ;
- Inciter les GRSP à **recourir à des acteurs, indépendants**, responsables de l'évaluation. A titre d'exemple, à discuter lors des forums régionaux, les prises de décision de financement d'action dans le cadre du PRSP pourrait tenir compte de l'avis d'une commission indépendante examinant annuellement l'ensemble des demandes. De même, le GRSP pourrait par exemple solliciter les ORS pour réaliser l'évaluation *a posteriori* des actions financées.

La HAS, pourrait également :

- Organiser une audition publique sur les thématiques retenues comme pertinentes par les États Généraux de la Prévention, notamment concernant le rendez-vous santé ;
- Produire des avis quant à l'inscription au remboursement d'actes de prévention.

### 7.3 Recherche

Dans le domaine de la recherche sur la prévention, la situation actuelle est caractérisée par un potentiel de chercheurs et d'équipes modeste et dispersé, une absence de programme de recherche ambitieux malgré les efforts en ce domaine de l'ANRS, de la DREES-MIRE, de l'INPES et de l'IvRPS, et l'existence d'outils pertinents mais insuffisamment utilisés (cohortes, enquêtes décennale santé).

Ce diagnostic amène à préconiser les actions suivantes :

7.3.1 Lancer dès 2007 un programme de recherche dans le domaine de la prévention, unique, partenarial, associant pour cinq ans les grands acteurs de la recherche sous la responsabilité d'une agence unique qui pourrait être l'IReSP. Ce programme doit être doté de moyens pluriannuels et garantir la pluridisciplinarité disciplinaire.

Cet ambitieux programme devrait soutenir les thèmes de recherches suivants :

- **Les comparaisons internationales** sur de grands sujets comme les comportements de prévention, l'évaluation des politiques publiques, les pratiques professionnelles ...
- **La construction des concepts** et conceptions de la prévention à l'échelon régional, national et international. Il s'agit d'analyser les relations existant entre prévention, risque, prudence, précaution, veille, vigilance, libertés individuelles, responsabilité individuelle et collective, ainsi que les conceptions pratiques développées par les acteurs de la prévention à tous les niveaux.
- **Les comportements et représentations de la prévention** aux niveaux suivants :
  - chez les acteurs de première ligne (médecins, infirmières, PMI ...)
  - chez les acteurs de deuxième ligne (éducateurs, responsables hiérarchiques dans les entreprises, travailleurs sociaux ...)
  - dans la population, où devrait être étudiées les variations historiques selon le milieu social, le sexe, l'âge, le statut, le rapport à l'avenir et au risque...
  - Méritent également d'être étudiés les déterminants individuels et collectifs, les représentations et croyances autour de la prévention en fonction de la connaissance des risques.
  - Il conviendra enfin de rechercher les facteurs expliquant la réceptivité aux politiques de prévention et aux incitations qui leurs sont liées, et il sera indispensable d'analyser les causes des échecs de la prévention dans certains domaines.

- **Les stratégies des acteurs de la prévention**, on cherchera ici à expliquer la répartition des rôles de ces acteurs et leur justification, les raisons des cloisonnements constatés, les stratégies de coordination des acteurs et des politiques de prévention dans le domaine de la santé, de l'environnement et du travail face à des risques pluridimensionnels.

- **L'économie de la prévention**, parmi les sujets relevant de ce domaine, il conviendra de développer les recherches portant sur :

- la coordination de l'évaluation *a posteriori* des actions nationales de prévention,
- les mécanismes d'allocation optimale des moyens publics dédiés à la prévention, fondés sur des critères d'efficacité et d'équité,
- les mécanismes d'incitations à l'adhésion des agents économiques à la prévention,
- l'organisation du « marché » de la prévention, financement, régulation, modes de rémunération des acteurs participant à l'offre de prévention,
- les méthodes d'analyses médico-économiques dédiées à la prévention.

- **Les modèles, indicateurs, et systèmes d'information.**

Parmi les sujets à privilégier on citera le développement de travaux sur :

- les méthodes de modélisation et de simulation du déroulement d'actions de prévention à long terme,
- la conception de systèmes d'information inter-opérables dédiés à la prévention et mis à la disposition des acteurs de la prévention (les problèmes de sécurité des données devront être au centre de ces travaux),
- les instruments de mesure des connaissances, attitudes, croyances, et comportements, (*KABP : Knowledge, Attitude, Belief and Practice*) pour la prévention. On s'attachera en particulier à la validation au cas français d'instruments de mesure élaborés pour la mesure de ces concepts dans d'autres cultures (en particulier anglo-saxonnes) qu'il serait dangereux de considérer comme opérationnels après seulement une simple « *translation* ».

- **Recherches pluridisciplinaires sur l'évaluation** de la prévention et des politiques publiques menées dans ce domaine (France / étranger), on développera en particulier les recherches portant sur les méthodologies d'évaluation de la prévention en fonction des actions ou programme soumis à celle-ci.

### 7.3.2 Autres mesures

- Veiller à l'**évaluation des résultats** obtenus lors de ce programme de recherche par des instances indépendantes,
- consacrer des **moyens importants à la valorisation** des résultats des recherches sur la prévention,
- inciter à la **création de réseaux de recherche** nationaux et internationaux sur le thème de la prévention et soutenir leur travaux,
- consacrer un **financement de post-doctorats** sur la thématique de la prévention,
- sensibiliser les **Ecoles Doctorales** à la problématique de la prévention afin d'inciter les doctorants à s'engager dans cette voie de recherche,
- mettre en place un **portail Internet** permettant aux équipes de recherche d'accéder facilement à l'ensemble des données disponibles sur la prévention,
- prendre en compte et **coordonner les demandes régionales et celles des associations** oeuvrant dans le champ de la prévention en terme de recherche. L'IReSP pourrait prendre en charge cette coordination.

## 8. SANTE ET ENVIRONNEMENT

### Synthèse

Les risques émergents (préexistants mais jusqu'alors indétectables, nouveaux ou réémergents) sont parfois difficiles à identifier puis à évaluer: or l'incertitude scientifique peut être source d'inquiétude dans une population qui perçoit mal l'information. Par ailleurs, le risque environnemental, considéré comme imposé, est moins bien accepté que le risque, considéré comme consenti, lié à des comportements individuels choisis et assumés, tels que le fait de fumer.

Ce domaine est d'autre part soumis à la difficulté d'établir rapidement des liens fiables de cause à effet notamment pour les dangers potentiels liés à une exposition chronique de populations entières à de faibles doses de polluants. Or pour s'assurer de la participation des populations, la qualité de l'information délivrée est essentielle.

Les milieux concernés sont l'air, l'eau (incluant l'impact des perturbations climatiques majeures) et les sols (Figure 4).

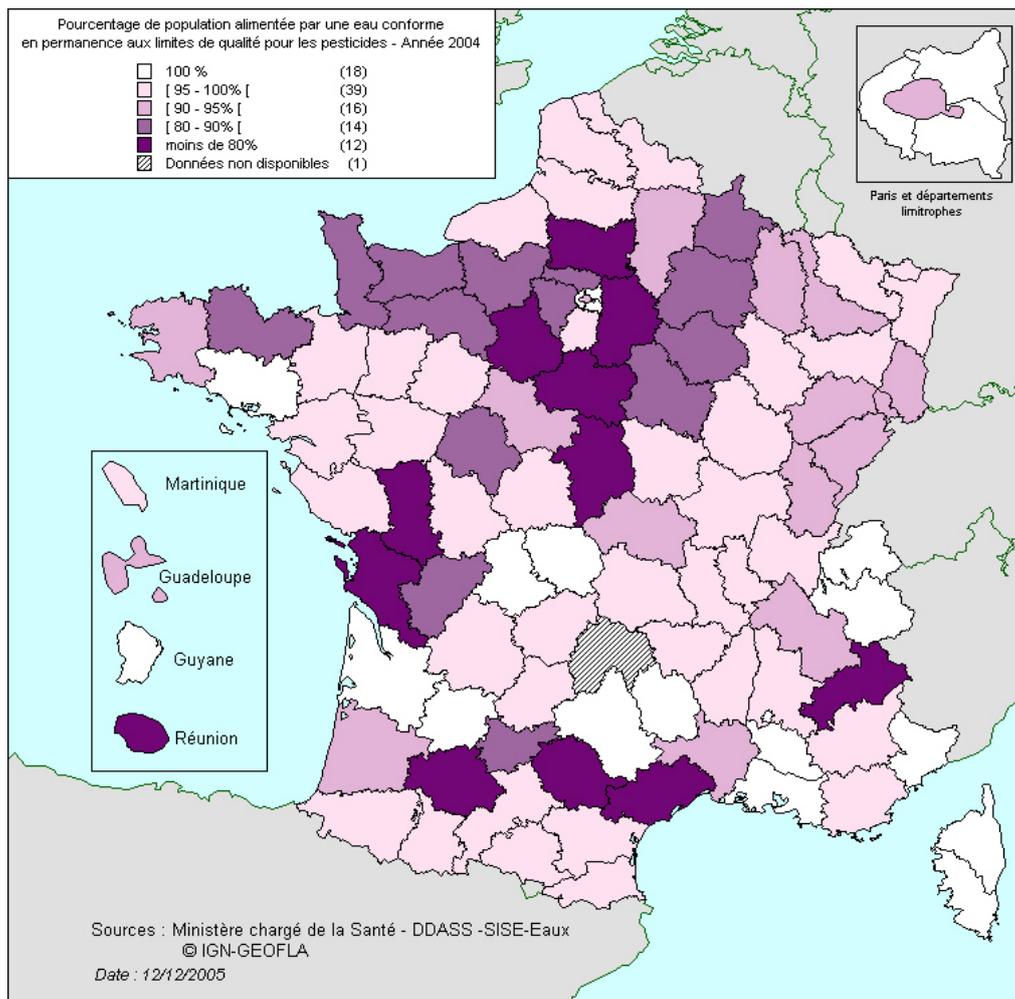


Fig.4 Pourcentage de la population alimentée par une eau conforme

Les affections liées à des causes environnementales sont multiples : infections respiratoires ou digestives - maladies cardio-vasculaires - cancers - maladies respiratoires chroniques (aggravation ou nouveaux cas) - intoxications chroniques - accidents domestiques - troubles de la santé mentale – conséquences des transmissions vectorielles (tiques et maladie de Lyme, moustiques).

### *Recommandations*

- Organiser la veille sur les risques émergents et la toxicovigilance
- Adapter les mesures aux populations vulnérables : les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées
- Faciliter les rencontres entre les associations environnementalistes et les associations travaillant sur les questions de santé
- Assurer une légitimité à ces associations par des dossiers d'agrément, mais aussi en facilitant leur dialogue avec les scientifiques
- S'assurer du suivi des mesures mises en œuvre (par exemple pour les PNSE, PNNS, Plan Cancer, etc)
- Améliorer le caractère informatif de l'étiquetage des produits de consommation courante
- Créer des Unités Fonctionnelles en Santé et Environnement

## **Exposé**

### **8.1 Bases de réflexion**

Plusieurs définitions ont été avancées pour caractériser les liens entre Santé et Environnement, « L'Environnement c'est tout ce qui n'est pas moi », attribué à Einstein. Pour d'autres, l'environnement c'est tout ce qui n'est pas génétique. On peut également proposer, pour circonscrire le domaine de manière plus large, les résultantes du croisement entre d'une part la santé au sens OMS du terme, c'est-à-dire outre le diagnostic et le traitement des maladies, l'accession au bien-être et l'épanouissement de l'individu. Dans le domaine de l'environnement, la prévention se situe entre la prévoyance du XIX<sup>ème</sup> siècle et la précaution du XXI<sup>ème</sup> qui conduit, dans une situation d'incertitude scientifique, à prendre une décision basée sur une hypothèse de risque, lorsque celui-ci est jugé grave, irréversible et coûteux pour la société. Là encore, **l'évaluation et la gestion du risque** sont les deux composantes fondamentales de la prévention.

Dans le domaine santé et environnement, la difficulté fréquente de l'exercice réside dans la complexité à établir la preuve de liens de cause à effet entre certaines caractéristiques de l'environnement et leurs effets néfastes sur la santé humaine. L'établissement de la cause du dommage n'offre pas de difficulté quand il s'agit de catastrophes, naturelles ou induites par des

activités humaines, ou bien de phénomènes aigus d'origine toxique ou infectieuse, ou bien encore, en milieu de travail, de risques de dangers liés à l'activité professionnelle. Dans ces cas, les dangers sont en général bien identifiés et les risques correctement circonscrits à certaines régions, lieux et groupes de personnes.

Il en va tout autrement quand il s'agit de danger potentiellement, possiblement ou probablement lié à une exposition chronique de populations entières à de faibles doses d'agents d'agression. Pour ce dernier cas, qui fait toute la particularité de l'évaluation et de la gestion du risque en santé et environnement, les méthodes avancées par les pays les plus en pointe dans le domaine sont complexes, car elles impliquent d'une part la participation de professionnels d'horizons très divers, d'autre part celle du public des populations concernées.

Dans la qualité des résultats intervient aussi pour une grande part la qualité de l'information délivrée aux uns et aux autres, en amont et tout au long de la démarche d'évaluation et de gestion. Enfin dans la décision politique, notamment quant aux moyens à déployer, pour la mise en œuvre d'une prévention efficace (théoriquement efficace, pratiquement appliquée et améliorant la santé publique) interviendra le rang de priorité attribué à un risque plutôt qu'à un autre.

Force est de constater qu'en ce domaine joue un rôle non négligeable le « politiquement correct » où il est souhaité que les effets d'une décision se fassent plutôt sentir à court terme, et de manière peu coûteuse, ce qui va à l'encontre de ce qui est par nature attendu en santé et environnement, à savoir les effets sur le long terme dont l'évaluation peut s'avérer onéreuse <sup>(24-25)</sup>.

**Les risques émergents** (*risques préexistants mais jusqu'alors indétectables, risques nouveaux, risques ré-émergents*) représentent un domaine un peu spécifique en matière de prévention puisque, par nature, ils sont mal connus. Ce manque de connaissance est très souvent dû aux imperfections de nos systèmes de veille : veille scientifique, économique, sur l'évolution des modes de vie, de l'environnement, du vivant... veille sanitaire enfin.

De nombreux organismes se sont emparés de cette thématique et développent des travaux sur les risques sanitaires émergents sans pour autant que l'Etat gestionnaire dispose d'une visibilité globale sur ce sujet, alors qu'il sera le premier sollicité lorsque le risque se concrétisera. La prévention dans ce domaine passe avant tout par l'anticipation.

Enfin **la perception du risque environnemental** est une composante essentielle de l'évaluation et de la gestion. Le contexte d'incertitude scientifique dans le domaine Santé et Environnement est générateur bien souvent d'un sentiment d'inquiétude au niveau de la population générale, qui se sent mal informée. Le risque environnemental est considéré comme un risque « subi » (involontairement) ou « imposé ». Il est moins bien accepté ou compris par le grand public qu'un risque lié à un comportement considéré comme « assumé » (tel que le choix de fumer), quels que soient les niveaux réels de risques encourus <sup>(26)</sup>.

## 8.2 Les grands problèmes de santé liés à l'environnement en France

Les infections respiratoires aiguës, liées à la pollution de l'air ou à la promiscuité :

- bronchiolites aiguës virales du nourrisson : contages réitérés en crèches, garderies et milieu hospitalier, lors des saisons à risque (automne et hiver),
- pneumopathies communautaires : forte densité de population sur les lieux de travail, dans les transports publics, dans certains logements,
- légionelloses : mauvais entretien des canalisations, mauvais contrôle des tours aéroréfrigérantes,
- infections nosocomiales.

Les gastro-entérites aiguës, liées à la contamination de l'eau, des aliments, ou à la promiscuité :

- mauvaises conditions d'hygiène dans certains habitats insalubres, ou certaines collectivités (restaurations scolaires ou d'entreprises, colonies de vacances, maisons de retraite, ...),
- gastro-entérites aiguës virales du nourrisson : contages réitérés en crèches, garderies et milieu hospitalier lors des saisons à risque (hiver).

Les maladies cardio-vasculaires, liées au tabagisme actif (et passif), à la pollution de l'air intérieur (produits de combustion, monoxyde de carbone), à la pollution de l'air extérieur (dioxyde de soufre, particules ultrafines produites notamment par le trafic automobile), à une alimentation déséquilibrée, à l'absorption de plomb ou d'arsenic (sols contaminés), aux nuisances sonores.

Les cancers dus au :

- tabagisme, radon résidentiel (cancers des voies aériennes), alcool (cancers des voies digestives), modes particuliers d'alimentation (cancer de l'estomac et viandes ou poissons fumés), expositions solaires (mélanome), nitrates (cancer des voies urinaires), radiations ionisantes (cancer de la thyroïde, hémopathies malignes),
- amiante (cancer de la plèvre : mésothéliome pleural),
- autres polluants...

Les maladies respiratoires chroniques :

- aggravation de maladies préexistantes telles que la bronchite chronique, l'asthme ou l'emphysème, liée aux expositions aux polluants de l'air extérieur et intérieur,
- génération de nouveaux cas d'asthme ou d'allergie respiratoire, notamment chez l'enfant, liée à l'exposition aux particules ultrafines

Les intoxications chroniques :

- par le CO (chaudières mal entretenues) : troubles neuro-comportementaux,
- par le plomb (eau contaminée par des conduites anciennes, écailles de peinture au plomb absorbées par les enfants dans les habitats non réformés) : saturnisme,
- par les produits phytosanitaires, les phtalates, les dioxines, les PCB (PolyChloroBiphényles): perturbations endocriniennes ; les éthers de glycol : reprotoxicité.

Les accidents domestiques :

- liés à des manques d'information, à des comportements individuels inadéquats ou
- liés à des défauts de conception intérieure des locaux.

Les troubles de la santé mentale :

- liés à des conditions de vie stressantes,
- liés aux nuisances sonores,
- liés à certaines expositions polluantes.

Les affections secondaires à des transmissions vectorielles (tiques, moustiques)

- liées à des problèmes de salubrité ou
- à des conditions d'exposition favorisantes.

Il peut aussi être intéressant d'adopter, à titre complémentaire, un autre type d'entrée par **milieux contaminants**, ce qui permet d'individualiser, pour les actions de prévention, certains sites ou modes de contamination, y compris ceux qui sont transfrontaliers :

- sites et sols pollués, notamment sur d'anciennes friches industrielles,
- rayonnements ionisants (notamment nucléaires) ou non ionisants,
- pollutions par nanoparticules issues des nanotechnologies.

Enfin il sera certainement utile de tenir compte à l'avenir des **conséquences sanitaires des perturbations climatiques** (froid, canicule).

### 8.3 Recommandations du groupe de travail

Démarche conceptuelle (tableaux empruntés à <sup>(25)</sup>) en termes de prévention primaire, secondaire et tertiaire et de continuum d'intervention sur la durée, en fonction des modifications de l'environnement et de l'évolution des risques.

Organisation de la veille sur les risque sanitaires émergents. La première étape pourrait consister en une expertise collective sur l'organisation de la veille (outils d'observation à mettre en place, organismes à associer, proposition d'organisation, définition des acteurs : vétérinaires...).

Mise en place de systèmes d'évaluation des répercussions des changements climatiques sur la santé humaine.

Mise en œuvre d'une participation effective du public, la population et les associations devant être consultées et informées plus régulièrement, comme cela a déjà été mis en place dans d'autres pays tels que le Canada ou le Royaume Uni <sup>(26)</sup>.

Mise en œuvre d'actions au niveau régional

Territorialisation des activités : réseaux sentinelles diversifiés avec implication du ministère de l'agriculture et des professionnels de terrain selon les régions (agriculteurs, forestiers...)

Surveillance des mortalités subites anormales chez les animaux domestiques et sauvages dont la cause peut représenter un risque en santé publique (ex Fièvre charbonneuse)

Renforcement de la toxicovigilance.

Formation et éducation, dès le plus jeune âge.

Formation initiale et continue des professionnels de santé, à inclure dès le deuxième cycle des études médicales

Information du public sur les produits de consommation courante

Il convient de mettre à la disposition du grand public une information claire et accessible concernant les risques sanitaires liés à l'utilisation de certains produits de consommation courante. D'une part, il est de la responsabilité des producteurs de mettre en place un étiquetage systématique notifiant le contenu de ces produits. D'autre part, il est de la responsabilité des pouvoirs publics de réglementer cet étiquetage et d'informer, en temps réel, la population de l'état des connaissances sur l'impact sanitaire éventuel des divers composants et du mélange constituant le produit fini.

Adaptation des mesures de prévention aux populations « sensibles » :

1/ au plan de l'information et de la formation non professionnelle, citoyenne, en tout premier lieu les enfants,

2/ au plan de la vulnérabilité biologique : les enfants, notamment les plus jeunes, les femmes enceintes et les personnes âgées.

Engagement des Institutions de Santé Publique et des Professionnels de Santé.

Point sur les mesures réglementaires et législatives déjà mises en œuvre, dans le cadre notamment du PNSE, du PNNS, et du Plan Cancer, et décision des mesures à adopter. Sur ce plan, la prévention des risques environnementaux dépend initialement, plus que de comportements

individuels, d'une réglementation adaptée et du contrôle de son application, agissant comme un soutien permanent de l'action d'une population par ailleurs correctement informée et sensibilisée à la problématique.

Développer la recherche en santé-environnement, domaine pour l'instant peu valorisé. Les ministères de tutelle doivent envoyer un signal très fort pour favoriser le financement de recherches et d'équipes alliant environnement et santé. Cet effort est un préalable nécessaire, notamment après la publication du rapport Stern <sup>(27)</sup>.

Retenir, comme pour le tabac, le principe du pollueur-payeur, dans la mesure où les pollutions (comme les accidents de la route) ont un coût important, porté par l'Assurance Maladie. Associer ainsi à la problématique du financement de la prévention les ministères chargés de l'Industrie, de l'Agriculture et des Transports.

### Expérimentation d'Unités Fonctionnelles en Santé et Environnement

#### *Signification*

Le domaine Santé et Environnement est particulièrement concerné par la prévention : amélioration de la qualité de l'air, distribution d'eau potable, assainissement des sols pollués, évitement des sources de radiations, notamment ionisantes, recyclage des déchets, pour prévenir l'impact des perturbations, souvent anthropiques, des milieux concernés sur la santé humaine : en exemple, l'asthme, dont la fréquence augmente, comporte dans sa prise en charge thérapeutique l'aménagement d'un environnement le moins néfaste possible sur la santé respiratoire du patient ; il en va de même des allergies.

La nouvelle gouvernance hospitalière, dans le cadre du Plan Hôpital 2007, et de la Loi de Santé Publique, incite notamment à la création d'activités nouvelles en milieu hospitalier. Par ailleurs, l'unité fonctionnelle représente en milieu hospitalier, dans le cadre des « pôles » d'activité, la structure de base pour une activité donnée, nouvelle en l'occurrence s'agissant du domaine Santé et Environnement. Le Plan National Santé et Environnement (PNSE), actuellement à mi-parcours, prévoit la création d'un enseignement spécifique et de filières de formation dans le domaine, avec la collaboration des universités. Cependant une expérimentation hors du cadre hospitalier demande comparaison.

#### *Contenu*

Au plan des soins, tant curatifs que préventifs, les UFSE pourraient être notamment connectées aux services hospitalo-universitaires développant des activités transversales (pédiatrie orientée en asthme et allergologie, pneumologie pour enfants ou adultes, gastro-entérologie, dermatologie). Dans ces domaines de spécialité, l'activité des UFSE serait dédiée aux affections dont l'émergence ou l'évolutivité sont particulièrement liées aux perturbations environnementales.

Au plan de l'enseignement et de la formation, ces UFSE pourraient être rattachées à une coordination d'enseignants en Santé et Environnement, au niveau universitaire et inter-universitaire, combinant des enseignants de chimie, physique, sciences de la vie, épidémiologie, sociologie, économie...

Au plan de la recherche, les UFSE participeraient à la constitution ou au renforcement des laboratoires universitaires en Santé et Environnement, points de convergence des travaux menés dans le domaine, en collaboration avec les unités des autres organismes déjà impliqués tels que le CNRS, l'INSERM, l'INRA, l'IFREMER, à titre d'exemples. Ceci permettrait d'enrichir l'enseignement et d'alimenter la recherche dans un domaine où beaucoup reste à préciser ou à découvrir.

#### *Mesures complémentaires*

Au plan institutionnel, les UFSE doivent être précisées dans le cadre du PNSE, afin de positionner en interface les professionnels de soins par rapport aux autres secteurs concernés par le domaine.

Quelle que soit la thématique, le domaine Santé et Environnement implique le citoyen. Une communication spécifique, en lien avec l'INPES, devrait donc être développée.

## 9. ÉTHIQUE ET PREVENTION

### Synthèse

Le champ de la prévention se doit d'être largement entendu, concernant tous les âges de la vie, toutes les catégories sociales et toutes les situations, pathologiques ou non. La prévention concerne l'humain, sa vie, dans toutes ses dimensions physique, mentale, sociale et sociétale.

La santé, réalité variable, dont la définition appartient à chacun, présente aussi une définition collective à travers la notion imprécise de bien-être. La prévention implique de s'interroger sur la conduite à tenir avant l'action, les objectifs et les conséquences de celle-ci. Faisant intervenir la prudence et la prévision, elle est de nature probabiliste : des mesures appliquées à beaucoup profitent seulement à quelques uns, mais apportent de grands bénéfices à la communauté.

Toute démarche préventive doit s'interroger sur la conduite à tenir avant l'action, ses objectifs et ses conséquences. Certains concepts doivent être pris en considération : l'équité, la transparence, la participation de tous, l'intégrité, l'anticipation des dérives. Il convient aussi de ne pas ériger une nouvelle morale culpabilisatrice, qui pourrait, à terme, recréer des discriminations et la marginalisation des personnes auxquelles elle était censée s'adresser.

L'éthique étant le reflet de la vocation médicale de l'homme, la prévention s'inscrit dans l'histoire de l'humanité comme le lien indispensable à l'autre. Elle n'est donc pas uniquement technique et médicale, mais revêt une dimension culturelle et sociale, permettant de recréer des ponts, dans une société qui se délite. A cet égard, la proximité est un élément essentiel de la prévention, qui suppose un environnement stable et pérenne.

### Exposé

Associer l'éthique et la prévention s'avère complexe car il s'agit à la fois d'essayer de comprendre et de proposer. Alors que le champ de la prévention fait partie intégrante des soins, bénéficie des progrès scientifiques et techniques, elle s'adresse à des populations entières qui ne sont pas nécessairement ou *a priori* intéressées par l'éthique.

Si la prévention est considérée comme une obligation morale (il vaut mieux prévenir que guérir), il faut certes prévoir mais il convient aussi d'être prudent. Il faut en effet appréhender l'avant, les circonstances, tout comme

l'après, les conséquences. A la notion de prévention, il paraît ainsi utile d'ajouter celles de prévision et de prudence.

La légitimité d'un acte de prévention repose d'abord sur sa capacité à apporter un bénéfice pour la personne ou la collectivité qui en bénéficie. L'existence de ce bénéfice suppose donc que l'acte préventif débouche sur des mesures opérationnelles. Il faut également qu'à ce bénéfice ne soit pas associé un effet délétère d'un « coût » supérieur. Comme le mentionnait le Haut comité de la santé publique dans un rapport de 1998, « contrairement à une opinion souvent admise, y compris par des professionnels de santé, les campagnes ou les actes de prévention et de dépistage n'ont pas que des effets positifs ».

A cet égard, on peut citer les conséquences des faux positifs et faux négatifs en matière de dépistage, le risque médical de certains actes effectués dans un contexte de prévention, l'angoisse provoquée par certaines campagnes d'information ou encore des modifications de comportements inadaptées.

Prendre en compte l'existence d'une possible iatrogénie, même peu fréquente, est d'autant plus important que les campagnes ou les actes de prévention concernent souvent des populations relativement nombreuses. La prévention est donc indissociable de la prévision (à quoi et à qui une démarche de prévention va-t-elle effectivement servir ?) et de la prudence (les bénéfices de cette démarche sont-ils supérieurs à ces inconvénients ?).

Par ailleurs, la santé est une réalité éminemment variable, évolutive et subjective. De plus, la prévention s'adresse généralement aux personnes en apparente bonne santé ; mais cette définition peut évoluer : la santé n'est plus tout à fait le « silence des organes ».

De plus, la prévention est de nature probabiliste. Des arguments commandent les comportements de la communauté pour rester en bonne santé mais ils peuvent être incertains concernant un individu. Le paradoxe de la prévention veut qu'une mesure appliquée à beaucoup ne profite qu'à quelques-uns, apportant de grands bénéfices à la communauté mais n'en offrant que peu, voire pas du tout, à chacun de ceux qui l'adoptent.

L'éthique, en soi, est prévention. L'interrogation en termes d'éthique est un accompagnement majeur de la prévention puisque l'objectif est de faire de chacun un co-acteur, un co-auteur de la prévention. La prévention doit être pensée dans le cadre d'un comportement libre et informé, et celui d'un consentement actif et éclairé. Comment collaborer à la liberté de l'autre et prendre en considération le regard de celui qui dit ce que doit être la prévention et l'attente de celui qui la met en œuvre ? Les inégalités en matière de prévention et de santé, les disparités dès la naissance et tous les déterminants différenciant les statuts de l'intéressé (l'âge, l'existence ou non d'un handicap...) doivent être notamment considérés.

Un des objectifs, et des dilemmes, de la prévention en termes d'éthique est de concilier l'intérêt général et le particulier. A ne pas considérer l'intérêt collectif d'une part et particulier d'autre part, on risque d'imposer des normes en matière de comportement de santé et d'aller vers une idéologie de la prévention, une « tyrannie du savoir ». Il faut en particulier, rester conscient que les mesures de prévention, elles-mêmes, peuvent être iatrogènes <sup>(20)</sup>.

A quoi sert la prévention ? Cette problématique doit être considérée pour concilier le respect individuel avec la responsabilité de chacun sur sa propre santé, son environnement et sa communauté.

Par ailleurs, toute action de prévention doit être menée dans un contexte de sécurité. Ce souci de rigueur et de prudence dans la mise en œuvre doit être permanent. Certains voudraient ajouter la notion de prévenance pour qu'une sollicitude à l'endroit de l'intéressé le transforme en acteur ou co-acteur de la prévention.

La prévention apparaît donc comme la nécessité d'un nouvel humanisme : elle ne doit pas se réduire à un nouvel hygiénisme. Elle doit tenir compte des conséquences environnementales, sociales et économiques. Il faut ainsi veiller à l'équité des conduites de prévention, au sein d'un projet. L'éthique de la prévention est d'en faire un enjeu de société selon deux principes importants : l'assumabilité d'une part et la substitution à autrui d'autre part, mais elle doit être menée dans un contexte de non discrimination et de non jugement.

Equité, transparence, déspecialisation (les professionnels sont certes indispensables mais tout un chacun doit être impliqué individuellement ou *via* les porte-parole), intégrité (hors de toute interprétation morale) et proportionnalité (anticipation des conséquences) sont autant de concepts à ajouter à la prévention dans un projet de société.

## RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION

Les enjeux de santé actuels (vieillesse de la population, maladies chroniques, mortalité prématurée évitable, inégalités de santé...) nécessitent davantage d'équilibre et de complémentarité entre stratégies curatives et préventives. La commission souligne l'enjeu que constitue le développement de la prévention et de la promotion de la santé. Le système de soins n'étant pas le seul facteur de la santé des individus, il convient donc d'agir sur l'ensemble des éléments permettant aux Français de rester en bonne santé.

En effet, si les progrès accomplis par les politiques de prévention et d'éducation pour la santé ces dernières années sont manifestes dans de nombreux domaines : lutte contre le tabagisme ou la consommation excessive d'alcool, nutrition, accidents de la vie courante, politiques de dépistage organisé des cancers, de nombreux efforts restent encore à faire grâce notamment à une plus grande coordination des acteurs et l'adoption de comportements plus adaptés. La recherche d'équité implique que chacun ait l'opportunité de faire les bons choix pour sa santé.

Dans cette perspective, les recommandations suivantes prennent en compte trois conditions temporelle, spatiale et humaine, et trois niveaux d'action : le champ éducatif, les pratiques médicales et l'organisation du dispositif. La dernière partie est consacrée à l'un des objectifs majeurs de ces travaux : la réduction des inégalités de santé.

### **Le temps**

Dans une approche centrée sur les différents âges de la vie et la prévention de leurs risques, la commission recommande de considérer trois périodes principales : la grossesse (période de réceptivité optimale aux messages de prévention pour la mère ET le père), l'enfance (période de vulnérabilité essentielle mais aussi phase d'acquisition des notions fondamentales de santé et de comportement), les phases de transition professionnelle et la retraite. Il semble que ce soit en effet dans ces phases de la vie que les citoyens soient les plus réceptifs aux interventions préventives.

### **Le lieu**

La commission recommande de s'appropriier pleinement les outils nouveaux proposés par la loi et de renforcer le cadre régional des politiques de prévention et d'éducation pour la santé. En effet, la loi de santé publique met l'accent sur une régionalisation accrue des politiques de santé publique et

instaure dans ce but le groupement régional de santé publique (GRSP). De plus, la loi de cohésion sociale fait une place importante aux thématiques de santé considérées comme l'un des thèmes prioritaires de la politique de la ville. Au moment, où les GRSP se mettent en place, la commission d'orientation recommande :

- de conforter le GRSP dans son rôle de financeur des acteurs de prévention en encourageant la constitution de pôles régionaux de compétence;
- de développer des approches communautaires dans le cadre de territoires géographiquement définis, en utilisant de préférence les zonages existant (type territoire de santé des SROS).
- d'étendre le réseau « Ville – Santé » à un plus grand nombre de collectivités en surlignant les efforts de prévention, voire de créer un label « Prévention – Ville Santé » sur la base d'un cahier des charges national, en cohérence avec le cahier des charges OMS, impliquant le GRSP.

Toutefois, l'importance du niveau régional comme cadre de décision ne doit pas faire oublier l'importance du milieu de vie, d'éducation ou de travail, comme cadre d'action.

## **Les acteurs**

L'acteur principal de la prévention est le citoyen.

Pour l'aider dans cette démarche un ensemble de professionnels sont appelés à se mobiliser. Parmi eux, le médecin traitant paraît aujourd'hui comme l'un des deux piliers du système de prévention. C'est avec lui que se construit chaque parcours individuel. Il s'appuie sur un réseau de partenaires (éducateurs, paramédicaux, associations de patients, plateaux techniques, hôpital...) qui participent de sa démarche et facilitent l'appropriation par le citoyen des choix qui le concernent. Il ne s'agit pas de réduire la prévention à sa dimension biomédicale, mais de tirer les conclusions du constat qu'il n'y aura pas de véritable développement de la prévention en France sans évolution des pratiques médicales.

Le second pilier est chronologiquement le premier : l'éducateur, au sens large du terme, appelé à instruire les notions fondamentales de santé dès le plus jeune âge, avec la volonté de transmettre les clefs qui permettront à l'enfant et à son milieu familial de construire au mieux leur cadre de vie.

### **A. Éducation à la santé**

Ainsi dans une logique de promotion de la santé visant à donner à chacun les moyens de participer activement à son propre équilibre, la prévention et l'éducation pour la santé, y compris l'éducation du patient, doivent être mieux prises en compte. L'action de prévention ne saurait être ponctuelle ; elle s'inscrit dans un processus continu.

Concernant l'enfance, les secteurs principaux d'intervention sont les écoles et les centres de loisirs. Ces structures sociales importantes fournissent des voies et des mécanismes pour influencer positivement les comportements de santé.

Pour la commission, il s'agit :

- d'affirmer dans le Code de l'Education que l'éducation pour la santé fait partie des missions de l'école ;
- d'intégrer la formation en éducation et promotion de la santé dans la formation initiale et continue des personnels de l'éducation nationale ;
- d'inscrire un volet éducation pour la santé dans chaque projet d'établissement scolaire dans le cadre de la loi de 2005. Le suivi de ces projets pourrait être porté par le recteur dans le cadre du GRSP.

Par ailleurs, la mise en place d'un système de valorisation des élèves impliqués dans des actions de promotion de la santé pourrait être mis à l'étude.

Enfin, dans le respect des engagements internationaux de la France, au regard de la charte de Bangkok, la commission préconise la mise en conformité de la vie quotidienne dans les établissements avec les principes de promotion de la santé (application de la réglementation sur les cantines scolaires, installation de distributeurs d'eau, renforcement de la pratique de l'activité physique ...).

Dans ce dernier cadre, un programme d'ampleur nationale pourrait être proposé, à tous les âges, visant à promouvoir l'activité physique. Dans un domaine où fort peu de pays ont réussi, il est important de redonner une impulsion nouvelle et forte à une mesure qui apporte un bénéfice indéniable, tant physique que psychique, à chacun de ses participants et permette à la société de réduire le poids des maladies cardio-vasculaires, des cancers et de l'ostéoporose.

Par ailleurs, la formation initiale et continue des professionnels de santé doit faire une place accrue à l'éducation pour la santé et plus particulièrement à l'éducation du patient. A cette fin, des programmes d'enseignement en éducation du patient doivent être mis en place et l'obtention du diplôme professionnel comporter une évaluation des acquis. De même les pratiques préventives et la promotion de la santé entrent dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Dans le champ environnemental, le caractère récent du plan national santé - environnement amène à recommander dans un premier temps un travail de sensibilisation du public sur ces grands problèmes mais également à anticiper les répercussions des perturbations environnementales sur la santé. Ces démarches doivent notamment reposer sur la participation du public aux mesures à mettre en œuvre. La création d'unités fonctionnelles en santé -

environnement pourrait également être mise à l'étude. Dans ce domaine aussi, l'accent sera mis sur l'évaluation des politiques menées.

Des programmes de recherche en lien avec l'ANR, l'IReSP (Inserm), la DREES, la HAS et l'INPES doivent soutenir et justifier ces démarches tant en terme d'éducation à la santé ou d'adhésion thérapeutique que pour l'étude des pratiques de prévention, les interactions santé - environnement ou encore l'évaluation des politiques de santé. La structuration coordonnée de ces nouvelles équipes de recherche pourrait être proposée en GHU, dans les EPST, ainsi qu'à l'EHESP. La commission propose de lancer en 2007 un programme pluridisciplinaire de recherche faisant place à toutes les disciplines concernées. A cette fin, une réflexion consensuelle sur les méthodes et le cadre de ce programme devrait être engagée rapidement.

## **B. Pratiques médicalisées**

Dans ce domaine, la commission recommande l'instauration d'un « rendez-vous santé » proposé régulièrement à chaque Français, hors d'une situation pathologique ou d'un contexte de prescription. Ce rendez-vous permettrait une évaluation des besoins de prévention avec, si besoin, l'orientation vers des dispositifs particuliers (dépistage, vaccination, etc). Ce moment d'échange permettrait de faire le point sur les besoins de santé spécifiques de chacun selon son âge et son environnement familial, social ou professionnel. En fonction de l'évaluation des besoins, il pourrait déboucher sur des mesures individuelles, médicalisées (consultations de prévention, vaccination, dépistage, éducation thérapeutique, etc..) ou non (éducation à la santé, éducation nutritionnelle, etc...). Les « rendez-vous santé » constitueraient ainsi un fil conducteur entre les temps forts représentés par les consultations périodiques de prévention. Ils offriraient également l'occasion de s'assurer que les recommandations formulées lors de ces consultations sont effectivement suivies d'effet.

Dans le cadre des maladies chroniques, la commission recommande le développement de l'éducation du patient et de son entourage, dans le cadre d'un parcours de soins et de prévention coordonné.

Un travail d'expertise associant les régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie à la Haute Autorité de Santé doit permettre de déterminer quels éléments de ces soins de prévention peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie. Les mesures qui sont retenues sont celles dont le rapport coût – efficacité est établi à un niveau de preuve suffisant. En parallèle, la rémunération des professionnels doit évoluer vers un intéressement aux résultats en termes de prévention et d'éducation pour la santé. Pour le citoyen, des mesures incitatives favorisant la participation aux dépistages organisés pourrait être aussi proposées (suppression du forfait de responsabilisation d'un euro, haut niveau de remboursement des actes pratiqués à l'occasion du dépistage, maîtrise des tarifs pratiqués par les professionnels de santé).

### C. Organisation du dispositif

Conformément à la loi du 9 Août 2004, le cadre de l'action doit être régional, autour du GRSP. Compte tenu de l'importance de l'implication des collectivités territoriales dans ce domaine, il pourrait d'ailleurs être envisagé de réunir sous un label unique des villes-santé valorisant leurs objectifs de prévention.

Dans le cadre des dépistages, gérés par le médecin traitant, une méthodologie nouvelle est proposée : lorsque les données de la littérature (méta-analyses) justifient la mise en place, le dispositif est expérimenté à l'échelon régional avec une évaluation *a priori*, puis généralisé et organisé à l'échelon national avec une démarche d'assurance-qualité et une validation *a posteriori* grâce notamment à un système d'information interactif, qui pourrait être finalement inclus dans le DMP.

Concernant la santé en milieu professionnel, la commission a pris acte du Plan Santé et Travail 2005-2009. L'un de ses objectifs consiste à « encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail ». La commission invite le ministère de la santé et celui de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement à se rapprocher afin d'enrichir cet axe et d'y intégrer plus largement la démarche préventive (une labellisation conjointe « prévention entreprise - santé » par les deux ministères pourrait favoriser l'émergence d'une attitude encore plus engagée en ce sens).

Concernant l'évaluation des actions collectives de prévention, l'instauration d'une démarche systématique, dans un cadre méthodologique adapté aux moyens disponibles, paraît souhaitable. Cette démarche consiste à recueillir, avant la mise en place de l'action, les éléments permettant de juger du rapport bénéfice / risque et du coût de l'action et à se poser la question de l'opportunité et des modalités de son suivi.

Enfin, le développement de la recherche, des études, de l'évaluation et de la formation dans le champ de la prévention doit être significativement renforcé : de nombreuses données épidémiologiques restent encore parcellaires et limitent notre estimation des besoins (c'est le cas notamment, du recueil et de l'exploitation des informations en médecine du travail, des interactions santé - environnement ou pour évaluer les méthodes de lutte contre les inégalités). Il est nécessaire de trouver les conditions permettant de réunir au mieux ces données (réseau de médecins, systèmes interopérables) afin de comprendre par exemple les implications sanitaires à distance des expositions aux toxiques et le retentissement à moyen terme sur la santé de situations de violence au travail. La mise en place de plate-formes régionales d'observation sanitaire et sociale doit être soutenue et rattachée aux organismes nationaux, notamment l'InVS.

À plus long terme, des métiers innovants peuvent être envisagés : éducateurs à la santé, éducateurs thérapeutiques, infirmières expertes en prévention. L'ensemble de ces activités viendraient s'inscrire en complément de l'activité des médecins du travail ou des médecins scolaires ou de PMI dont les missions pourraient être redéfinies en synergie avec le travail de fond du médecin traitant et l'épaulant dans sa démarche d'information quant aux programmes personnalisés de prise en charge.

#### **D. Réduction des inégalités de santé**

La commission considère que la lutte contre les inégalités de santé doit être une priorité des politiques publiques, conformément aux recommandations de l'OMS et à l'instar de nos voisins européens, et doit faire l'objet d'une approche spécifique. Cette proposition implique la conduite d'actions partenariales à tous les niveaux (national, régional, local) et la volonté d'aider le citoyen à faire des choix pertinents par des actions sur son environnement.

Afin de mettre en œuvre cette priorité, la commission propose de :

- mettre en place des études ainsi qu'une conférence sur les modes d'intervention efficaces en direction des populations vulnérables, impliquant le secteur de la santé et les partenaires en charge de l'ensemble des déterminants,
- en attendant leur conclusion, privilégier l'équité de démarches de proximité basées sur une approche populationnelle (appliquée avec succès pour réduire la transmission du VIH dans les groupes les plus à risque),
- mettre en œuvre un programme national centré sur la petite enfance dont l'objectif est de rompre le cercle générationnel des inégalités,
- inclure dans l'évaluation *a priori* des programmes de prévention, l'évaluation de leur impact sur les inégalités sociales de santé,
- conduire des appels à projets régionaux sur ce thème, qui pourrait constituer un axe obligatoire des programmes régionaux de santé publique (PRSP).

## PROPOSITIONS D' ACTIONS

1. Inscrire l'éducation à la santé dans tous les projets d'établissements scolaires et universitaires
2. Promouvoir l'activité physique, en intégrant plus fortement les professionnels du monde éducatif et sportif dans les démarches préventives
3. Élaborer un programme visant à réduire l'impact des principaux facteurs de risque sur la grossesse et la petite enfance
4. Instaurer un rendez-vous santé permettant l'évaluation individuelle des besoins de santé et de prévention et le suivi des recommandations formulées pour répondre à ces besoins
5. Optimiser le dépistage précoce des principaux facteurs de risque cardiovasculaire
6. Anticiper les répercussions des perturbations environnementales et des changements climatiques sur la santé humaine
7. Lancer un programme de recherche sur les actions et l'économie de la prévention, et sur l'évaluation des politiques de santé publique
8. Inclure dans l'évaluation *a priori* des programmes de prévention, l'évaluation de leur impact sur les inégalités sociales de santé
9. Développer l'éducation thérapeutique, dans le cadre d'un parcours coordonné de soins et de prévention
10. Mettre en place un système d'information des risques à partir des données des services de santé au travail et développer l'épidémiologie autour des facteurs de risque, des pathologies et des expositions professionnelles
11. Évaluer l'application des mesures d'interdiction du tabagisme dans les lieux publics, et les mesures d'accompagnement correspondantes
12. Relancer les programmes de vaccination en développant de nouvelles campagnes de communication
13. Définir le cadre et la faisabilité d'une expérience de consultation familiale de prévention
14. Étendre le réseau « Ville – Santé » à un plus grand nombre de collectivités en soulignant les efforts de prévention
15. Labelliser des entreprises en « Prévention - Santé » sur la base d'un cahier des charges renforçant la promotion de la santé

## CONCLUSION

Les propositions de ce rapport ont pour objet de renforcer la dynamique de prévention en santé en s'appuyant sur deux piliers majeurs : éducatif et médical. La commission établit la nécessité d'agir sur l'ensemble des facteurs concernés et de rapprocher les différents acteurs, en insistant sur le décloisonnement nécessaire entre les très nombreux partenaires.

Le fil conducteur en est le développement d'une culture de prévention dès le plus jeune âge, la prévention permanente afin que chacun préserve ses capacités d'adaptation, physiques et intellectuelles, et l'encouragement à une démarche individuelle d'évolution des comportements associée à un effort collectif de pilotage s'appuyant sur les collectivités territoriales, l'assurance maladie et les complémentaires.

Plaçant le citoyen au centre de son action, il fonde aussi sa démarche sur la motivation des acteurs éducatifs, médicaux et paramédicaux, à faire évoluer leurs pratiques vers plus d'anticipation et de collaboration.

De nouvelles évaluations doivent maintenant être menées qui nous indiqueront la hauteur des bénéfices quant à la qualité de vie des Français.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Swynghedauw B. « Introduction à la médecine évolutionniste » in « Bases Biologiques de la Cardiologie » Editions scientifiques L&C, Paris 2006 et « Médecine génomique, un pari sur l'avenir ? » Archives des Maladies du Cœur pratique juin 2005 ; N° 140: 61 – 66
2. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, Rapport du HCSP 1998, <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/docspdf/hcsp/hc001043.pdf>
3. Expertise collective « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent » rapport INSERM 2005, <http://ist.inserm.fr/basisrapports/trouble-conduites.html>
4. Avis du Comité Consultatif National d'Éthique n°92, [www.ccne-ethique.fr/francais/avis/a\\_092.htm](http://www.ccne-ethique.fr/francais/avis/a_092.htm)
5. [www.inpes.sante.fr/70000/cp/06/cp060503.htm](http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/06/cp060503.htm)
6. van Amelsvoort LG, Spigt MG, Swaen GM, Kant I. Leisure time physical activity and sickness absenteeism; a prospective study. *Occup Med (Lond)*. 2006; 56: 210-2
7. Santé à l'école : tout un programme. *Santé de l'homme* n°380. Ed Inpes, Saint Denis, nov-déc 2005
8. Décret n°2006-57 du 16 janvier 2006 relatif aux programmes de formation à l'éducation à la santé. *JO* n°16 du 19 janvier 2006.
9. Premiers éléments pour un état des lieux. Annick Fayard, Directrice et Nathalie Houzelle, chargée de mission, INPES, Direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, Juillet 2006
10. Avenant à la convention signée le 6 août 2003 entre le ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : programme de travail 2006.
11. Contrat cadre de partenariat en santé publique, entre le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, le ministre délégué à l'enseignement scolaire et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Signé le 17 juillet 2003
12. Fiches thématiques Desco B4
  - Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)
  - Prévention des conduites addictives
  - Prévention des conduites addictives : action spécifique de lutte contre le tabagisme
  - Formation aux premiers secours
  - Souffrances psychiques des enfants et des adolescents
  - Comité de pilotage du contrat cadre santé / éducation nationale
  - Publications / Direction de l'enseignement scolaire : 2005-2006
  - Protocole de soins d'urgence dans les écoles et les établissements scolaires (administration de médicaments)
  - Collaboration entre la DESCO et l'INPES
  - Éducation à la sexualité
  - Éducation à la nutrition
  - Cycle triennal d'enquêtes
13. De quoi parle-t-on ? Christelle Senterre, chercheur en santé publique Ecole de Santé publique - Université libre de Bruxelles, Département d'épidémiologie et des traumatismes, Document de travail dans le cadre du partenariat Refips – Inpes
14. Décret n°2005-1145 du 9 septembre 2005, article 20 concernant le CESC, modifiant le décret n° 85- 924 du 30 août 1985, relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. *JO* n°212 du 11 septembre 2005. cf article 20.
15. Promotion et éducation, *Global school health promotion*, volume XII, numéro 3, 2005
16. [www.bdsp.tm.fr](http://www.bdsp.tm.fr)

17. OMS – Europe. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Disease. 1998. 76p ([www.euro.who.int/document/e63674.pdf](http://www.euro.who.int/document/e63674.pdf))
18. Education pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? mars 2002 ([www.educmot.univ-montp1.fr/DocumentsPESAP/BSB2002.pdf](http://www.educmot.univ-montp1.fr/DocumentsPESAP/BSB2002.pdf))
19. Anaes. L'éducation thérapeutique chez la personne asthmatique. 2004
20. Contribution du Haut comité de la santé publique aux réflexions sur la lutte contre la iatrogénie. Rapport du Haut comité de la santé publique d'avril 1998
21. Principes et pratique du dépistage des maladies. OMS. 1970
22. Moatti JP. Contribution de l'analyse économique au débat sur le dépistage des cancers : des faux alibis aux vrais dilemmes. In : Sancho-Garnier H, Béraud C, Doré JF, Poierret J, Schaffer P, ed. Dépistage des cancers. De la médecine à la santé publique. Paris, Editions Inserm 1997
23. <http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/rbp/dysreco.pdf>
24. AFSSET. Santé et Environnement. Enjeux et clés de lecture, 2005.
25. Gerin M, Gosselin P, Cordier S, Viau C, Quenel P, Dewailly E. Environnement et Santé Publique. Fondements et pratiques. Ed. Tec & Doc. Edisem inc. Québec 2003.
26. [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/public-consult/2000decision/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/public-consult/2000decision/index_f.html)  
Niveau 5 : Groupe d'action mixte sur la dépollution de l'environnement
27. [http://www.hm-treasury.gov.uk/media/A81/1A/stern\\_shortsummary\\_french.pdf](http://www.hm-treasury.gov.uk/media/A81/1A/stern_shortsummary_french.pdf)

#### Références Complémentaires

28. [Gibson PG, et al.](#) Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001117. Review. Update in: [Cochrane Database Syst Rev. 2003;\(1\):CD001117.](#)
29. Rapport britannique du Département de la Santé : « Choosing health : Making healthy choices easier ». U.K, 2004
30. Mackenbach JP. Health inequalities : Europe in profile. European Union, 2006
31. Judge K et al. Health inequalities : a challenge for Europe. European Union, 2006
32. Wilkinson R, Marmot M, Ed. Social determinants of health. The solid facts. Second edition. OMS; bureau regional Europe 2003
33. Jong-wook J. Public Health is a social issue. Lancet, 2005; 365: 1005-6
34. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet, 2005; 365: 1099-1104
35. Exworthy M, Bindman A, Davies H, Washington E. Evidence into Policy and Practice? Measuring the progress of US and UK Policies to Tackle Disparities and Inequalities in US and UK Health and Health Care. The Milbank Quaterly, 2006; 84(1): 75-109
36. Mackenbach J, Bakker M. Reducing inequalities in Health. A european perspective. Routledge, 2002
37. Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health (second edition). Oxford, 2006
38. Sir Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health (Report). 1998
39. Covenant on Overweight and Obesity. A balance between eating and physical activity. [http://www.minvws.nl/images/convenant-english\\_tcm20-108191.pdf](http://www.minvws.nl/images/convenant-english_tcm20-108191.pdf)

## ABRÉVIATIONS

AFDPHE : Association Française De Prévention des Handicaps chez l'Enfant  
 AFSSET : Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail  
 ALAT : ALanine AminoTransférerase  
 ALD : Affection de Longue Durée  
 ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail  
 ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation des Établissements  
 ANPA: Association nationale de prévention de l'alcoolisme  
 ANPAA: Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie  
 ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida  
 ANRS : Agence Nationale de la Recherche  
 ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation  
 ASMIS : Association Santé et Médecine Interentreprise du Département de la Somme  
 ASV : Ateliers Santé Ville  
 BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive  
 CAF : Caisse d'Allocations Familiales  
 CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux  
 CCLAT : Convention-Cadre pour la Lutte Anti-Tabac  
 CépiDC : Centre d'Épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm  
 CESC : Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté  
 CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail  
 CHU : Centres Hospitalo-Universitaires  
 CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé  
 CMU : Couverture Médicale Universelle  
 CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
 CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique  
 CNS : Conférence Nationale de Santé  
 CO : Monoxyde de Carbone  
 CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
 CPE : Conseiller Principal d'Établissement  
 CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie  
 CRCM : Centre de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose  
 CRES : Comité Régional d'Éducation pour la Santé  
 CRS : Conférence Régionale de Santé  
 DESCO / DGESCO : Direction Générale de l'Enseignement Scolaire, MEN  
 DGAS : Direction Générale des Affaires Sociales  
 DGS : Direction Générale de la Santé, MSS  
 DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, MSS  
 DIV : Délégation Interministérielle à la Ville  
 DMO : Dépistage de Masse Organisé  
 DMP : Dossier Médical Personnel  
 DNM : dépistage néonatal de la mucoviscidose  
 DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
 DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
 DREES-MiRe : DREES - MIssion de la REcherche  
 DRT : Direction des Relations du Travail, Ministère du Travail

DSS : Direction de la Sécurité Sociale, au Ministère de la Santé et des Solidarités  
 EDUSCOL : Site pédagogique du Ministère de l'Éducation Nationale  
 EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique  
 EPLE : Établissement Public Local d'Enseignement  
 EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles  
 EPS : Éducation Pour la Santé  
 EPST : Établissement Public à caractère Scientifique et Technologique  
 ETP : Éducation Thérapeutique du Patient  
 FNAIR : Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux  
 FNATH : Fédération Nationale des Accidentés du Travail et Handicapés  
 FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé  
 GHU : Groupement Hopitalo-Universitaire  
 GRSP : Groupement Régional de Santé Publique  
 HAS : Haute Autorité de Santé  
 HBSC : enquête sur les comportements de santé des enfants en âge scolaire  
 (*Health Behaviour in School-aged Children*)  
 HCSP : Haut Comité de la Santé Publique  
 HPV : Human Papilloma Virus  
 IFREMER : Institut Français de Recherche pour l'Exploitation de la Mer  
 IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
 INCA : Institut Nationale du Cancer  
 INPES : Institut National de la Prévention et de l'Éducation à la Santé  
 INRA : Institut National de Recherche Agronomique  
 INRP : Institut National de Recherche Pédagogique  
 INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention  
 des accidents du travail et des maladies professionnelles  
 INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
 INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
 INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec  
 IReSP : Institut de Recherche en Santé Publique  
 (ex IvRSP : Institut virtuel de Recherche en Santé Publique)  
 IUFM : Institut Universitaire de Formation des Maîtres  
 IVS : Institut de Veille Sanitaire  
 MCP : Maladies à Caractère Professionnel  
 MEN : Ministère de l'Éducation Nationale  
 MPI : Maladies Professionnelles Indemnisables  
 MSA : Mutualité Sociale Agricole  
 MSS : Ministère de la Santé et des Solidarités  
 OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques  
 ONECR : Observatoire National d'Étude des Conduites à Risque  
 OIT : Organisation Internationale du Travail  
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
 ORS : Observatoire Régional de Santé  
 PACA : Provence - Alpes - Côte d'Azur  
 PCB : PolyChloroBiphényles  
 PME : Petites et Moyennes Entreprises  
 PMI : Protection Maternelle et Infantile  
 PNNS : Programme National Nutrition Santé  
 PNSE : Programme National Santé Environnement  
 PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins  
 PRSP : Plan Régional de Santé Publique  
 PST : Plan national Santé au Travail  
 REFIPS: RÉseau Francophone International pour la Promotion de la Santé

RMI : Revenu Minimal d'Insertion  
RPC: Recommandations pour la Pratique Clinique  
SICOM : Service de l'Information et de la Communication, MSS  
SREPS : Schémas Régionaux d'Éducation Pour la Santé  
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
TBST : Tableau de Bord de Suivi Tarifaire  
TIR : Trypsine ImmunoRéactive  
TPE : Très Petites Entreprises  
UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire  
UIPES : Union Internationale de Promotion de la santé et d'Éducation pour la Santé  
ULB-PROMES : Université Libre de Bruxelles – Unité de Promotion  
et d'Éducation à la Santé  
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie  
USEM : Union nationale des Sociétés Étudiantes Mutualistes régionales  
VHC : Virus de l'Hépatite C  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Annexes

### Annexe 1a                      Composition de la Commission d'Orientation

#### ARRETE DU 12 JUIN 2006 PORTANT CREATION DE LA COMMISSION D'ORIENTATION PREPARATOIRE DES ETATS GENERAUX DE LA PREVENTION

#### **Le ministre de la santé et des solidarités**

Vu le décret n° 89-271 du 12 avril 1989 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais de déplacement des personnels civils à l'intérieur d'un département d'outre-mer, entre la métropole et ces départements, et pour se rendre d'un département d'outre-mer à un autre, modifié par les décrets 98-843 du 22 septembre 1998 et n° 99-807 du 15 septembre 1999.

Vu le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 modifié fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France, lorsqu'ils sont à la charge du budget de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés, modifié par les décrets n° 99-744 du 30 août 1999 et n° 2000-98 du 22 septembre 2000.

Sur proposition du directeur général de la santé,

#### **Arrête :**

**Article 1 :** Il est institué, pour une durée de 1 an auprès du directeur général de la santé, une commission d'orientation interministérielle présidé par le Docteur Jean-François TOUSSAINT, maître de conférences universitaires, praticien hospitalier, cardiologue. Cette commission est chargée :

- de réaliser un diagnostic des actions de prévention actuellement en vigueur,
- de proposer des orientations et priorités d'actions,
- de définir les priorités à aborder lors des Etats généraux,
- d'assurer le suivi de la stratégie de prévention sous tous ses aspects.

**Article 2 :** Outre les représentants des directions du ministère de la santé et des solidarités, la commission d'orientation est composée des personnes suivantes :

- Catherine BISMUTH (Paris)
- Gilles BRÜCKER (Saint-Maurice)
- Jeanne BRUGERE-PICOUX (Maisons-Alfort)
- Yves CHARPAK (Bruxelles)
- Dominique CHOUDAT (Paris)
- Jean Pierre DAURES (Montpellier)
- Bertrand DAUTZENBERG (Paris)
- Jean-François DODET (Dijon)
- Gérard DURU (Villeurbanne)
- Bertrand GARROS (Paris)
- Jean-Pierre GIORDANELLA (Paris)
- Anne GOMPEL (Paris)
- Alain GRIMFELD (Paris)
- Serge HERCBERG (Paris)
- Philippe LAMOUREUX (Saint-Denis)
- Thierry LANG (Toulouse)
- Doina LAROQUE (Nice)
- Yves MATILLON (Paris)
- Philippe MOUROUGA (Boulogne)
- Christian PERRONNE (Garches)
- Alfred SPIRA (Le Kremlin Bicêtre)
- Jean-Louis TERRA (Bron)
- Jean-François TOUSSAINT (Paris)
- Alain TRUGEON (Amiens)

**Article 9 :** La commission précitée peut faire appel à des personnalités françaises ou étrangères dont la connaissance est utile à la conduite des travaux préparatoires à la tenue des Etats généraux de la prévention.

**Article 10 :** Les membres de la commission peuvent être remboursés de leurs frais selon les modalités prévues par les décrets du 12 avril 1989 et du 28 mai 1990 susvisés.

**Article 11 :** Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin Officiel du ministère de la santé et des solidarités.

Fait à Paris, le 12 Juin 2006

Le ministre de la santé et des solidarités

Pour le ministre et par délégation  
Le directeur général de la santé  
D. Houssin

**ARRETE DU 15 SEPTEMBRE PORTANT CREATION  
DE LA COMMISSION D'ORIENTATION PREPARATOIRE  
DES ETATS GENERAUX DE LA PREVENTION**

**Le ministre de la santé et des solidarités**

Vu le décret n° 89-271 du 12 avril 1989 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais de déplacement des personnels civils à l'intérieur d'un département d'outre-mer, entre la métropole et ces départements, et pour se rendre d'un département d'outre-mer à un autre, modifié par les décrets 98-843 du 22 septembre 1998 et n° 99-807 du 15 septembre 1999.

Vu le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 modifié fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France, lorsqu'ils sont à la charge du budget de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés, modifié par les décrets n° 99-744 du 30 août 1999 et n° 2000-98 du 22 septembre 2000.

Vu l'arrêté ministériel du 12 juin 2006 portant création de la commission d'orientation préparatoire des états généraux de la prévention.

Sur proposition du directeur général de la santé,

**Arrête :**

**Article 1 :** la composition de la commission d'orientation, présentée à l'article 2 de l'arrêté du 12 juin 2006 portant création de la commission d'orientation préparatoire des états généraux de la prévention, est complétée comme suit :

- Pierre CHEVROT (Igny)
- Gérard DOHEIN (Lambres les Douai)

**Article 2 :** Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin Officiel du ministère de la santé et des solidarités.

Fait à Paris, le 15 septembre 2006

Le ministre de la santé et des solidarités

Pour le ministre et par délégation  
Le directeur général de la santé  
D. Houssin

## Annexe 1b

Composition de la Commission d'Orientation  
Domaines d'Expertise des Membres

Cardiovasculaire	Jean-François Toussaint (Président)
Académie de Médecine	Jeanne Brugère-Picoux
Association de patients	Doïna Laroque
Economie	Gérard Duru
Environnement	Alain Grimfeld
Épidémiologie	Jean-Pierre Daures
Gynécologie	Anne Gompel
Infectiologie, vaccination	Christian Perronne
Inégalités sociales	Thierry Lang
Médecine générale	Pierre Chevrot
	Gérard Dohein
Nutrition	Serge Hercberg
OMS	Yves Charpak
Psychiatrie	Jean-Louis Terra
Qualité des soins	Yves Matillon
Tabac	Bertrand Dautzenberg
Santé au travail	Dominique Choudat

Directions, instituts et institutions associés

DGS	François Barastier (secrétaire technique)
Autres directions de centrale:	DHOS, DGAS, DSS, DREES, DGESCO, DGT
CNAMTS	Catherine Bismuth
CPAM	Jean Pierre Giordanella
FNORS	Alain Trugeon
HAS	Philippe Martel
HCSP	Jean-François Dodet
INCA	Philippe Mourouga
INPES	Philippe Lamoureux
INSERM	Alfred Spira
InVS	Gilles Brucker
Mutuelles	Bertrand Garros

## Annexe 2

## Composition des groupes de travail

<p><b>1 - parcours de prévention, protection sociale</b></p> <p><u>Coordonateur</u> : Bertrand Garros          CNAMTS Catherine Bismuth</p> <p><u>Membres et experts</u> : Yves Charpak, Pierre Chevrot, Gérard Dohein, Marc Zamichiei</p> <p><u>Directions et Instituts</u> : CNAMTS – DSS (Pascal Perrot) - DHOS – DGS (SD2 Eric Waisbord) – HAS (Philippe Martel) – DRASS – DGAS – INPES (Philippe Lamoureux et Marie-Josée Moquet) - Marc Zamichiei (Mutuelles de France, Adm. CNAMTS) –</p>
<p><b>2 - inégalités de santé et organisation territoriale</b></p> <p><u>Coordonateur</u> Jean-François Dodet          DGS Hélène Khodoss</p> <p><u>Membres et experts</u> : Alfred Spira, Thierry Lang, Jean-Pierre Giordanella</p> <p><u>Directions et Instituts</u> : DRASS – DGAS - DREES - DGS (SD1 Hélène Khodoss – SD6 Bernard Basset) – ARH – DHOS – CNAMTS – DSS – INPES (Annie Claude Marchand et René Demeulemeester)</p>
<p><b>3 - promotion de la santé en milieu de travail</b></p> <p><u>Coordonateur</u> Dominique Choudat          DRT Catherine Tindillière</p> <p><u>Membres et experts</u> : Serge Hercberg, Alain Trugeon</p> <p><u>Directions et Instituts</u> : DSS - DGS (SD7 Jocelyne Boudot) – INPES (René Demeulemeester)</p>
<p><b>4 - promotion de la santé en milieu scolaire</b></p> <p><u>Coordonateur</u> Philippe Lamoureux          INPES Annick Fayard</p> <p><u>Membres et experts</u> : Anne Gompel, Jean-François d'Ivernois</p> <p><u>Directions et Instituts</u> : DGESCO (Christiane Veyret) – FNES (Jean-Pierre Deschamps - DGS (SD5 Patrick Ambroise, Zinna Bessa - SD6 Bernard Basset) – DRASS – DHOS – INPES (Annick Fayard)</p>

**5 - éducation du patient et maladies chroniques**

Coordonateur Bertrand Dautzenberg

DGS - SD5 Martine Lequellec-Nathan

Membres et experts : Jean-Louis Terra, Jean-Louis San Marco

Directions et Instituts : DHOS (Eliane Apert) – ARH – CNAMTS - DGS (SD5D) - SICOM (campagnes métiers) – HAS – DSS – INPES (Annick Fayard, Pierre Arwidson et Isabelle Vincent)

**6 - outils et méthodes de dépistage**

Coordonateur Jean-Pierre Daures

HAS Anne-Françoise Pauchet-Traversat

Membres et experts : Philippe Mourouga, Anne Gompel

Directions et Instituts : CNAMTS – DHOS – DSS – ARH - DGS (SD5A + SD5D Martine Lequellec-Nathan / Renaud Morin / Carole Cretin) – INPES (Michel Dépinoy)

**7 - recherche, évaluation, formation**

Coordonateur Gérard Duru

INPES Pierre Arwidson, Isabelle Vincent

Membres et experts : Christian Perronne, Philippe Martel, Jean-François Toussaint

Directions et Instituts : DREES (Pierre Strobel) – DSS – DHOS - DGS (SD1 : Hélène Khodoss – SD2 : Eric Waisbord) - SICOM (campagnes métiers) – INPES (Annick Fayard, Pierre Arwidson, Philippe Guilbert et Isabelle Vincent)

**8 - déterminants environnementaux**

Coordonateur Alain Grimfeld

DGS - SD7 Jocelyne Boudot

Membres et experts : Jeanne Brugère-Picoux, Gilles Brücker,

Directions et Instituts : DRASS - DGS (SD7) – ARH – InVS – INPES (Pierre Arwidson)

**9 - éthique**

Coordonateur Michel Hannoun

Experts : Jeannine Chanteur, Jean-Pierre Giordanella, Jean-Pierre Olie, Grégory Katz-Benichou

Directions et Instituts : Jean-Claude Ameisen : CCNE, INSERM, Emmanuel Hirsch : Espace Éthique APHP

## Annexe 3

## Calendrier des sessions, présentations et entretiens

12 Juin

Commission d'Orientation

Missions et Objectifs

JF. TOUSSAINT, Président de la Commission d'Orientation

B. LESAFFRE, Conseiller au cabinet, responsable du pôle santé publique

Membres de la Commission

20 Juin

Haute Autorité de Santé

Pr L. DEGOS, Président du Collège

M. F. ROMANEIX, Directeur

Mme C. RUMEAU-PICHON, M. P. MARTEL, Service Evaluation et Santé Publique

22 Juin

Pr D. NIZRI, Conseiller Médical, MSS

22 Juin

Direction Générale de la Santé

Responsables des pôles santé publique des DRASS

23 Juin

Pr G. BRÉART, Conseiller santé publique, MSS

26 Juin

Commission d'Orientation

Les Plans Régionaux de Santé Publique

V. MALLET, Sous-Direction Politique de Santé et Stratégies, MSS

Les objectifs de la loi relative à la politique de santé publique

A. FONTAINE, Direction Générale de la Santé

Les indicateurs nationaux et régionaux

S. DANET, P. CUNEO, Direction de la Recherche, de l'Evaluation et des Statistiques

Analyse économique des comportements de prévention : contribution des comparaisons internationales

S. JACOBZONE, Economiste, OCDE

Le bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé

Y. CHARPAK, OMS

29 Juin

Direction Générale de la Santé

Directeurs des DRASS

JF. TOUSSAINT

10 Juillet

Commission d'Orientation

Missions et stratégies de prévention

P. LAMOUREUX, INPES

Consultation familiale de prévention

J. MENARD, Université Paris 5

Pour une culture partagée de la prévention

P. MOUROUGA, INCA

24 Juillet

Commission d'Orientation

Présentation des rapports des groupes de travail

Coordonateurs des groupes

18 Septembre

Préparation des Assises Nationales

Membres de la Commission

25 Septembre

Mutuelle Sociale Agricole

M. J. PORTIER, Directeur

Pr D. BERTRAND, Médecin National

Dr B. DUBOC, Médecin Conseiller Technique National

Union nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes régionales

M. E. BIDOU, Président

3 Octobre

Fédération Hospitalière de France

M. D. CAUSSE, Délégué Général Adjoint

Dr B. GOUGET, Pôle Offre de Soins

Conférence Nationale de Santé

JF. TOUSSAINT

4 Octobre

DRASS Auvergne

M. C. CELDRAN, Directeur Régional

Mme M. TARDIEU, Pôle Santé Publique et Prévention

6 Octobre

M. J. CASTEX, Directeur de Cabinet, MSS

10 Octobre

Commission d'Orientation

Coordination des ateliers des Assises Nationales

19 Octobre

Associations et Fédérations

Dr A. RIGAUD, Président National, ANPAA

Dr P. ELINEAU, Directeur Général, ANPAA

M. JP. COUTERON, ANIT

Mme M. LOGEZ, M. P. LORENZO, FNES

24 Octobre

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
M. F. VAN ROEKEGHEM, Directeur Général  
Pr H. ALLEMAND, Médecin Conseil National

6 Novembre

Pr F. BOURDILLON, Président de la Société Française de Santé Publique  
Dr A. MOSNIER, OpenRome  
Dr E. RICARD, Société Française de Santé Publique

Commission d'Orientation

Rapports des ateliers et groupes de travail  
Coordonateurs des groupes

Collectif et Associations de patients

M. JL. BERNARD, Président du Collectif Interassociatif Sur la Santé  
M. PK. FELISSI, Fédération Nationale des Accidentés du Travail et Handicapés  
M. T. SANNIE, Association Française des Hémophiles  
M. JP. LACROIX, FNAIR, Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux

7 Novembre

Mme J. BAUDE, Association France AVC  
Dr C. ISNARD BAGNIS, Société Française de Néphrologie  
Dr F. WOIMANT, Présidente, Société Française Neurovasculaire  
Pr E. BRUCKERT, Président, Société Française d'Athérosclérose  
Pr A. VAHANIAN, Président, Fédération Française de Cardiologie  
Dr M. VAYSSAIRAT, Président, Collège Français de Pathologie Vasculaire

14 Novembre

Associations et Fédérations

Dr A. RIGAUD, Président National, ANPAA  
Dr P. ELINEAU, Directeur Général, ANPAA  
M. M. BOULANGER, ANIT  
M. P. LORENZO, FNES

Association Familles Rurales

M. T. DAMIEN, Président  
Mme B. MAGDELAINE, Chargé de Mission  
Mme C. DECAUX, Responsable du pôle Vie économique et sociale

5 Décembre

M. G. BLOCH, Directeur de la recherche et de la technologie, Ministère délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche

## Annexe 4

Personnalités entendues dans le cadre  
des États Généraux de la Prévention

Dr A. BUREAU, Association Française pour la Contraception  
Dr Agnès CHARLEMAGNE, médecin épidémiologiste  
Dr Bernard CIANOT, INRS  
Dr Brigitte DUBOC, stomatologiste, Mutualité Sociale Agricole  
Dr Catherine BERNARD, Médecin inspecteur de santé publique, Ddass de Paris  
Dr Christian PRADIER  
Dr Danièle MISCHLICH, DGS SP1  
Dr E. RICARD, Société française de santé publique  
Dr FLEURY, Centre de prévention Inserm  
Dr Gilles RAULT, Vaincre la mucoviscidose  
Dr I. JABLONSKI, représentante des internes en gynécologie médicale  
Dr LIVELBECK  
Dr Michel HANNOUN, Vice-président de la Société française d'Economie de la Santé  
Dr Sophie RAVILLY, Vaincre la mucoviscidose  
Dr Yves MAGAR, Pneumologue, Association Asthme & Allergies  
Mme Nathalie HOUZELLE, INPES  
Mme Alexandra FOURCADE, DHOS, Ministère de la santé  
Mme Anne CHATFIELD, médecin-inspecteur régional du travail du Nord-Pas-de-Calais  
Mme Anne GALEC, ORS des Pays de Loire  
Mme Anne PAUCHET TRAVERSAT, Haute Autorité de Santé  
Mme Anne-Christine DUPONT, Fédération nationale des orthophonistes  
Mme Anne-Marie SERVANT  
Mme Anne-Marie VIDART, Diabétologue  
Mme Annick FAYARD, INPES  
Mme Annick LEMARCHAND  
Mme Annick LOUVEL, Services Universitaires de la Santé  
Mme Annie-Claude MARCHAND, Inpes  
Mme Béatrice MAGDELAINE, Fédération Nationale des Familles Rurales  
Mme Béatrice SENEMAUD, DRASS du Centre  
Mme Bernadette LEMERY, Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé  
Mme Bernadette LEVITOR, représentante d'un collectif d'usagers de la santé  
Mme Brigitte MARIANI, chef de projet du contrat de ville, Anthony  
Mme Brigitte SPECK, Association de langue française d'Etudes du Diabète  
Mme C. RUMEAU-PICHON  
Mme Carole HAZE, Fédération des Mutuelles de France  
Mme Catherine MIR, DGS  
Mme Catherine BUISSON, épidémiologiste, département santé au travail  
Institut de veille sanitaire  
Mme Cécile FOURNIER, INPES  
Mme Céline LABALETTE, INPES  
Mme Colette MENARD, Direction des affaires scientifiques, INPES  
Mme Colette JACQUES, médecin-inspecteur régional du travail  
et de la main d'œuvre de Haute-Normandie  
Mme Danièle CULLET, DHOS, Ministère de la santé

Mme Delphine GIRARD, INPES  
Mme Dominique ORIOL, Directrice de l'Action Sanitaire et Sociale et des Services  
aux Personnes, Mutuelle Sociale Agricole  
Mme Dorothée MARTIN, Institut Renaudot  
Mme Eliane APERT, DHOS, Ministère de la santé  
Mme Elisabeth BIAIS-CANHOYEA, FNI  
Mme Evelyne ANDRE, DRASS Poitou-Charente  
Mme Fabienne DECHET  
Mme Fatima KARTOUT, Fédération de la Mutualité française  
Mme Françoise PASSY, vice-Présidente de l'ANPA  
Mme Françoise VAN DER HAGEN, animatrice de prévention  
Mme Ghislaine HOCHBERG, Vice Présidente DELF  
Mme Hélène ESCALON, INPES  
Mme Isabelle BISSERY  
Mme Isabelle DESCOURS, Chef du bureau des conditions du travail, Direction  
Mme Isabelle PALUD-GOUESCLOU, Bureau des conditions de travail  
et de la médecine du travail, DGT  
Mme Isabelle VICANOVIA, Fédération nationale des infirmières  
Mme Jany BATAILLE, Association Parkinson FFGP  
Mme Lijiljana JOVIC, DRASS d'Ile-de-France  
Mme Magalie DUWELTZ, Sos Benjamin – ONECR  
Mme Marie-Claire L'HELGOUACH, DRASS Ile-de-France  
Mme Marie-Claire MINOLAS  
Mme Maryse CARRERE, INPES  
Mme Michèle BRAMI  
Mme Monique FERRY, Présidente Directrice Générale du Centre de Prévention  
pour Réussir son Vieillessement  
Mme Monique LARCHE-BOCHET, chef de l'inspection médicale, DGI  
Mme Mylène BACON, EFFORMIP  
Mme MJ MOQUET, INPES  
Mme Nadine LABAYE  
Mme Nadine NEULAT, Direction de l'Enseignement Scolaire,  
Bureau de la prévention en milieu scolaire,  
Mme Natacha LEMAIRE, DDGOS, CNAMTS  
Mme Odette VAUDRAY, Fédération Nationale des Podologues  
Mme Patricia SOUSA, Directrice du service interprofessionnel de santé au travail, Le Havre  
Mme Sandrine BROUSSOULOUX  
Mme Sandrine VAZELLE, Patiente  
Mme Sophie DARTEVELLE  
Mme Sylvie LEFEVRE, ANPAA, Seine-et-Marne  
Mme Véronique DEVINEAU, chargée de mission prévention à l'IRCAM  
des Pays de Loire  
Mme BOURGEOIS  
Mme CLAVEL  
Mme DESLOGES, SREPS  
Mme DIB

Mme DUJONCQUOY  
Mme JEANNERET  
Mme JOUAN-FLAHAULT  
Mme LANTERNIER, Mutuelle  
Mme LEURIDAN  
M. Alexandre BIOSSE DUPLAN, AFH  
M. André MORIN, Service des ALD à la HAS  
M. Antoine GUENIFFEY, Direction Générale de la Santé  
M. Bernard ARNODO, médecin-inspecteur régional du travail du Centre  
M. Bernard LEMAND, épidémiologiste à l'Institut National de Recherche sur les Transports et la Sécurité  
M. Bernard ORTOLAN, CNFMC libéraux  
M. Bernard SIANO, chargé du département études et assistance médicale, INRS  
M. Christian AUGER, Union française pour la Santé bucco-dentaire  
M. Christian ROSSIGNOL, Association nationale de prévention de l'alcoolisme ANPA  
M. Christophe DUGUET, Association Française contre les Myopathie  
M. Claude RAMBAUD, Association LIEN  
M. Daniel MOTTA, INRP  
M. David FRIBOULET  
M. David VERNEZ, adjoint du chef de département de la santé au travail, AFSSET  
M. David-Romain BERTHELOT, SCHERING-PLOUGH  
M. Dominique RODRIGUEZ, maire de Presles-en-Brie, Seine-et-Marne, Fédération Française des Collectivités de Compostage  
M. Dominique SIMON, Diabétologue à la Pitié Salpêtrière  
M. Edouard BIDOU, Président Union nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes régionales  
M. Emmanuel GERAT, chargé de mission DGT ;  
M. Frédéric JACQUET, DRASS Languedoc-Roussillon  
M. Frédéric VAN ROECKEGHEM, Directeur Général CPAM  
M. Gérard CASSINO, Directeur général du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de Picardie  
M. Gérard LASFARGUE, Agence française de sécurité sanitaire en environnement de travail  
M. Gérard RAYMOND, Association française des diabétiques  
M. Henri CARON  
M. Hervé TARON, Chirurgien dentiste, UFSBD  
M. Hervé TREPPOZ, Chargé de la gestion des examens de prévention Mutualité Sociale Agricole  
M. I. SUAUDEAU, Centre d'Examen de Santé de la Sécurité sociale.  
M. J. RENDU, bénévole, mouvement d'entraide auprès des alcooliques,  
M. J-C. AZERAIN, responsable d'un espace de prévention, Montpellier,  
M. Jean CHAPELET, DRASS PACA  
M. Jean TOURNADE, Economiste  
M. Jean-Baptiste HERBET  
M. Jean-Claude ROUSSEL, FFAAIR  
M. Jean-Louis ZYLBERBERG, médecin du travail, RATP  
M. Jean-Michel DOKI-THONON, DRASS de Bretagne  
M. Jean-Pierre DEVILLE, centre d'examen de santé, Saint-Étienne  
M. Jean-Yves LEMERLE, Fédération Française des Kinésithérapeutes  
M. Jérôme FOUCAUD, chargé d'expertise scientifique, INPES

M. Philippe Karim FELISSI, FNATH  
M. Lionel CHARLES, chercheur en sciences sociales  
M. Marc ZAMICHIEI, Vice-président de la Fédération des mutuelles de France  
M. MARTE, Régime des travailleurs indépendants  
M. Michel GREMY, DRASS du Languedoc-Roussillon  
M. Nicolas REYMES, Sida Info Service  
M. Norbert DEVILLE, CETAF  
M. Olivier KATIAN, Président d'Olympio  
M. Olivier ROMAIN, Fédération Française d'Addictologie  
M. Pascal LOUIS, Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'Officine, CNGPO  
M. Philippe BIELEC, Caisse nationale de l'assurance maladie  
M. Pierre BUTTET, INPES  
M. Pierre VERGER, médecin épidémiologiste, Directeur adjoint de l'Observatoire régional de la santé PACA ;  
M. Roland BOURDET, Conseil Economique et Social Régional de Haute  
M. Sylvain DENIS, Président de la Fédération Nationale des Associations de Retraités  
M. Thomas SANNIE, Vice-président de l'Association Française des Hémophiles  
M. Vincent VAN BOCUSTAEL, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole  
M. Yves HELBECQUE, médecin coordonnateur ASMIS, Amiens  
M. Pierre ARWIDSON, INPES  
M. Pierre STROBEL, DREES MIRE  
M. SICARD  
Pr Emmanuel HIRSCH, Directeur de l'Espace éthique de l'AP-HP  
Pr Grégory KATZ-BENICHOU, Pharmacien, Professeur de bioéthique et d'innovation thérapeutique, ESSEC  
Pr Hubert ALLEMAND, Médecin Conseil National de la CNAM  
Pr Jean-Claude AMEISEN, Immunologiste, Président du Comité d'Ethique de l'Inserm, membre du Comité Consultatif National d'Ethique  
Pr Jean-Louis SAN MARCO, Inpes  
Pr Jeannine CHANTEUR, Professeur émérite de philosophie morale et politique à la Sorbonne  
Pr Jean-Pierre OLIE, Psychiatre, Chef de Service de l'Hôpital Sainte-Anne  
Pr Laurent DEGOS, Président de la Haute Autorité de Santé

## **Ouverture des Assises Nationales États Généraux de la Prévention**

**Xavier BERTRAND**  
**Ministre de la Santé et des Solidarités**

Mesdames et messieurs, je suis très heureux d'ouvrir ces Etats Généraux de la Prévention, qui vont eux-même ouvrir la réflexion que je souhaite lancer sur la prévention. Nous savons que la France dispose d'un système de soins performant, qui est même considéré par certains comme le meilleur au monde. Je suis convaincu que nous avons vraiment amélioré la qualité de notre système de soins en soutenant l'innovation thérapeutique, en rendant la prise en charge des patients plus cohérente, en favorisant les complémentarités entre secteur privé et secteur public, et surtout en veillant en permanence à garantir à l'ensemble de nos concitoyens l'égalité d'accès à des soins de qualité.

Toutefois, notre système de soins présente encore un certain nombre de faiblesses. J'en vois particulièrement deux, que nous voulons enrayer. La première est la mortalité prématurée élevée. Nous enregistrons encore trop de décès évitables avant 65 ans. La deuxième réside dans les inégalités de santé entre les catégories socio-économiques, les femmes et les hommes, ainsi qu'entre différentes régions. Nous savons que cette mortalité prématurée, mais aussi une part importante des inégalités de santé, relèvent d'un certain nombre de facteurs de risque principaux, à savoir le tabac, l'alcool, les facteurs nutritionnels, le suicide, et les accidents de la circulation.

Il n'y a aucune fatalité à ce que ces facteurs de risque perdurent. Nous avons toujours résolument lutté contre eux et nous continuons dans cette direction en favorisant clairement une politique de prévention plus énergique. Nous savons donc que nous possédons l'un des meilleurs systèmes de soins en matière de soins curatifs. Je veux que nous ayons l'un des meilleurs systèmes en matière de prévention.

La prévention constitue un changement de vision majeur dans le système de soins, car le patient devient véritablement acteur de sa propre santé, sans attendre que les symptômes se manifestent pour rentrer dans le système de santé. La prévention, nous le savons, est plébiscitée par les patients. Encore faut-il s'accorder sur ce que ce terme de prévention recouvre. Des actions sont déjà menées depuis de nombreuses années en matière de prévention. Ce n'est pas aujourd'hui que nous allons commencer à agir dans ce domaine.

Pour moi, ces Assises Nationales marquent un point de départ en matière de méthode, en donnant pour la première fois la parole à l'ensemble des acteurs de notre système de soins, qu'il s'agisse des professionnels de santé, des institutionnels, des usagers et des associations. L'ensemble de ces acteurs va nous permettre de faire

le point sur les avancées en matière de prévention, tout en dessinant de nouvelles perspectives.

Pour ma part, je souhaite que nous définissions de nouvelles thématiques, de nouveaux acteurs et de nouveaux actes en matière de prévention, avec des moyens nouveaux consacrés à la prévention.

Je remercie le docteur Jean-François Toussaint et l'ensemble des membres du Comité d'orientation pour les travaux qui sont au fondement de ces journées et qui vont nous permettre aujourd'hui d'engager toute une nouvelle thématique. La politique de santé que nous menons est d'ores et déjà tournée vers la prévention. Selon l'OCDE, notre pays se classe en sixième position en matière de dépenses liées à des programmes de prévention. Le total des dépenses de prévention, y compris celles incluses dans la consommation de soins, atteint en 2005 la somme de 12 milliards d'euros, soit 0,7 % du PIB, contre 10,5 milliards d'euros en 2002. Je ne laisserai donc personne dire que rien n'est fait. Ce que je veux, c'est que nous puissions à la fois faire plus et mieux.

Les lois promulguées en 2004, en jetant les bases de la réforme de notre système de santé, permettent aussi de donner davantage de place et d'espace à la prévention. A la suite notamment de la loi de santé publique, cinq plans stratégiques de santé publique ont été décidés. Le plan Cancer, le plan Santé Environnement et le plan Maladies Rares ont d'ores et déjà été mis en œuvre. Le plan Violence, Comportements à risque et Conduite addictive et le plan Maladie Chronique et Qualité de vie seront lancés avant la fin de l'année 2006.

De plus, 100 objectifs comprenant 415 propositions d'action de prévention ont été définis en ciblant les grandes pathologies, les principaux déterminants de santé ou des populations cibles. Les trois chantiers présidentiels (la sécurité routière, le cancer et le handicap) font également appel à des démarches ambitieuses en termes de prévention. L'une des innovations majeures de la loi de santé publique, c'est que chaque objectif est assorti d'indicateurs mesurables et évaluables. Je me félicite que le premier rapport de suivi de ces indicateurs vienne d'être transmis au Parlement et à vous-mêmes. C'est donc également la première fois que vous, acteurs nationaux et régionaux, disposez d'un état des lieux complet, région par région, de ce qui va mieux ou de ce qui ne va pas.

J'ai souhaité que vous disposiez de ce texte, qui montre en toute transparence l'état ou l'évolution des sujets qui sont au cœur de nos préoccupations. J'attire en particulier votre attention sur les cartographies qui ont été réalisées sur la base de certains de ces indicateurs, mettant en évidence les disparités régionales. Notre devoir collectif est de parvenir à réduire les inégalités de santé.

Ces chiffres confortent non seulement les efforts que nous menons, notamment en matière de lutte contre le cancer, le VIH ou les risques infectieux, mais nous invitent à aller encore plus loin. Il est cependant évident que le constat qui figure dans ce document doit être approfondi et surtout traduit par des actions concrètes. J'attends de mes services et de vous-même que vous partiez de ces résultats pour me proposer les suites qu'il convient de leur donner sans vous restreindre, sans vous limiter, sans vous censurer, en laissant aussi la place la plus large à l'imagination, sans vous poser aujourd'hui de questions de contraintes.

La lutte contre les comportements à risque est déjà largement engagée. Je pense en premier lieu à l'interdiction de fumer dans les lieux publics, qui nous permettra de diminuer le lourd tribut lié à la consommation de tabac et qui nous concerne tous, que l'on soit fumeur ou non-fumeur. Vous connaissez également mon engagement dans la prévention de l'alcoolisme, notamment auprès des femmes enceintes, qui s'est traduit par la publication le 3 octobre dernier de l'arrêté sur le syndrome d'alcoolisation foetale.

La prévention, c'est aussi le PNNS2, que j'ai présenté le 6 septembre dernier. Ce plan, après avoir été présenté, doit vivre dans toutes ses composantes, avec un maximum d'acteurs. La prévention consiste également en le remboursement de nouveaux actes, tels que l'ostéodensitométrie. Nous savons qu'entre 2,5 et 3 millions de personnes vont enfin pouvoir bénéficier de ce remboursement par l'Assurance Maladie, ce qui va nous permettre d'intervenir beaucoup plus tôt et d'éviter la fracture du col du fémur. La prévention réside également dans la mise en place de consultations bucco-dentaires gratuites pour les enfants à 6 et 12 ans, avec une prise en charge intégrale des soins par l'Assurance Maladie.

Je ne vous cache pas qu'il a fallu bousculer des habitudes, des résistances et des réticences, notamment par rapport aux moyens financiers à mobiliser. Pour ma part, je suis prêt à investir dans notre système de santé parce que je suis persuadé que l'investissement consenti pour prendre en charge l'ostéodensitométrie est un investissement utile.

La prévention, c'est aussi le préservatif à 20 centimes d'euros, que nous avons lancé pour endiguer les IST et le sida. Nous avons décidé que ce dispositif serait à la portée de l'ensemble de nos publics concernés dans les établissements scolaires, les hôpitaux et chez un certain nombre de dépositaires de presse.

Amplifier le mouvement de prévention passe aussi par le renforcement des dépistages. C'est ce que nous avons fait avec la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes âgées de 50 à 74 ans. C'est aussi notre ambition dans le domaine du dépistage du cancer colorectal. Là encore, il ne s'agit pas d'afficher nos objectifs mais de voir dans le détail, avec vous, quelles sont les raisons pour lesquelles nous n'avons pas réussi à aller au-delà de nos objectifs. Voilà pourquoi nous avons besoin de nous mettre à la place des patients et des professionnels de santé pour pouvoir lever toutes les résistances.

Ce mouvement de prévention sera renforcé également par une plus grande coordination du parcours de soins. Le dossier médical personnel comporte un volet permettant d'inscrire les actes de prévention dans la pratique quotidienne de l'ensemble de nos concitoyens.

Nous avons voulu également, avec les complémentaires santé, mettre en place un certain nombre d'actes de prévention. Pour bénéficier du label « contrat responsable » et des avantages qui y sont liés, il faut aussi prendre en charge des actes de prévention.

Les Assises Nationales nous permettent d'aller au-delà. Je souhaite mobiliser la société civile, et pas seulement dans les discours. Voilà pourquoi je souhaite un vrai débat citoyen sur la place de la prévention. J'attends de l'ensemble des acteurs ici présent des propositions concrètes pour faire vivre la prévention dans le quotidien des Français. C'est l'occasion de faire valoir vos idées et vos positions. La politique de

prévention ne doit pas être décidée uniquement par le ministère. Je souhaite que tous les acteurs qui sont déjà investis dans les actions de proximité se fassent entendre.

Ces assises marquent une étape importante du processus, mais seulement une étape. Le diagnostic et les pistes contenus dans le rapport présenté par Jean-François Toussaint seront débattus. C'est un débat qui nous concerne tous et qui doit sortir du seul cadre professionnel et institutionnel. Nous allons donc poursuivre par des forums régionaux organisés sous l'égide des Conférences Régionales de Santé.

Il est important de tirer profit des conclusions contenues dans un certain nombre de sondages, qui donnent une idée relativement précise de l'état d'esprit et des possibilités. Nous constatons notamment que les médecins pratiquent d'ores et déjà la prévention. La médecine de ville doit être largement associée au mouvement de prévention. Néanmoins, tant que nous n'aurons pas allégé un certain nombre de tâches administratives, il ne sera pas possible pour les médecins de consacrer davantage de temps à la prévention. C'est l'une de mes priorités. De même, il nous faudra aussi nous donner les moyens de faire vivre ces consultations de prévention. Depuis mars 2006, la négociation conventionnelle Assurance Maladie/médecins libéraux a enfin abordé le champ de la prévention en ciblant quelques actions. Nous souhaitons, dès le PLFSS 2007, permettre la consultation gratuite de prévention pour toute personne de plus de 70 ans.

La Commission d'Orientation suggère d'amplifier le nombre et la fréquence de ces rendez-vous santé et de baliser ainsi un parcours de prévention aux différents âges de la vie. C'est une orientation prometteuse pour certains, permettant de faire gagner la politique de prévention en lisibilité et en efficacité. Je vous invite à donner votre avis sur ce sujet, comme je souhaite également que vous réfléchissiez à la création d'une consultation de prévention gratuite pour les moins de 35 ans. Nous savons qu'il y a des âges où, sans problème de santé majeur, on n'a pas affaire au système de santé. Pourtant, lorsque l'on est pris en charge par le système de santé, il est parfois trop tard pour s'attaquer aux problèmes aussi efficacement qu'il eût été nécessaire.

Je voudrais également que l'ensemble des professionnels et des représentants des usagers réfléchisse aujourd'hui à la question de la prise en charge de la place des employeurs dans un certain nombre d'actes de prévention. Je souhaite également que les complémentaires santé et les collectivités locales soient pleinement acteurs de la prévention à nos côtés.

Les forums seront aussi l'occasion de partager les actions de prévention déjà mises en œuvre ou en expérimentation, les faire connaître, les développer et les encourager. Notre pays est aujourd'hui riche de belles initiatives. Néanmoins, la diffusion et la coordination de ces initiatives fait parfois défaut. Ces Assises seront l'occasion de dessiner des liens entre elles.

Un rapport général de ces Assises me sera remis au plus tard à la fin du mois de novembre et une synthèse de l'ensemble des forums régionaux sera rendue avant la fin du premier trimestre 2007. Ces documents serviront de fondement à la nouvelle impulsion que nous voulons donner à la politique de prévention et à son inscription définitive dans nos politiques de santé.

Cela fait longtemps que chacun s'accorde à reconnaître le bien fondé d'une politique de prévention, qu'il serait temps que la France cesse d'être championne du monde de la prévention dans les discours et qu'elle devienne vraiment l'une des premières au monde dans les faits. Par conséquent, quelle que soit l'issue des élections présidentielles, je suis persuadé que personne ne remettra en cause votre travail et que chacun aura à cœur de mettre en pratique vos conclusions. Je pense que vous aurez fait œuvre utile.

La prévention tient à un véritable changement de comportement de nos concitoyens. Voilà pourquoi la mobilisation de l'ensemble de la société civile est plus que jamais nécessaire. Nous avons la possibilité, grâce à la prévention, de nous donner une clé supplémentaire pour réussir à sauvegarder notre système de santé tel qu'il est aujourd'hui.

Ces Etats Généraux sont les vôtres. Vous pouvez et vous devez en faire une réussite pour diminuer la mortalité précoce, améliorer la santé de nos concitoyens, et surtout modifier et améliorer le rapport de nos concitoyens à leur propre santé. S'agit-il d'une évolution ou d'une révolution ? Il vous appartient de le dire et de faire vivre cette prévention.

\*\*\*\*\*

## **La prévention : vers la gestion de notre capital santé**

### **Claude LE PEN**

**Professeur à l'Université de Paris Dauphine,  
Membre du Conseil national du Sida,  
Membre du conseil de surveillance de la CNAM**

La prévention s'inscrit dans une évolution nécessaire du système de santé. Mon intervention consistera donc à montrer comment les forces de notre système de santé nous incitent à développer la dimension préventive.

Quand, à l'issue de la première guerre mondiale, l'Etat a commencé à s'octroyer des prérogatives en matière de santé et que la France a entrepris la longue route conduisant au système de protection universel, la grande idée directrice était l'accès au soin. Il s'agissait de gommer les effets des inégalités économiques, sociales et culturelles sur le recours aux soins. A ce jour, les inégalités sont moins sociales que géographiques et moins économiques que culturelles. Elles sont d'autant plus difficiles à résoudre. A l'époque, la démarche préventive s'inscrivait dans une autre échelle de temps que l'action sur la maladie. Cette culture curative est longtemps restée dominante, la démarche préventive étant cantonnée à sa dimension hygiéniste ou sociale, appuyée sur une division de l'action entre l'Assurance Maladie et l'Etat.

Un certain nombre de facteurs ont contribué à rompre avec cet état de fait.

#### **Le développement de la démarche préventive**

##### **L'éruption des crises sanitaires**

La crise du sang contaminé a révélé au pays le déficit de réflexion et d'action de la France en matière de santé publique. De nombreuses actions entreprises dans le domaine par la suite trouvent leur source dans le choc culturel ressenti par toute une génération de responsables de la politique de santé. Ces actions se sont traduites par la création d'agences spécialisées, l'élaboration de plans et le vote de lois.

##### **La politique de gestion des dépenses publiques de santé**

De 1976 au début des années 1990, la politique de maîtrise des dépenses de santé a été essentiellement organisée autour de la recherche de l'équilibre des comptes sociaux par des instruments simples et avec un succès limité. Dans les années 1990 a émergé l'idée selon laquelle la politique économique de santé devait évoluer, notamment pour intégrer la notion de gestion du risque, qui s'est traduite par une intervention beaucoup plus marquée du payeur et de l'Assurance Maladie dans les modalités de délivrance des soins. Il ne s'agit plus seulement de favoriser l'accès aux soins, mais de définir quels sont les soins les plus efficaces, les modalités efficaces de délivrance et les suivis des patients à mettre en œuvre.

La politique de gestion du risque s'est déclinée en deux phases. La première a consisté à optimiser la réponse thérapeutique, avec le lancement de référentiels professionnels, les accords de bon usage des soins, les parcours de soins et l'usage de médicaments génériques. L'étape suivante consiste à optimiser la réparation et à éviter le sinistre. La prévention doit être intégrée comme un élément structurant de la régulation d'ensemble du système, un élément de maîtrise de ses coûts et un moyen d'améliorer son efficacité.

La prévention passe donc d'une mission auxiliaire, à visée humanitaire ou sociale, à une fonction essentielle liée au mode de fonctionnement du système de santé lui-même.

### **Les différents types de prévention**

Pour bien comprendre la portée de cette évolution, il convient de distinguer la prévention médicale, la prévention environnementale et la prévention comportementale.

#### **La prévention médicale**

La prévention médicale, qui désigne les actes à visée préventive effectués par les professionnels de santé, est pratiquée depuis longtemps. Dans les années 70 par exemple, les efforts de prévention médicale ont permis de réduire très fortement la mortalité infantile.

La prévention médicale est parfois difficile à isoler des soins curatifs. La frontière est mince entre un facteur de risque et une pathologie, à l'image de l'hypertension artérielle, et la transformation d'un facteur de risque en pathologie a été l'une des ruses utilisées pour faire progresser la prévention dans une culture curative. De ce point de vue, la création d'un acte de prévention reconnu et rémunéré comme tel permettrait d'éviter ces contournements de la démarche préventive et d'aborder la prévention sans avoir à la justifier.

Les efforts consentis en matière de dépistage de masse et de cancer du sein s'inscrivent dans cette tradition de la prévention médicale. Les soins préventifs s'apparentent à des dépenses d'investissement, par opposition aux dépenses de consommation. Nous savons parfaitement déterminer la rentabilité de ces investissements en termes économiques et humains. En effet, il existe une équation de la prévention faisant intervenir la gravité de la pathologie, sa fréquence, l'efficacité relative des soins curatifs et préventifs, leurs coûts relatifs et le temps. J'estime que l'équilibre à rechercher entre les soins curatifs et les soins préventifs n'est pas encore atteint et que nous devons poursuivre nos efforts dans ce sens.

#### **La prévention environnementale**

La prévention environnementale est celle qui touche à la limitation des facteurs pathogènes, qui affectent le cadre de vie ou de travail des individus. La conscience de la relative pathogénicité du cadre de vie dans la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle constitue un des mouvements de fond de la société moderne, même si la prise de conscience de cette pathogénicité est parfois décalée par rapport à la réalité. Par exemple, la pollution à Paris au XX<sup>ème</sup> siècle est inférieure à ce qu'elle était au XIX<sup>ème</sup>. Néanmoins, la population est aujourd'hui plus sensible à la pollution et attend davantage de réactivité de la part des responsables publics. Il faut voir dans cette demande de prévention à visée environnementale une prise de conscience sur laquelle nous devons nous appuyer pour faire avancer la cause de la prévention, qui se heurte parfois à des habitudes et des réticences comportementales.

#### **La prévention comportementale**

La prévention comportementale, qui vise l'individu, a longtemps été le parent pauvre de la politique de santé publique, pour de multiples raisons : le désir de ne pas culpabiliser les malades, le souci de préserver la liberté individuelle, la crainte d'imposer un conformisme social visant à normaliser les comportements et un certain fatalisme s'alimentant d'un faux bon sens populaire. Par ailleurs, l'individu est souvent peu porté à assumer le coût de son habitude pour rechercher un bénéfice parfois statistique et lointain. Il faut une solide culture statistique pour savoir distinguer, lors

de la survenue ou de la non-survenue d'un sinistre, la part imputable au facteur de risque et celle imputable au hasard. Nos modes de raisonnement restent très majoritairement déterministes. De même, effectuer un sacrifice aujourd'hui pour un bénéfice lointain se heurte à une forme de myopie spontanée des comportements humains, qui valorisent le moment présent et déprécient le futur.

Néanmoins, à l'encontre de ces réflexes spontanés s'affirment des aspirations profondes à prendre en main sa santé, à exercer sa responsabilité, à ne pas subir la fatalité de la maladie, à préparer son avenir personnel, à nouer des relations plus partenariales avec des professionnels de santé et à valoriser la qualité de sa vie actuelle et future. L'espérance de vie dans notre pays a atteint des records quasi-mondiaux. Néanmoins, une vieillesse heureuse se prépare tout au long de la vie active.

La rentabilité économique de la prévention comportementale mérite également d'être soulignée. Une personne qui arrête de fumer coûte peu à la collectivité mais rapporte beaucoup au regard de la probabilité de l'événement morbide, de sa gravité et du coût des soins. La croissance tendancielle du coût des soins curatifs renforce encore l'intérêt économique de la prévention. Néanmoins, en matière de prévention et d'économie, il ne faut pas confondre la conséquence et la cause.

Les économies résulteront de la généralisation de comportements préventifs, mais ceux-ci ne seront pas motivés par la recherche d'économies financières. Vis-à-vis de l'opinion publique, ce serait une erreur de laisser entendre que les efforts de santé publique sont mus par des considérations de nature financière. La motivation réside essentiellement dans la recherche du bien-être, du désir d'augmenter la maîtrise de sa vie et le souci de partager la gestion de son capital santé.

### **La culture préventive**

Notre pays est prêt à adopter cette culture préventive, qui lui a fait défaut dans le passé, et qui est nécessaire pour que les politiques et les mesures fonctionnent. Les mesures qui heurtent le sentiment général de la population sont inefficaces. Il convient donc d'œuvrer à l'élévation de la culture préventive par l'information, l'éducation et les mouvements associatifs. L'école, l'entreprise, la famille, le quartier, en tant que lieu où s'exercent ces médiations, doivent aujourd'hui entrer dans la sphère de la santé publique, en rendant responsable l'exercice de la liberté individuelle.

L'individu informé peut librement accepter de limiter sa liberté individuelle au profit de lui-même et des autres. Ce principe simple constitue l'un des fondements de la vie collective et démocratique. C'est la raison pour laquelle j'insiste sur la nécessité du développement de la culture préventive comme condition de succès des politiques de santé publique.

La culture préventive devrait également nous permettre de refonder le contrat social de notre système de santé, afin de remplacer la quête initiale de l'égalité dans l'accès aux soins par la quête de l'égalité dans l'accès à la santé elle-même. Il convient de remplacer le patient, perçu comme une personne souffrante, passive, prise en tutelle, par un citoyen libre et éclairé, qui participe, en collaboration avec le professionnel de

santé, à la gestion de son capital individuel, et à travers lui, à la gestion du capital santé collectif.

### **Echanges avec la salle** **Alfred SPIRA, INSERM**

La composante sociétale est absolument fondamentale dans chacun des trois types de prévention mentionnés. Il est important de montrer comment la question de la santé est une question sociale, économique et politique, autant qu'une question biologique et médicale.

### **Claude LE PEN**

Pour de nombreuses raisons, les professionnels de santé ont intérêt à partager la responsabilité de la santé. Ils s'adressent désormais à des patients avertis, informés, notamment grâce à internet. L'implication de la personne et du citoyen est l'enjeu décisif de l'évolution du système de santé.

### **de la salle**

Au-delà de l'aspect purement comportemental de la prévention, ne convient-il pas de laisser une place importante à la prédiction, qui consiste à identifier dès aujourd'hui des facteurs de risque de masse ?

### **Claude LE PEN**

Il n'y a pas de concurrence entre la médecine prédictive et la médecine préventive. Les deux sont complémentaires. Certaines études montrent que dans le cadre de la prévention du cancer du sein, un interrogatoire clinique traditionnel sur les antécédents avait une performance quasi-égale à celle des tests biologiques.

### **Mireille ELBAUM, DRESS**

Le comportement des individus constitue une limite, puisqu'il est marqué par leur éducation et leur origine sociale. Il convient donc de moduler les messages de responsabilisation pour tenir compte des inégalités sociales, qui engendrent des inégalités d'attitude vis-à-vis de la santé.

### **Claude LE PEN**

Les inégalités sociales ont longtemps été perçues comme des inégalités essentiellement économiques. Désormais, cette notion a été élargie à la culture et à la santé. Il existe une interaction entre le soin délivré et les caractéristiques culturelles de la personne qui le reçoit.

### **Gérard DUBOIS, Professeur de santé publique**

La prévention est considérée comme un ensemble monobloc alors qu'elle fait appel à des connaissances et des expériences d'une très grande diversité, non-transposables d'une pathologie à l'autre. La prévention comporte également une balance médiatique, juridique, politique et diplomatique. Par conséquent, le champ de la prévention n'est pas uniquement médical. Je souhaite que cette diversité soit présente au cours des Assises. Elle doit également figurer parmi nos conclusions.

### **Sylvain DENIS, Président d'une fédération d'associations de retraités**

Le discours sur la prévention a quelque chose d'effrayant pour les patients âgés car il souligne le risque de maladie. Pour que le patient adhère à la prévention, il convient d'adopter une approche prudente.

### **Claude LE PEN**

Il est vrai que le fait d'évoquer une pathologie fait parfois peur à l'individu. Néanmoins, je suis optimiste quant à la prise de conscience des enjeux de la prévention. Il convient de trouver le bon équilibre entre l'impulsion des pouvoirs publics et la liberté individuelle. L'éducation consiste justement à concilier recommandations et liberté individuelle. Un patient éduqué ne verra pas comme une atteinte à sa liberté les recommandations comportementales.

### **Françoise FACY, vice-Présidente de l'ANPA**

Les associations de professionnels du secteur médico-social œuvrant dans le champ des conduites addictives se sont réunies pour manifester auprès du Ministre leur déception de n'avoir pas été invités à participer à la préparation de ces Etats Généraux de la prévention, alors qu'elles représentent le secteur opérationnel. Le secteur opérationnel est particulièrement légitimé par une politique médico-sociale puisqu'il regroupe des professionnels médicaux et psycho-sociaux, rémunérés par l'Etat et les collectivités territoriales.

Les politiques françaises en matière de lutte contre les conduites d'alcoolisation excessive ou de prise de psychotropes se sont appuyées sur le triptyque suivant : le champ hospitalier, la médecine générale et le secteur médico-social associatif. Ces associations ont développé la prévention de proximité, qui reflètent les besoins d'une société civile et traduisent des compétences professionnelles.

Parallèlement à la légitimité de ces associations, il est important de rappeler la cohérence des politiques publiques. Cette cohérence des politiques publiques implique une participation beaucoup plus active de ces associations, dont l'efficacité est reconnue par l'IGAS et la Cour des comptes. Nous souhaitons donc qu'elles soient mieux écoutées et reconnues en tant que force de proposition. Elles représentent de vrais champs professionnels dont notre société a fortement besoin.

### **Philippe LAMOUREUX, Directeur général de l'INPES**

Les associations auront la garantie d'être entendues dans les ateliers. Nous sommes tous convaincus que la complémentarité entre pouvoirs publics et associations est déterminante pour l'efficacité des politiques de prévention et de santé.

### **Anne GOMPEL, Gynécologue, Hôtel-Dieu, Paris**

Il serait nécessaire de présenter les équations économiques de la prévention aux praticiens de terrain et aux décideurs économiques.

### **Claude LE PEN**

Néanmoins, la médiation entre le niveau collectif et le niveau individuel se fait par l'intermédiaire de la recommandation de pratiques cliniques. Le praticien dispose de

marges de manœuvre pour interpréter les recommandations en fonction des cas individuels.

Insister sur le caractère mathématique et économique de la prévention risquerait d'alimenter les peurs et les suspicions. Il faut élever le niveau du débat et accréditer l'idée que les responsables politiques n'agissent pas par intérêt économique, mais également pour des raisons d'éthique et de projet de société. Nous devons veiller à ne pas polluer la communication sur la prévention par les aspects économiques. Le but essentiel de la prévention est d'améliorer la vie des individus. La réalisation d'économies n'en est qu'une conséquence positive.

\*\*\*\*\*

## **Approches européennes de la prévention : l'expérience hollandaise Lenie KOOTSTRA**

**Directrice des affaires internationales  
Ministère chargé de la santé des Pays-Bas**

### **La situation sanitaire aux Pays-Bas**

D'après une récente analyse de la santé publique portant de 2002 à 2006, le citoyen néerlandais est en bonne santé et son espérance de vie continue d'augmenter. Moins rapidement toutefois que dans d'autres pays européens. Dans le classement des pays européens par espérance de vie en bonne santé, les Pays-Bas n'occupent plus que la huitième place. La Finlande arrive en tête, tandis que la France se positionne en quatrième position. Face à ce chiffre, le ministre néerlandais de la santé a déclaré que les Pays-Bas devraient retrouver une place parmi les cinq premiers pays européens.

Les principales maladies telles que la maladie coronaire, les accidents cérébraux et les défaillances cardiaques sont principalement causées par le tabagisme, une mauvaise alimentation, le manque d'activité physique, le surpoids et l'abus d'alcool, ou une combinaison de ces facteurs. La mauvaise alimentation, le manque d'exercice et le surpoids sont également à l'origine d'une forte augmentation des cas de diabète. Aux Pays-Bas, pour une population de 16 millions d'habitants, 70 000 nouveaux cas de diabète sont déclarés chaque année. Ce chiffre est considérable. Certains experts parlent même d'une épidémie silencieuse.

D'autres tendances invitent à davantage d'optimisme. Ainsi, d'une façon générale, la consommation d'alcool des adultes a diminué ces dernières années. Il convient surtout de signaler la réussite de la sévère politique anti-tabac. On observe ainsi une baisse considérable du nombre de fumeurs chez les adultes, fruit d'une combinaison d'interdictions, d'injonctions et d'augmentations des taxes. Aux Pays-Bas, il est interdit de fumer dans les lieux publics, y compris les transports en commun, ainsi que sur le lieu de travail. La semaine dernière, le Gouvernement français a annoncé à son tour l'interdiction du tabac dans tous les lieux publics à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007. Cette nouvelle est très positive. En prévoyant d'élargir l'interdiction aux cafés, hôtels, restaurants et casinos dès 2008, la France va même plus loin que les Pays-Bas, où le débat sur l'interdiction du tabac dans le secteur de l'hôtellerie et la restauration n'est pas encore clos. Néanmoins, un grand pas a déjà été franchi dans cette direction aux Pays-Bas puisque de nos jours, fumer n'est plus considéré comme une norme sociale.

Malgré ces succès, la lutte anti-tabac reste une des priorités de la politique de prévention du Gouvernement néerlandais et devra le rester pour un certain temps encore, vu la situation chez les jeunes. Chaque année, 75 000 jeunes se mettent à fumer. Il faut absolument faire baisser ce chiffre. Les statistiques montrent surtout que les jeunes mènent une vie de moins en moins saine. Beaucoup fument. En outre, ils boivent de plus en plus d'alcool et effectuent de moins en moins d'activités physiques.

Dans le domaine du surpoids, pour ce qui est des adultes, les Pays-Bas ne font pas mauvaise figure au niveau international, ce qui ne veut cependant pas dire que tout va bien, au contraire. Dans certaines classes d'âge, notamment les enfants et les femmes de 40 ans, le surpoids se développe de façon préoccupante. Aux Pays-Bas, le surpoids affecte toutes les classes sociales et ne se limite pas aux classes défavorisées, comme on le pense souvent.

En Hollande comme en France, nous sommes convaincus que c'est la prévention qui est le plus bénéfique surtout chez les jeunes. Il faut les convaincre de ne pas fumer, de boire modérément, d'avoir une alimentation saine et de pratiquer une activité physique. Aux Pays-Bas, selon la loi de prévention collective, les autorités nationales sont tenues de publier un plan de prévention tous les quatre ans. Les autorités locales, comprenant environ 460 communes, sont également tenues de définir leur politique de prévention basée sur la loi de prévention collective. Pour les quatre années à venir, cinq thèmes ont été déclarés prioritaires, à savoir le tabac, l'alcool, le surpoids, le diabète et la dépression.

Au niveau communautaire, ces cinq thèmes prioritaires sont repris pour la plupart dans le programme d'actions communautaires du domaine de la santé publique, et également dans le livre vert européen sur la promotion d'une alimentation saine et d'une activité physique.

### **Les obstacles de la prévention**

L'élaboration de mesures dans ces cinq domaines prioritaires se heurte à un certain nombre d'obstacles. Les mesures nécessaires doivent avoir un impact direct sur le style de vie des individus. Néanmoins, il s'avère difficile de s'attaquer au style de vie au niveau public car les problèmes de style de vie sont considérés pour la plupart comme relevant du domaine de l'individu, et non de la collectivité. C'est pourquoi l'approche multi-sectorielle semble être la mieux adaptée.

Si l'on veut amener le citoyen à adopter un style de vie sain, il convient de donner à différents acteurs la responsabilité de mettre en place les conditions qui lui permettront véritablement de le faire. C'est ce qui a été réalisé en Hollande dans le cadre d'une convention nationale sur le surpoids, fondée sur la coopération d'un certain nombre de ministères (santé et enseignement), d'organisations sportives, d'acteurs privés, d'organisations professionnelles, et de représentants du secteur de la restauration et de l'industrie alimentaire. Cette approche multi-sectorielle est nécessaire car les dispositions légales de type interdiction pure et simple sont impossibles à prendre dans le domaine des styles de vie. Contrairement au tabac, dont l'interdiction est légitime, on ne peut envisager d'imposer légalement un comportement sain au citoyen.

Au niveau politique, la difficulté de la prévention est que celle-ci s'inscrit sur le long terme, tandis que le cycle politique a une durée de 4 ans. La prévention risque donc d'être supplantée par d'autres thèmes permettant aux hommes politiques d'obtenir des résultats plus visibles dans ce délai de 4 ans. Ceci explique le manque de vocation spontanée pour les financements ciblés ou mieux encore l'investissement dans la prévention.

En revanche, la prévention est indispensable. En effet, en Hollande, le nombre de personnes ayant un style de vie malsain est en augmentation par rapport aux années passées et si nous n'intervenons pas, il ne fera qu'augmenter. La lutte des pouvoirs publics contre les styles de vie malsains ne portera pas tellement sur leur rôle générateur d'une série de problèmes pour l'individu mais sera surtout déterminée par leurs conséquences collectives et économiques pour la société. Au moment où le comportement malsain sera répandu dans des proportions telles que ses effets seront une source de problèmes pour la société, la politique pourra alors intervenir pour défendre l'intérêt public. Ceci est valable au niveau national mais également au niveau européen.

Parmi les conséquences néfastes des comportements malsains pour la société, on peut citer l'augmentation de la consommation de soins avec pour corollaire des coûts de santé et des cotisations maladie disproportionnées. Il n'est pas non plus impensable que le creusement de différences rende inadéquat le système de santé basé sur la solidarité. De plus, la multiplication des arrêts maladies ou des invalidités directement liées à des styles de vie malsains aura une incidence sur la productivité. Cette perspective, combinée au vieillissement de la population hollandaise, n'est guère réjouissante.

En Hollande, comme dans les autres pays européens, la prévention est un sérieux atout pour le Gouvernement car il bénéficie à la fois à l'individu et à la société économique.

### **Le gain pour l'individu et la société**

Miser sur la prévention, notamment vis-à-vis des jeunes, permettra d'augmenter non seulement l'espérance de vie mais surtout le nombre d'années de vie en bonne santé. Même les personnes âgées peuvent y gagner. Nous ne devons pas oublier que le vieillissement en Europe atteste la réussite de la santé publique. Grâce à la prévention, ces années de vie en plus pourront être des années de vie en bonne santé. Moins limitées dans leurs possibilités et plus autonomes, les personnes âgées et les malades chroniques pourront de plus en plus participer à la vie sociale.

Par ailleurs, la gestion intégrée de la santé dans les entreprises permettra de réduire le nombre d'arrêts maladie ou d'invalidités. La productivité du travail pourra alors rester à un niveau identique ou même s'accroître. La prévention s'inscrit ainsi dans la lignée de la stratégie communautaire de Lisbonne.

La prévention permettra également de maîtriser la consommation de soins, les coûts de santé et les cotisations maladie. Si le niveau de santé augmente, les inégalités en matière de santé s'estomperont. Ceci est un élément important pour la pérennité des systèmes de santé basés sur la solidarité.

On peut donc conclure que la prévention est bénéfique en termes sanitaires et plus encore en termes sociaux.

### **Les Pays-Bas et l'UE : enseignements ?**

Par rapport aux autres pays, la prévention n'a pas encore pénétré le secteur de la santé aux Pays-Bas. Par conséquent, au cours des années à venir, il faudra faire une plus grande place à la prévention dans la politique de santé, et notamment aux soins assurés. Conformément à la politique européenne, la politique de prévention néerlandaise continuera de se développer sur la base d'interventions fondées sur les preuves. Suivi, évaluation, rapport coût/efficacité sont les maîtres mots en la matière.

Au niveau communautaire, la promotion du principe de la santé dans l'ensemble des politiques publiques (*Health in all policies*) est l'un des thèmes retenus par la présidence finlandaise. Les Pays-Bas s'efforcent également d'appliquer systématiquement une gestion intégrée de la santé. Dans la lignée de la politique européenne, nous nous attacherons à réduire les inégalités en matière de santé.

La prévention doit s'appuyer, tant au niveau national qu'international, sur un certain nombre de leviers tels que la vision à long terme, une gestion de la prévention par les autorités nationales, une organisation et un financement durable, un ancrage local de la politique et enfin la gestion des connaissances.

### **Opportunités pour la prévention**

Nous pouvons tirer des enseignements de la politique anti-tabac, qui a été fructueuse aux Pays-Bas. Le tabac étant préjudiciable à autrui, il peut être interdit légalement. Il n'en est pas de même de la mauvaise alimentation, du manque d'exercice, du surpoids et de l'abus d'alcool. Une combinaison de mesures telles que l'injonction, l'information, la promotion de comportements modèles et l'application d'une politique multi-sectorielle semble être la voix à suivre.

La gestion intégrée de la santé est surtout réalisable au niveau local. En Hollande, le niveau local est le niveau principal pour concrétiser la politique de prévention.

Reste à définir le rôle des autorités nationales. Doivent-elles diriger les opérations ou se contenter de les initier ? En Hollande, les autorités nationales offrent un cadre et facilitent la politique de prévention au niveau local.

L'approche prenant en compte le coût de la vie ouvre de nouvelles perspectives. Aux Pays-Bas, une étude cherche actuellement à établir dans quelles phases de leur vie les personnes sont les plus réceptives aux interventions préventives en matière de santé. Il semble en effet que les personnes s'apprêtant à entrer dans une nouvelle phase de leur vie, parce qu'elles vont fonder une famille par exemple, soient plus ouvertes à ces interventions.

## **Echanges avec la salle**

**Michel HANNOUN**

Ne craignez-vous pas de créer un conformisme social en imposant des types de prévention à chaque âge de la vie ?

**Lenie KOOTSTRA**

Je ne pense pas que la prévention tende à unifier les comportements, les cultures et les populations. Différentes politiques seront mises en place selon les générations, sur des bases aussi scientifiques que possible.

**Dominique SIMON, Diabétologue à la Pitié-Salpêtrière**

Nous n'avons pas encore pris conscience du développement d'une quasi-épidémie de diabète de type 2 en France. Quelles mesures les Pays-Bas ont-ils prises en matière de prévention du diabète ?

**Lenie KOOTSTRA**

Nous développons un programme élargi intégrant tous les éléments nécessaires à la lutte contre le diabète. Il est important de mener des préventions très générales sur l'alimentation et l'activité physique, qui contribuent à lutter contre le diabète. Par ailleurs, les médecins traitants sont au centre d'un programme de contrôle de la maladie. Nous éduquons également les patients à la prise en charge de leur diabète. Les patients diabétiques bénéficient par ailleurs de l'accompagnement d'un spécialiste.

Nous intervenons donc au niveau primaire, secondaire et tertiaire de la maladie. Par ailleurs, au niveau européen, je vous conseille la lecture des rapports de la Présidence autrichienne sur ce sujet.

**Frédéric SICARD, affaires européennes du ministère de la santé**

Il y a un nécessaire équilibre à trouver entre l'offre et la demande, la demande correspondant aux comportements du citoyen et l'offre se composant des produits qui le « poussent au crime ». Nous ne pouvons nous contenter de faire peser toute la responsabilité sur le citoyen et nous devons également intervenir au niveau de la demande. C'est pourquoi l'approche multisectorielle hollandaise associant les autorités sanitaires et les industriels me semble très intéressante. Je suggère d'intégrer un résumé de la convention hollandaise de lutte contre le surpoids aux actes de ce colloque.

Note JFT : cette convention est consultable sur le site <http://www.minvws.nl/en/> à l'adresse : [http://www.minvws.nl/images/convenant-english\\_tcm20-108191.pdf](http://www.minvws.nl/images/convenant-english_tcm20-108191.pdf)

**Lenie KOOTSTRA**

Nous sommes effectivement convaincus que les responsables politiques ne doivent pas uniquement cibler les individus. Il convient d'intervenir auprès des industriels, qui constituent un niveau intermédiaire entre l'individu et les politiques centrales. La convention hollandaise implique les industriels dans la lutte contre l'obésité. Nous les avons convaincus de leur intérêt à lutter contre l'obésité, notamment en raison des procès qui sont intentés contre MacDonald aux Etats-Unis. Les industriels hollandais ont modifié la composition des produits distribués dans les écoles pour réduire les

matières grasses et les sucres. Ils souhaitent poursuivre cette démarche car ils se sont rendus compte qu'elle leur permet d'améliorer leur image.

La convention implique également la participation de partenaires sportifs, qui relaient l'information sur les bonnes pratiques alimentaires. La politique de santé publique doit s'appuyer sur des coopérations entre les secteurs de la société concernés, et non seulement sur la législation.

### **Claude LE PEN**

Les politiques de santé sont des politiques d'offre parce que la demande en matière de prévention est limitée par les freins psychologiques et la connaissance. En matière sociale, les initiatives techniques proposées par les responsables politiques pour répondre à la demande de la société ne sont pas toujours acceptées. Néanmoins, il me semble que la société est davantage prête aujourd'hui à répondre favorablement à une offre de politique de prévention. Le moment me semble venu d'offrir davantage de solutions. En Italie, la population a adhéré très fortement à l'interdiction du tabac dans les lieux publics, contre toute attente.

### **Alain GRIMFELD, Professeur de pédiatrie à l'APHP**

En matière de prévention, le mieux est d'intervenir avant l'apparition de la maladie. Les Pays-Bas ont-ils l'intention d'intervenir auprès des plus jeunes, des enfants et des adolescents, avec notamment un programme d'éducation sportive, et non seulement en supprimant de façon autoritaire les boissons sucrées et les barres chocolatées ? Avez-vous l'intention d'intervenir au niveau du second cycle des études médicales et d'imposer un programme de prévention pour toutes les maladies envisagées ? Enfin, votre programme inclut-il l'intervention d'associations ?

### **Lenie KOOTSTRA**

Aux Pays-Bas, la prévention fait déjà partie de l'enseignement. Le ministère de l'enseignement participe à la convention de lutte contre l'obésité. Il est en effet important de combiner l'enseignement sur la santé avec l'activité physique, au-delà des cours d'éducation sportive. Nous souhaitons promouvoir les déplacements en vélo et modifier l'environnement des écoles pour que les élèves pratiquent des activités physiques tout au long de la journée. Il convient par ailleurs d'accorder une place à la prévention au sein des études médicales. Enfin, la participation des associations est également essentielle.

## **Verbatim Atelier 1**

### **Parcours de prévention, protection sociale**

*Pierre CHEVROT, médecin généraliste*

*Gérard DOHEIN, médecin généraliste et gérontologue*

*Yves CHARPAK, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe*

*Catherine Bismuth, CNAMTS*

*Thomas SANNIE, Vice-président de l'Association Française des Hémophiles*

*Monique FERRY, Présidente Directrice Générale du Centre de Prévention pour Réussir son Vieillesse*

*Sylvain DENIS, Président de la Fédération Nationale des Associations de Retraités*

*Hervé TREPPOZ, Chargé de la gestion des examens de prévention à la MSA*

*M. MARTE, Régime des travailleurs indépendants*

*Christian ROSSIGNOL, Directeur des activités de l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme ANPA,*

*Marie-Josée MOQUET, INPES*

*Brigitte DUBOC, médecin, MSA*

En l'absence de Bertrand GARROS, indisponible pour des raisons de santé, l'atelier était animé par Marc ZAMICHIEI, Vice-président de la Fédération des mutuelles de France

### **Introduction**

Marc ZAMICHIEI déclare que l'enjeu du rapport d'étape est de faire bénéficier les assurés d'une protection sociale complète. Il s'agit d'articuler le parcours de prévention et de soins, c'est-à-dire d'améliorer la prise en compte, dans le parcours de soins, de la prévention et de l'éducation pour la santé. La réflexion concerne la prévention individuelle, mais déborde largement ce sujet, sachant que l'action sur les déterminants collectifs de la santé influe aussi sur la prévention individuelle.

Le parcours de soins se fonde sur une situation pathologique. Dans le cadre législatif et conventionnel actuel, la prise en charge est coordonnée au travers du médecin traitant, sachant que le niveau de remboursement varie selon que les soins sont réalisés dans le cadre du parcours de soins, ou non. Le parcours de prévention, pour sa part, fait référence à la santé. Ce parcours, qui comporte trois stades, se déroule tout au long de la vie et se fonde sur des prestations évaluées avec la même exigence que les soins curatifs.

Dans ce cadre, le rapport d'étape définit quatre objectifs de court terme tenant compte de l'organisation et des pratiques actuelles en matière de soins :

- reconnaître la dimension préventive de la pratique quotidienne des professionnels ;
- développer l'implication des usagers et des professionnels dans les pratiques préventives ;
- mettre en synergie les dispositifs existants dans le cadre du rendez-vous santé
- adapter la formation continue et l'évaluation des risques.

Deux objectifs de plus long terme, structurants et appelant une évolution du système de soins, ont également été définis :

- favoriser la structuration de soins ambulatoires pour intégrer la prévention, les soins et l'accompagnement ;
- imaginer de nouveaux modes de rémunération des professionnels.

### **Dispositifs de prévention et rendez-vous santé**

Yves CHARPAK rappelle qu'il existe d'ores et déjà de très nombreuses consultations permettant de dispenser des conseils aux usagers. Parmi tous ces dispositifs, il convient de définir le parcours le plus adapté, ce qui impose d'introduire un lien entre les différentes

consultations. Ce lien pourrait être établi dans le cadre d'un rendez-vous « santé » ou d'un parcours de prévention.

Les dispositifs existants ne sont pas nécessairement accessibles à tous. En effet, leur accessibilité est généralement liée à un contexte précis, comme le travail ou la participation à une association sportive. L'ensemble de la population du territoire n'a donc pas accès à tous les dispositifs. En outre, la couverture de la population n'est probablement pas suffisamment effective. Il s'agit de faire en sorte que les personnes qui n'accèdent pas systématiquement à certains services puissent en bénéficier. Il existe également des lacunes dans les dispositifs existants qui, par ailleurs, peuvent ne pas être totalement adaptés à la vie des personnes auxquelles ils s'adressent. De plus, les différents dispositifs sont rarement adaptés à tous les âges de la vie, ce qui soulève la question de la gestion des informations issues des différents systèmes.

Les défauts des dispositifs actuels pourraient être corrigés par la création d'un rendez-vous supplémentaire dont le contenu pourrait être prédéfini ou relever de la compétence d'un professionnel. Ce rendez-vous pourrait être proposé à tous et faire l'objet d'avantages incitatifs. Il pourrait aussi être prévu lors d'évènements de la vie civile ou être de nature médico-préventive. Par exemple, à l'occasion d'un dépistage ou d'une vaccination, un point pourrait être réalisé sur l'ensemble de la situation de santé. Ces rendez-vous pourraient être gérés par un professionnel de santé. Une autre possibilité consisterait à envisager une solution innovante, comme il en existe notamment au Royaume-Uni.

### **Débats**

Le représentant des élus ruraux évoque la prévention chez les personnes âgées, en particulier en matière dentaire, auditive et oculaire.

Thomas SANNIE, Vice-président de l'Association Française des Hémophiles, affirme que les actions de prévention doivent recueillir l'adhésion des patients. Le rôle des associations de patients est incontournable pour rendre le parcours de soins véritablement coordonné et lisible pour le patient.

Monique FERRY, Présidente Directrice Générale du Centre de Prévention pour Réussir son Vieillesse, explique que la prévention concerne les personnes en bonne santé, et non les patients, qui souffrent déjà d'une pathologie. Dès lors, le soin est l'échec de la prévention, en particulier pour les personnes âgées. A cet égard, le lien entre les différents éléments de prévention est fondamental.

Sylvain DENIS, Président de la Fédération Nationale des Associations de Retraités, abonde dans ce sens, estimant que toute la difficulté tient au fait que, d'une manière générale, les personnes qui s'engagent dans un parcours de prévention craignent d'apprendre une mauvaise nouvelle. Il est nécessaire de conduire les assurés à s'intéresser à leur santé alors qu'ils ne sont pas encore malades.

Hervé TREPPOZ, Chargé de la gestion des examens de prévention à la MSA, explique que la MSA propose une consultation de prévention, réalisée par le médecin généraliste. Cette consultation intervient le plus en amont possible de la maladie en identifiant les facteurs de risque dès l'âge de 25 ans et jusqu'à 74 ans. Elle permet aussi d'apporter aux usagers des informations sur différents sujets, en évitant une trop forte redondance avec le système de soins. L'objectif est de faire évoluer la population et les médecins généralistes vers une démarche d'éducation à la santé, au-delà du dépistage. La MSA propose aux médecins traitants de hiérarchiser les principaux besoins de leurs patients, qu'ils n'étudient généralement pas lors d'une consultation de soins, et de leur proposer des mesures correctives.

M. TREPPOZ ajoute que chaque adhérent, après un bilan de santé standard réalisé par la MSA, reçoit un questionnaire l'incitant à réfléchir à son état de santé et permettant à son médecin généraliste, lors d'une consultation de prévention, d'aborder certains sujets qu'il n'évoque pas

systématiquement lors d'une consultation de soins. Ainsi, le médecin peut apporter des conseils de prévention.

M. MARTE s'enquiert de la proportion d'adhérents de la MSA qui se rendent effectivement chez leur médecin généraliste pour cette consultation de prévention.

M. TREPPOZ répond que 50 % des adhérents réalisent le bilan de santé standard. Un peu moins de 30 % suivent le parcours complet, avec la consultation de prévention. Cette proportion est très dépendante de l'implication des caisses locales.

M. CHARPAK demande si cette consultation de prévention peut être considérée comme un rendez-vous « santé » ou, au contraire, comme une justification, par ses lacunes, de la mise en place d'un rendez-vous de ce type.

M. TREPPOZ explique que la généralisation de ce dispositif à l'ensemble de la population poserait des difficultés et serait très coûteuse. Par ailleurs, il est demandé au médecin de réaliser de la prévention médicale, mais aussi du dépistage social, environnemental et comportemental, ce qui est complexe. Afin d'aider le médecin, il est nécessaire de lui proposer des solutions en aval de la consultation de prévention.

Christian ROSSIGNOL, Directeur des activités de l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme ANPA, estime que la prévention primaire souffre, en particulier d'un défaut de financement. La continuité du parcours de prévention et de soins n'est pas assurée entre le primaire et le secondaire. En outre, le système de prévention mis en place dans le cadre d'appels d'offres annuels n'est pas viable, d'autant que les financements sont souvent attribués au mois de décembre pour des actions engagées dès le mois de janvier. La continuité du parcours de soins et de prévention doit être consolidée.

Marie-Josée MOQUET a le sentiment que la question centrale est celle de l'adhésion du patient, quelles que soient les articulations envisagées. La prévention profite toujours aux personnes déjà très sensibilisées. Il est nécessaire de renforcer l'éducation à la santé, sans quoi les professionnels dépenseront une énergie considérable pour un résultat peu satisfaisant, qui ne bénéficiera qu'à une catégorie particulière de la population. La faible adhésion à la démarche de prévention démontre la nécessité de mettre en place une véritable éducation de la population.

M. SANNIE considère que l'implication de la MSA sur le terrain permet de renforcer l'adhésion de la population. Cela étant, il est d'autant plus difficile d'être proche de la population que le discours de prévention touche toujours les mêmes catégories de la population. Néanmoins, le parcours de prévention mis en place en Seine-Saint-Denis produit des résultats intéressants.

Mme DUBOC, médecin stomatologiste de la MSA, explique que la MSA a mis en place un véritable parcours de prévention dentaire, permettant d'accompagner les assurés de la naissance à la fin de la vie. Or seulement 30 % des assurés intègrent ce parcours de prévention parce qu'il existe un sentiment général, selon lequel l'éducation thérapeutique ne constitue pas un acte de soin.

M. ZAMICHIEI note que certains dispositifs existants, quelles que soient leurs qualités intrinsèques, ne permettent pas aux assurés d'être acteurs de leur santé. Le déficit majeur se situe au niveau de la prévention primaire.

Brigitte DUBOC estime nécessaire de mettre en place des mesures incitatives fortes pour sensibiliser la population à la prévention.

Mme FERRY se déclare particulièrement préoccupée par le manque de vision globale. Il paraît nécessaire de proposer à chaque personne une réponse adaptée à sa problématique globale, à certaines phases critiques de la vie. Le ciblage devrait porter sur des périodes à risque, plus que sur des thèmes de prévention.

M. TREPPOZ indique que ce raisonnement est pertinent en gériatrie. En revanche, il est cependant relativement dangereux pour les personnes plus jeunes parce qu'il est très difficile, pour un médecin généraliste, de cerner tous les aspects de leur vie. Il conviendrait, avant tout, de diffuser une information auprès des praticiens médicaux et de l'ensemble de la population afin de lui faire prendre conscience de ses besoins en matière de santé.

M. CHARPAK s'interroge sur la pertinence d'un nouveau dispositif. Il s'agit de se demander s'il convient de renforcer les moyens sur les dispositifs existants ou si la mise en place d'un nouveau système pourrait avoir un sens.

M. MARTE, représentant du régime des travailleurs indépendants, explique que le régime des travailleurs indépendants a mis en place un parcours de prévention auquel n'adhèrent que 15 à 20 % des assurés, alors qu'ils sont 80 % à se déclarer intéressés.

M. DENIS suggère de cibler les moments importants de la vie, comme le départ à la retraite. Il convient de trouver un moyen de démontrer aux assurés l'intérêt d'un rendez-vous « santé ».

M. ZAMICHIEI : il paraît nécessaire de mettre en place un dispositif supplémentaire, mais son contenu semble difficile à formaliser.

Pour Mme RUMEAU-PICHON, le préalable serait d'étudier les raisons de la faiblesse actuelle d'adhésion aux dispositifs de prévention.

Agnès CHARLEMAGNE, médecin épidémiologiste, estime qu'il peut exister des réponses différentes en fonction des âges de la vie. Pour les enfants et les salariés, la médecine scolaire et la médecine du travail devraient pleinement jouer leur rôle, ce qui n'est pas le cas.

En conclusion de cette discussion, M. CHARPAK déclare que des réponses spécifiques doivent être envisagées en fonction des âges de la vie, certains des dispositifs devant être attachés à des mesures incitatives.

### **Pratiques préventives : adhésion des professionnels et faisabilité**

Pierre CHEVROT, médecin généraliste, déclare que les médecins généralistes réalisent de la prévention lors de la plupart des consultations. Ils effectuent également des actions d'éducation thérapeutique, de promotion de la santé et de repérage et de prise en charge des situations à risques, même s'ils ne souhaitent pas alarmer les patients. Les actes de prévention doivent être intégrés dans la formation initiale et continue du médecin, afin de lui permettre d'avoir une perception globale des enjeux de la prévention. Cela étant, l'organisation du système de soins et les modalités de travail des professionnels semblent peu favorables au développement de la prévention. En outre, l'activité de la prévention est financièrement mal valorisée.

Sur la base de ces constats, un certain nombre de questions se posent concernant la formation, les modalités d'organisation et le mode de rémunération des médecins généralistes.

Mme FERRY signale que les généralistes sont très généralement favorables à la prévention, mais qu'ils estiment n'avoir pas le temps d'assumer cette activité.

Mme JABLONSKI, représentante des internes en gynécologie médicale, estime qu'il ne s'agit pas d'un problème de temps. Il s'agit plutôt d'une question d'organisation de la consultation. En gynécologie médicale, la prévention fait partie de chaque consultation. Le dépistage systématique, par exemple du cancer du sein, permet d'améliorer la prévention en sensibilisant des personnes qui ne font pas l'objet d'un suivi médical régulier.

Selon Mme MOQUET, il serait nécessaire de mettre en parallèle le temps du médecin et celui du patient. Il n'est pas certain que des consultations trop longues aient un impact sur le patient. Dans les pays étrangers, les interventions brèves, mais répétées, semblent produire des résultats plus importants que des consultations ponctuelles et très longues.

M. TREPPOZ demande si la consultation de prévention pourrait être réalisée par des médecins libéraux volontaires ou par un médecin salarié d'une structure, qui serait en relation avec les médecins généralistes.

M. CHEVROT déclare que la profession n'envisage pas d'une manière très favorable la mise en place de spécialistes de la prévention. En outre, l'on ne peut concevoir que plusieurs médecins traitent un patient.

M. ZAMICHIEI explique qu'il s'agit de déterminer s'il est préférable de mettre en place des spécialistes de la prévention ou d'intégrer la prévention dans le dispositif médical existant.

Mme CHARLEMAGNE argue du fait que le médecin généraliste fait de la prévention au fil des consultations, dans le cadre du suivi du patient.

Mme DUBOC suggère, après la visite de prévention, de proposer à l'assuré des ateliers d'éducation thérapeutique, animés par des spécialistes.

M. DENIS considère que la question de la prévention ne se pose pas uniquement dans un cadre médical. Elle peut aussi être soulevée, par exemple, dans un cadre sportif.

Jean-Yves LEMERLE, représentant de la Fédération Française des Kinésithérapeutes, constate que le tissu paramédical français n'est pas suffisamment utilisé. En outre, les professionnels de santé ne sont pas suffisamment formés à la prévention. Cela étant, ils ne touchent que les personnes malades, soit 30 à 40 % de la population. Dès lors se pose la question de la prévention auprès des personnes qui ne sont pas malades.

M. SANNIE s'interroge sur la capacité des professionnels médicaux à diffuser une information sur la prévention, sachant qu'ils peuvent craindre d'alarmer leurs patients. Toutefois, dans le cadre du traitement de l'hémophilie, les médecins généralistes ont été désignés pour diffuser une information sur la prévention des complications et le parcours de soins, ce qui a produit un résultat positif.

Pour Mme FERRY, le généraliste pourrait s'adresser à une consultation de prévention multidisciplinaire qui serait l'équivalent d'un plateau technique de prévention.

M. ZAMICHIEI rappelle que la mise en place du médecin traitant vise à confier à celui-ci un rôle déterminant en matière de prévention.

M. TREPPOZ estime qu'au-delà de son activité réelle de prévention, le médecin traitant pourrait accepter de déléguer des missions d'éducation thérapeutique, par exemple.

M. ZAMICHIEI revient sur les priorités en matière de formation.

Pour Mme JABLONSKI, il n'existe pas de lacune en matière de formation. Il est simplement difficile, pour un médecin, de mettre en pratique et d'organiser la prévention. A cet égard, la création de structures de relai pourrait être intéressante.

M. DENIS, rejoint ce point de vue, soulignant la nécessité de mettre l'accent sur la communication du médecin, d'une part avec son environnement et, d'autre part, avec son patient.

Gérard DOHEIN, médecin généraliste et gériatologue, souligne lui aussi la difficulté de réaliser une synthèse de la situation du patient. Par ailleurs, il souhaite que la question de l'éducation du patient soit traitée dans la formation initiale et continue du médecin.

M. DENIS signale qu'un travail conséquent est en cours sur les réseaux, au sein desquels des formations peuvent être réalisées.

M. SANNIE explique que l'Association Française des Hémophiles forme des patients depuis les années 70. Après une période d'appréhension, les médecins ont appris à évoquer la prévention auprès de leurs patients hémophiles.

M. DOHEIN déclare que la vocation première des médecins généralistes est de vulgariser leur savoir, mais qu'ils manquent de méthode.

M. CHARPAK indique qu'il existe désormais des outils d'information et de prévention, véhiculés par les médias, qui sont de plus en plus consultés par les patients. Dans ce contexte, le médecin doit s'orienter vers un rôle d'explication et de validation de la connaissance.

M. ZAMICHIEI évoque les formes de rémunération des professionnels, rappelant que le rapport d'étape suggère de rémunérer le médecin traitant par le biais d'un intéressement qui serait fonction des résultats obtenus parmi ses patients, au regard d'un certain nombre d'objectifs.

M. CHEVROT précise qu'en France, il n'existe pas de rémunération fondée sur les résultats obtenus.

Selon M. LEMERLE, il serait difficile de juger de l'action des médecins en matière de prévention parce que celle-ci vise à améliorer la qualité de vie à long terme.

M. DENIS déclare que les actions de repérage précoce ont produit des résultats différents en fonction de la rémunération attribuée au médecin.

Pour M. MARTE, il serait bon de distinguer l'acte technique de l'acte intellectuel, dans lequel des cotations pourraient être introduites.

M. CHEVROT considère que la rémunération de l'acte de prévention pourrait conduire les médecins à généraliser cette activité.

Mme BISMUTH signale que l'avenant conventionnel numéro 12 prévoit une rémunération pour chaque acte de prévention.

M. SANNIE déclare qu'au-delà de la prévention réalisée lors de chaque consultation, l'on ne peut imaginer une rémunération à l'acte pour la prévention. Il faut définir un autre moyen de valorisation pour ces actes, sans quoi il existerait un risque de dérapage des frais de santé.

Selon M. DOHEIN, tout dépend du cahier des charges. Il est imaginable de prévoir une consultation spécifique de prévention par an qui pourrait être prolongée par des rappels lors des consultations de soins qui suivent.

### **Prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire**

Mme BISMUTH déclare qu'il existe, en matière de dépistage, de nombreux examens systématiques et actes prévus par des mesures législatives et réglementaires et faisant l'objet de financements divers. Certains de ces examens sont obligatoires, d'autres étant optionnels. De nombreux actes de prévention ou de dépistage sont inclus spontanément dans la pratique professionnelle et sont financés par l'Assurance Maladie ainsi que par les complémentaires. Ces actes sont proposés à titre individuel, voire peuvent être « de confort ».

Depuis la réforme de l'Assurance Maladie s'ajoutent, d'une part, des engagements conventionnels négociés autour de thèmes de prévention priorisés sur les années 2006 et 2007 et, d'autre part, les contrats responsables des régimes complémentaires, qui comportent deux thèmes de prévention. La prise en charge des actes de prévention renvoie à la double question de la cohérence entre les différents dispositifs et des objectifs de cette prise en charge.

M. SANNIE estime que les plans régionaux de santé publique constituent des outils de prévention très utiles, mais n'empêchent pas chaque caisse de disposer de son propre programme ciblé, ce qui semble constituer une redondance. Il existe, en la matière, un besoin de clarification pour les acteurs.

M. ZAMICHIEI précise que le questionnement porte plutôt sur la prise en charge des actes de prévention individuelle par l'Assurance Maladie.

Pour Mme CHARLEMAGNE, il existe une complémentarité entre les campagnes nationales de prévention et le parcours de soins individuel.

M. ZAMICHIEI indique qu'actuellement, la plupart des actes de prévention est prise en charge à 100 %. Une réflexion doit être engagée sur la nature de la prise en charge. Celle-ci peut se limiter à l'acte de dépistage proprement dit ou s'étendre à des actes complémentaires.

M. DENIS rappelle qu'un certain nombre de préconisations ont été formulées en matière de dépistage. Pourtant, une partie des financements attribués au dépistage est supprimée. Par ailleurs, certains centres de consultation de prévention n'ont pas une activité suffisante parce que seules les personnes malades consultent. En outre, il est très difficile de financer les dispositifs expérimentaux d'accès aux soins. Dans ce domaine, il existe des différences significatives entre les départements.

Selon M. TREPPOZ, considérer que l'on refuse de rembourser une mammographie qui n'est pas réalisée dans le cadre du dépistage généralisé peut être envisageable, mais cela poserait des difficultés techniques significatives.

Mme JABLONSKI signale que les mammographies réalisées en dehors du dépistage organisé sont plus coûteuses et sont réalisées dans des centres qui ne sont pas nécessairement agréés.

M. CHARPAK déclare que, fondamentalement, il s'agit de définir le champ d'activité couvert par l'Assurance Maladie. Dans ce cadre, l'on peut s'interroger sur l'efficacité d'une consultation

de prévention. Jusqu'ici, la santé publique a considéré la prévention d'une manière plus dogmatique que scientifique, ce qu'il convient de corriger.

M. TREPPOZ souligne que la prévention vise des résultats de long terme.

Pour M. CHARPAK, il faut au moins se donner les moyens de progresser. En outre, les résultats de la prévention ne doivent pas être appréciés par les seuls praticiens. Ces résultats devront être discutés.

M. ZAMICHIEI considère qu'au-delà des aspects médicaux et économiques, les éléments éthiques doivent aussi être pris en compte dans le cadre de la réflexion sur la prise en charge.

M. DENIS souligne que la prise en charge de la prévention doit concerner des publics relativement larges. Une politique de prévention doit être considérée comme une politique de générosité solidaire.

Mme DUBOC note que certains actes de prévention sont très coûteux au regard des bénéfices attendus.

M. ZAMICHIEI relève, par ailleurs, que la prise en charge de l'éducation thérapeutique n'a pas encore été définie.

M. SANNIE indique qu'en France, 7,8 millions de personnes souffrent d'affections de longue durée, qui représentent plus de 60 % des dépenses de l'Assurance Maladie. Ces pathologies lourdes nécessitent la mise en place d'une éducation thérapeutique. Aujourd'hui, cette éducation n'est, ni cotée, ni valorisée.

M. ZAMICHIEI signale que la Haute Autorité de Santé définit actuellement des référentiels permettant de prendre en charge des protocoles précis d'éducation thérapeutique.

M. TREPPOZ déplore que l'éducation thérapeutique ne soit pas enseignée dans les facultés de médecine.

Mme MISCHLICH confirme ce point. Une enquête récente démontre que l'éducation thérapeutique est très peu enseignée aux étudiants.

M. CHARPAK a le sentiment qu'il manque une nomenclature précise des actes de prévention.

En conclusion, Mme BISMUTH constate qu'un certain nombre de points doivent être précisés pour pouvoir s'engager dans les prises en charge financières, tout particulièrement l'obtention des réponses au 1er thème de l'atelier. Cela étant, trois éléments ont émergé du débat. Premièrement, il faut conserver la notion de solidarité et offrir des actions de prévention à tous. Deuxièmement, il est nécessaire de réaliser des évaluations avant de d'opérer des choix et de financer. Troisièmement, il convient de clarifier les complémentarités entre tous les intervenants et de répartir les financements pour pouvoir offrir une prise en charge la plus large possible.

## **Verbatim Atelier 2**

### **Inégalités de santé et organisation territoriale**

*Thierry LANG, Institut national de Veille Sanitaire*

*Bernadette LEMERY, Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé*

*Dominique ORIOL, Directrice de l'Action Sanitaire et Sociale et des Services aux Personnes, Mutuelle Sociale Agricole*

*Brigitte MARIANI, chef de projet du contrat de ville, Anthony*

*Annie-Claude MARCHAND, Inpes*

*Lionel CHARLES, chercheur en sciences sociales*

*Françoise FACY, vice-Présidente de l'ANPA*

*Jean-Michel DOKI-THONON, DRASS de Bretagne*

*Jean CHAPELET, DRASS PACA*

*Annick LEMARCHAND*

*Evelyne ANDRE, DRASS Poitou-Charente*

*Dorothee MARTIN, de l'Institut Renaudot*

*Anne GALEC, ORS des Pays de Loire*

*Christophe DUGUET, Association Française contre les Myopathies*

*Françoise VAN DER HAGEN, animatrice de prévention*

*Béatrice MAGDELAINE, de la Fédération Nationale des Familles Rurales*

*Bernadette LEVITOR, représentante d'un collectif d'usagers de la santé*

*L'atelier était animé par Jean-François DODET, Médecin de santé publique, Drass de Bourgogne, ancien membre du Haut Comité de Santé Publique.*

#### **De quelles inégalités parle-t-on ?**

##### **Les inégalités en termes d'épidémiologie sociale et de prévention**

###### **I. Les inégalités sociales de santé concernent l'ensemble de la population**

Thierry LANG souligne que, malgré ce que l'on pourrait croire, les inégalités sociales de santé se creusent et la France est marquée par des inégalités sociales de santé fortes par rapport aux autres pays européens. La surmortalité des travailleurs manuels atteint 70 % en France contre 40 % dans l'ensemble de l'Europe.

Les inégalités sociales de santé traversent l'ensemble de la population et ne concernent pas seulement les plus précaires. Il serait réducteur d'opposer les problèmes d'exclusion, visibles, aux inégalités sociales de santé, qui sont invisibles et adressent des problèmes beaucoup plus larges. Or il n'existe pas de réelle politique face aux inégalités sociales de santé, alors que l'Etat conduit des politiques de lutte contre l'exclusion.

###### **II. Les déterminants de la santé**

La vision de la santé en France est très biomédicale. Lorsqu'ils appréhendent les problèmes de santé, les Français ont tendance à considérer essentiellement les facteurs les plus proches de l'état de santé, à savoir la biologie, l'âge, le sexe, la génétique et les soins. Il convient de tenir compte également des styles de vie, de l'environnement social (conditions de travail, habitat,

éducation et hygiène) et de l'environnement général (physique, chimique, social, culturel et sociétal), qui déterminent l'écart des facteurs proximaux.

A ce jour, la prévention médicalisée peut apparaître comme une contribution aux inégalités sociales de santé. En effet, la méconnaissance des facteurs de risque et les comportements à risque traversent l'ensemble de la société.

L'épidémiologie sociale recense les déterminants socio-économiques suivants :

- les événements précoces de la vie et la catégorie sociale des parents, qui sont prédictifs de l'état de santé à l'âge adulte ;
- le chômage ;
- le travail (contraintes physiques, chimiques et organisationnelles) ;
- les réseaux sociaux ;
- l'habitat et l'environnement.

Par ailleurs, il existe de fortes disparités géographiques en raison des effets compositionnels (quartiers composés de catégories sociales dont l'état de santé est dégradé), des effets structurels (manque d'équipements sanitaires, sociaux et économiques) et des différences en termes d'exposition environnementale.

### **III. Les interventions proposées pour la réduction des inégalités de santé**

En termes de typologie, il convient de distinguer les politiques publiques visant à modifier les déterminants de santé sur le long terme, les opportunités développées dans le système de soins et l'éducation pour la santé.

En Europe, la recherche a montré que la réduction des inégalités sociales de santé passe par une action sur tous les déterminants. Par ailleurs, il apparaît nécessaire de rendre les choix de santé plus faciles. Enfin, il convient d'améliorer la santé par une action cohérente dans les secteurs autres que ceux de la santé.

La littérature sur les inégalités sociales de santé souligne le poids majeur du social par rapport au médical. Une politique de prévention doit s'attaquer aux causes des causes et non seulement aux facteurs proximaux. Il conviendrait d'inclure dans l'évaluation des programmes de dépistage et de prévention leur impact sur les inégalités sociales de santé. A moyen terme, il est indispensable de mener un vigoureux effort de recherche et d'expérimentation. A plus long terme, il apparaît nécessaire d'impliquer définitivement des politiques intersectorielles dans l'étude des déterminants sociaux.

#### **Les inégalités socio-sanitaires en France**

Bernadette LEMERY présente les résultats des travaux menés par la FNORS sur 3 168 « cantons » de France métropolitaine. Ces travaux mettent en évidence des écarts infra-régionaux ou départementaux.

La densité de l'offre de soins est plus importante dans le Sud de la France. Par ailleurs, les temps d'accès aux services des urgences les plus longs concernent les habitants situés en bordure des départements. La mortalité prématurée est plus particulièrement présente dans le Nord (Picardie, Pas de Calais), en Bretagne et dans le Centre. Enfin, la mortalité par accident de la circulation est plus importante en bordure des départements.

L'étude de la FNORS fait ressortir 7 classes de cantons suivantes :

- **Le rural isolé**

L'accès aux soins de premier recours et aux soins hospitaliers y est relativement difficile. En revanche, cette classe se distingue par une sous-mortalité générale.

- **Le rural du Sud**

Les soins libéraux de premier recours y sont plus importants que la moyenne nationale. Cette classe se distingue également par une sous-mortalité.

- **Le rural peuplé**

L'accès aux soins libéraux y est relativement difficile. Cette classe se distingue par une surmortalité par mort violente, suicide ou accident.

- **Les cantons précaires**

Cette classe est caractérisée par le plus fort taux d'ouvriers parmi la population active et les indicateurs de précarité les plus importants. On y observe une surmortalité générale prématurée.

- **Le périurbain socialement favorisé**

Il s'agit des cantons situés dans les aires urbaines, comportant un pourcentage important de cadres et un pourcentage de précaires relativement faible. Cette classe est nettement marquée par une sous-mortalité malgré une offre de soins inférieure à la moyenne.

- **Les pôles urbains socialement favorisés**

Marqués par des densités importantes, ces cantons disposent d'un réseau de services d'urgence dense et d'un accès aux soins libéraux de premier recours plus élevé que la moyenne. Ils se caractérisent par une sous-mortalité.

- **Les zones urbanisées comportant un taux de précarité supérieur à la moyenne**

Ces zones sont disséminées sur le territoire et représentent 30 % de la population. L'accès aux soins y est plus important que la moyenne. Néanmoins, elles sont caractérisées par une surmortalité prématurée et une surmortalité associée à l'alcool et au tabac.

Par conséquent, il apparaît que l'opposition rural/urbain est prononcée mais ne résume pas les disparités de santé. En revanche, les facteurs sociaux ont un impact fort sur l'état de santé.

## **Débats**

Lionel CHARLES, chercheur en sciences sociales : l'environnement sera un déterminant essentiel à l'avenir. Il constituera un vecteur d'actions collectives et un point d'appui important pour procéder à des réajustements en matière de politique de santé. Il faudra également étudier la relation directe entre santé et environnement, indépendamment des déterminants sociaux. L'environnement renvoie à une action à fort ancrage individuel, spontanément partagée au niveau local.

Françoise FACY, vice-Présidente de l'ANPA, souligne la nécessité d'établir une cohérence entre les multiples découpages administratifs, notamment les zones de santé de proximité, les bassins hospitaliers et les zones d'éducation prioritaires. Les indicateurs de l'étude présentée par la FNORS relèvent du niveau national alors que la santé s'inscrit désormais dans le cadre d'une politique régionale. Enfin, les typologies régionales et nationales ne sont-elles pas vouées à certaines contradictions, ce qui complexifierait leur application dans le cadre de la répartition des moyens ?

Bernadette LEMERY : la hiérarchie des cantons au sein d'une région est identique, que l'on utilise les indicateurs nationaux ou régionaux. Le but de l'analyse de la FNORS est de faire ressortir les cantons les plus fragiles, sur lesquels il faut intervenir le plus rapidement possible.

Jean-Michel DOKI-THONON, DRASS de Bretagne, suggère de compléter les indicateurs de mesure des inégalités sociales et de précarité par d'autres indicateurs que les minima sociaux, tels que le seuil de pauvreté européen, sachant que les travailleurs pauvres souffrent de problèmes de santé spécifiques à des conditions de travail difficiles.

Jean CHAPELET, DRASS PACA, observe qu'une étude de type FNORS constitue un point de départ et doit être partagée avec l'ensemble de la population de la zone géographique concernée, en vue d'établir un consensus sur les points importants à retenir en termes de politique. Par ailleurs, il considère que le débat régional est loin de suffire. Les communes sont très intéressées par les Groupements Régionaux de Santé Public et s'approprient leurs données dans le but de définir des politiques locales. Il convient de trouver le dispositif qui permettra d'intervenir au plus près de la population, à l'image des ateliers « santé ville » qui sortent de leur secteur d'origine et commencent à essaimer sur les communes voisines.

Annick LEMARCHAND souligne néanmoins la nécessité de réunir les acteurs à un niveau régional pour organiser les échanges d'information et d'expérience.

Bernadette LEVITOR, représentante d'un collectif d'usagers de la santé : les problématiques de santé publique impliquent des concepts qui ne sont pas partagés par tous, ce qui pose problème en matière d'observation et de prise de décision. Il est nécessaire de mettre en perspective les évolutions de la santé avec les actions déjà engagées pour tirer des enseignements des approches antérieures.

Evelyne ANDRE, de la DRASS Poitou-Charente : le Conseil régional et la DRASS ont développé des diagnostics santé par territoire dans le cadre des contrats de pays. Il apparaît que les zones de désertification sont marquées par les problèmes de santé et de précarité. Or c'est dans ces zones que les pouvoirs publics développent le moins d'actions en matière de santé publique. Les élus sont essentiellement préoccupés par le développement de l'offre de soins. En revanche, les animateurs de pays ont conscience qu'il est possible de développer des actions de prévention à moindre coût. En l'absence d'animateurs de santé, la DRASS envisage désormais de s'appuyer sur le réseau des CRES/CODES pour monter des projets de prévention en secteur rural.

Dorothée MARTIN, de l'Institut Renaudot, souligne la nécessité de recueillir l'avis des usagers de soins pour définir les priorités locales. Par ailleurs, il convient de résoudre la question du référent de prévention. D'autres acteurs que les professionnels médicaux peuvent participer à la prévention.

Anne GALEC, de l'ORS des Pays de Loire : les inégalités sociales sont beaucoup plus marquées chez les hommes que chez les femmes. Elle estime que les actions ciblées vers les populations fragiles présentent un risque de stigmatisation. Les actions globales permettent de faire évoluer les normes et les pratiques de société. Il convient donc d'associer les actions générales et les actions ciblées vers un public spécifique, par souci de non-discrimination et d'efficacité.

Christophe DUGUET, de l'Association Française contre les Myopathies : les problématiques de santé les plus rares se prêtent très mal à l'observation fine au niveau local. Or les situations de handicap sont génératrices d'inégalités devant la santé au-delà du handicap lui-même. L'accès aux soins est plus difficile pour les personnes handicapées. Il convient de tenir compte de ce point pour ne pas exclure une partie importante de la population de la recherche sur les inégalités de santé.

Françoise VAN DER HAGEN, animatrice de prévention : les outils d'observation risquent d'enfermer les populations dans leurs spécificités. Il est important de permettre aux publics de se rencontrer. Par ailleurs, les outils d'observation doivent aider à ajuster les actions, et non les déterminer. Enfin, les publics fragiles ont besoin d'une intervention sur le long terme et de repères stables. Il est donc nécessaire de faire des choix pour pouvoir intervenir dans la durée auprès des publics prioritaires.

Béatrice MAGDELAIN, de la Fédération Nationale des Familles Rurales, soulève les problèmes de transport des usagers de soins vivant en milieu rural. Par ailleurs, elle souligne la nécessité de développer une approche plus large de la prévention au niveau de la famille. Les écrits des associations telles que Le Mouvement de l'Éducation Populaire permettraient d'alimenter la réflexion sur ce sujet. En revanche, il n'est pas du ressort des associations de réaliser des évaluations à long terme. Enfin, il n'est pas possible de s'adresser à un public cible en milieu rural car les personnes concernées se sentent stigmatisées.

## **Regard sur les interventions possibles**

### **La prévention en milieu rural**

Dominique ORIOL : la MSA, au-delà de ses activités de protection sociale des salariés, exploitants et retraités agricoles, intervient en tant qu'animateur auprès de l'ensemble de la population vivant en milieu rural.

La MSA a relevé les trois problématiques suivantes :

- le déficit démographique de la profession médicale, qui induit une surcharge pour les professionnels des autres départements, ceux-ci ne disposant plus de temps pour réaliser des actions de prévention ;
- la dispersion géographique des habitants, qui pose le problème de la mobilité individuelle ;
- le vieillissement du milieu rural, dû à l'exode des jeunes vers les villes et à l'installation de retraités dans les campagnes.

L'organisation interne du régime permet à la MSA de déployer des moyens à la fois humains et financiers pour mener des actions de prévention.

En 2003, la MSA a lancé l'action « Senior, soyez acteurs de votre santé », en diffusant un agenda aux médecins traitants et aux personnes âgées. L'objectif était de fournir un support de prévention aux médecins et d'inciter les personnes âgées à s'auto-surveiller sur certains points. Cette action a été prolongée par les « ateliers du bien vieillir », co-animés par des médecins de prévention et des travailleurs sociaux. Grâce au succès rencontré, les personnes âgées elles-mêmes sont formées en vue d'animer ces ateliers.

Par ailleurs, la MSA a aménagé le plan de dépistage des cancers féminins pour combattre les freins culturels, sensibiliser les femmes isolées du milieu rural, et les accompagner moralement et physiquement aux réunions d'information et aux examens.

Vis-à-vis des publics jeunes, la MSA a établi un partenariat avec l'Enseignement Agricole pour mener des actions sur la prévention des addictions et la conduite de machines dangereuses ou d'engins agricoles.

Enfin, la MSA vient de lancer une expérimentation sur les maisons de santé rurales pluridisciplinaires accueillant des professionnels de santé et des professionnels sociaux.

La MSA a adapté la méthodologie de développement social territorial pour mobiliser l'ensemble des acteurs sociaux, administratifs ou médicaux et la population elle-même.

### **La prévention en milieu urbain**

Brigitte MARIANI : les contrats de ville s'adressent aux populations issues de l'immigration et marquées par une grande précarité psychologique et financière, dont les enfants entrent très tôt dans la spirale de l'échec. Ce public est exclu des dispositifs RMI et CMU. C'est pourquoi il a été décidé de mettre en place un accompagnement éducatif qui traite l'enfant, le jeune et la famille dans sa globalité. L'accompagnement éducatif inclut une action sur les parents et vise à aider l'enfant à se construire au travers d'activités culturelles.

L'objectif de ce type de dispositifs est d'aider les acteurs sociaux et les acteurs locaux à mettre en commun leur savoir-faire pour mieux comprendre les missions de chacun et ensuite passer le relais. Les ateliers « santé ville » résultent d'un partenariat entre tous les acteurs intervenant directement auprès de l'enfant, du jeune et de la famille (assistants sociaux, CAF, médecins scolaires, principaux de collège et associations travaillant avec les familles en dehors du temps scolaire). Par ailleurs, il est apparu que les problèmes de violence intra-familiale et les problèmes psychologiques étaient très importants.

Ces actions n'ont pas été évaluées de façon objective. Néanmoins, il semble que les mères se sentent mieux et que les enfants soient plus calmes. Les ateliers « santé ville » interviennent

dans les domaines de l'hygiène, du sommeil, de la nutrition et du suivi psychologique des enfants.

Les ateliers « santé ville » permettent d'améliorer la connaissance du territoire et le fonctionnement du réseau, tout en jouant un rôle d'alerte vis-à-vis des dysfonctionnements institutionnels. Ils interviennent en amont de la prévention médicale, alors que le secteur médical ignore les publics les plus isolés. Par conséquent, il est indispensable d'établir des connections entre les acteurs sociaux de la politique de la ville et les instances de droit commun en santé. Par exemple, il est essentiel de résoudre les problèmes d'apprentissage de l'enfant pour lui permettre de construire son identité et de s'insérer dans la société.

### **La place de l'échelon régional**

Annie-Claude MARCHAND : les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé constituent une modalité de réponse du niveau régional sur une approche transversale.

Le niveau de proximité est le niveau de réalisation des actions et de développement des politiques communautaires, le lieu du travail intersectoriel et pluridisciplinaire, appuyé sur les outils des politiques régionales de santé.

Il existe une grande hétérogénéité des territoires en termes d'organisation et d'action. Le but des schémas régionaux d'éducation pour la santé est donc de soutenir les compétences et les dynamiques locales en donnant plus de cohérence d'ensemble et en valorisant les actions existantes. La première année des projets pluriannuels de prévention constitue une année de mobilisation des acteurs, qui ont du mal à se connaître.

Le pôle régional de compétence, mis en place depuis deux ans, permet de développer la cohérence entre les acteurs et les actions. Son objectif est de mettre en place un langage commun, d'initier des échanges, de nouer des partenariats, de mutualiser les actions des différents réseaux, de renforcer les compétences des professionnels et d'harmoniser les pratiques. Le pôle régional de compétence vise à rassembler les compétences et les ressources d'une région pour les mettre à disposition des acteurs de proximité, qui sont souvent démunis. Il leur apporte des fonctions support, des conseils méthodologiques et des expertises.

Le pôle régional de compétence s'inscrit dans un processus de fédération. Il s'appuie sur des dynamiques territoriales, s'intègre dans le plan régional de santé publique et mobilise des réseaux d'acteurs en éducation pour la santé, qui peuvent ainsi établir des outils à destination des intervenants de proximité.

Le pôle régional peut également proposer une offre territoriale de formation continue et de conseil méthodologique, sur la base d'un état des lieux des pratiques. En Midi-Pyrénées par exemple, depuis trois ans, 350 professionnels et bénévoles ont bénéficié d'une formation de base en éducation pour la santé. Ces formations sont également l'occasion de tisser des liens entre les acteurs de terrain.

La problématique actuelle consiste à articuler les différents acteurs entre le niveau local, le niveau régional, qui constitue un niveau de coordination et d'échange, et le niveau national. Il convient également de définir des articulations entre le sanitaire et le social, entre les différents outils de la politique de santé, et entre les décideurs et les opérateurs. Enfin, il est nécessaire de trouver un moyen de faire connaître l'offre de service existante, de recueillir les attentes des utilisateurs et d'adapter les outils à leurs besoins.

Marie-Claire L'HELGOUACH, de la DRASS Ile-de-France, constate un décalage entre les actions menées et le plan de santé publique. Les ateliers « santé ville » sont des échelons territoriaux naturels pour traiter les inégalités socio-économiques de la santé. Néanmoins, il convient de définir le pilote des ateliers « santé ville » ainsi que leurs objectifs. Elle estime que les ateliers « santé ville » ont vocation à mettre en œuvre les priorités du plan de santé publique. Néanmoins, leurs objectifs sont plus globaux et portent également sur des démarches sociales.

Brigitte MARIANI : les ateliers « santé ville » sont chargés d'établir une articulation entre la politique de la ville et les politiques de santé. Ils doivent identifier les problèmes et définir les priorités en concertation avec les habitants, ainsi que les programmes d'intervention. Par

conséquent, la Direction de la santé publique ne décidera pas seule des actions menées sur le terrain. La difficulté est de faire fonctionner ensemble les deux dispositifs et de répondre aux besoins des habitants de tous âges. Il est indispensable que les acteurs sociaux (assistants sociaux, CAF, acteurs du périscolaire, Education Nationale, médecins scolaires, tissu associatif) et les acteurs de la santé apprennent à se connaître.

Selon Thierry LANG, il convient de veiller à ne pas opposer les plans nationaux et régionaux de santé publique et les plans locaux. Chaque fois que possible, il convient de consulter la population avant l'élaboration des plans locaux de santé publique. Lors des consultations locales, les problèmes de mal-être sont systématiquement signalés, tandis que les maladies considérées comme prioritaires au niveau national comme le cancer le sont rarement. Il serait anormal de mettre en place un plan de dépistage du cancer au niveau régional sans accorder une attention particulière aux femmes défavorisées. Enfin, Thierry LANG, souligne que les actions de santé publique ne doivent pas être démedicalisées au profit des actions sociales. Il convient de réintégrer les problèmes de santé dans les approches de prévention des plans locaux de santé publique pour qu'ils concordent avec les plans nationaux.

Brigitte MARIANI reconnaît qu'il est risqué que les acteurs sociaux réalisent seuls des actions de prévention en santé. Ils ont besoin d'être assistés par des experts en santé. C'est le but des ateliers « santé ville ».

Bernard LEMAND, épidémiologiste à l'Institut National de Recherche sur les Transports et la Sécurité : les inégalités sociales sont très mal connues en matière de risque routier, contrairement aux inégalités territoriales. Or les deux types d'inégalité ont tendance à être confondus. Actuellement, la santé est totalement absente de la prévention en matière de sécurité routière. Elle pourrait intervenir au niveau local, voire cantonal, dans les zones urbaines sensibles identifiées comme des territoires fortement accidentogènes. Le monde de la santé aurait un rôle à jouer dans la prévention routière sachant que les accidents mortels sont en grande partie dus aux addictions, à l'alcool notamment. Par ailleurs, le monde de la santé doit intervenir pour résoudre les inégalités sociales en termes de prise en charge des victimes.

Françoise FACY : Comment les associations peuvent-elles s'appuyer sur les structures médicales affectées à la prévention (PMI, médecine scolaire, médecine du travail) pour articuler des actions de prévention médicales, environnementales ou sociales ? Il serait peut-être nécessaire de réactualiser la mission des structures médicales de la prévention pour que les travailleurs sociaux puissent disposer de davantage d'interlocuteurs.

Dorothee MARTIN : la richesse des ateliers « santé ville » réside dans leur rôle fédérateur au niveau régional. Il convient de veiller à la préserver. Par ailleurs, de nombreux ateliers « santé ville » ont profité des politiques de la ville pour mettre en place des politiques locales de santé beaucoup plus larges. Les partenaires locaux peuvent s'inscrire dans la politique régionale de santé publique sans perdre leurs spécificités. Par conséquent, il ne serait pas nécessaire de rajouter un plan local de santé. Enfin, il convient de réfléchir au moyen d'établir des liens entre les pôles ressources des politiques de la ville et les pôles de compétence.

Jean CHAPELET s'étonne que le ministère de la santé ne s'implique pas dans la politique de la ville, alors qu'il a été dit que la santé constituait l'un des piliers de la politique de la ville.

Antoine GUENIFFEY, de la Direction Générale de la Santé : la constitution des GRSP constitue une chance pour les ateliers « santé ville ». Les GRSP permettront d'organiser des rencontres entre les dispositifs qui ne se connaissent pas suffisamment. Par ailleurs, le contrat de ville présente l'occasion de constituer un projet territorial cohérent, lié au développement et offrant des articulations avec le domaine de la santé. Il constitue le lieu du partage de la connaissance entre différents acteurs sur l'état de santé et sur les ressources disponibles, sachant néanmoins que seuls ont été retenus les thèmes pour lesquels des moyens peuvent être

alloués. L'atelier « santé ville » constitue un cadre d'animation et de coordination entre institutions et professionnels, en concertation avec la population, sur un territoire donné. Il ouvre la voix à une multitude de projets possibles. Il convient d'assurer un développement qualitatif des projets locaux de santé publique pour définir la stratégie qui permettra d'atteindre les objectifs politiques. La santé peut être à la fois une thématique d'intervention, notamment dans le domaine de l'accès au système de soins, et un objectif transversal du projet territorial.

Jean-François DODET souhaite savoir si l'Assurance Maladie est prête à financer des actions de prévention locales.

Dominique ORIOL : l'Assurance Maladie finance déjà des actions de prévention locales dans le cadre d'expérimentation. La question est de savoir si le GRSP local, à qui reviendra la gestion des fonds de prévention des organismes d'assurance maladie, pérennisera ces expérimentations.

Véronique DEVINEAU, chargée de mission prévention à l'URCAM des Pays de Loire : l'Assurance Maladie ne prend pas en charge les postes d'animateurs mais peut coordonner des actions en faisant intervenir des partenaires multiples.

Jean-François DODET : dans les milieux pauvres, le problème est qu'il n'y a pas suffisamment d'acteurs du monde de la santé pour monter des dossiers et mener des actions locales.

Béatrice MAGDELAINE : il convient de renforcer les maisons de prévention et les centres de santé autour des missions de prévention et de réfléchir aux métiers de la prévention. Les intervenants doivent être formés. Les 15 chargés de prévention qui ont été répartis sur le territoire français ont permis de développer une dynamique de prévention dans les écoles. Les associations peuvent contribuer au maillage du territoire.

### **Verbatim Atelier 3**

#### **Promotion de la santé en milieu du travail**

*Pierre VERGER, médecin épidémiologiste, Directeur adjoint de l'Observatoire régional de la santé PACA ;*

*Colette MENARD, Direction des affaires scientifiques, INPES ;*

*Bernard SIANO, responsable du département études et assistance médicale, INRS ;*

*Gérard CASSINO, Directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de Picardie ;*

*Colette JACQUES, médecin-inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre de Haute-Normandie ;*

*Patricia SOUSA, Directrice d'un service de santé au travail du Havre ;*

*Monique LARCHE-MOCHEL, chef de l'inspection médicale DGI ;*

*Philippe BIELEC, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés*

*Jean-Louis ZYLBERBERG, médecin du travail, RATP ;*

*Anne CHATFIELD, médecin-inspecteur régional du travail du Nord-Pas-de-Calais ;*

*Bernard ARNAUDO, médecin-inspecteur régional du travail du Centre ;*

*David VERNEZ, adjoint du chef de département de la santé au travail, AFSSET ;*

*Yves HELBECQUE, médecin coordonnateur ASMIS Amiens ;*

*Karim FELISSI, Fédération Nationale des Accidentés du Travail et Handicapés ;*

*Catherine BUISSON, Épidémiologiste, Département santé au travail de l'Institut de veille sanitaire ;*

*Emmanuel GERAT, chargé de mission DGT ;*

*Isabelle PALUD-GOUESCLOU, chef du bureau des conditions de travail et de l'organisation de la prévention, DGT ;*

*Catherine TINDILLIERE, chef du pôle n°2 «acteurs de la prévention en entreprise» du bureau conditions de travail et organisation de la prévention, DGT.*

*L'atelier était animé par Dominique CHOUDAT, Professeur de médecine du travail, Université Paris V et Alain TRUGEON, Directeur de l'observatoire régional de la santé et du social de Picardie*

#### **Le plan Santé au travail (PST)**

Emmanuel GERAT rappelle que le Plan santé travail, élaboré en étroite association avec les administrations concernées, et en concertation avec les partenaires sociaux, a pour objet de développer l'esprit de prévention sur les lieux de travail. Ce plan a été présenté aux partenaires sociaux en février 2005 et adopté en Conseil des ministres le 23 février 2005. Ce plan consacre les travaux de décloisonnement des différentes administrations entamé auparavant ; il se trouve au cœur des stratégies européennes et de l'OIT sur les questions de santé au travail. Il intègre la démarche d'approche globale des conditions de travail. Le PST s'inscrit également dans le dispositif de santé national et est articulé avec la loi relative à la politique de Santé publique.

Ce plan s'articule autour de quatre objectifs stratégiques:

- **L'amélioration des connaissances**

L'amélioration des connaissances doit s'effectuer grâce à la mobilisation de la communauté scientifique, qui, auparavant, ne concentrait pas suffisamment d'efforts sur la santé au travail, peu visible. Dans le cadre du Plan, le ministère de la recherche a lancé des appels à projets de recherche pour un montant annuel de 9 millions d'euros. Il est à noter par ailleurs que l'Etat s'est doté d'une Agence d'expertise sur la santé au travail en créant l'AFSSET, mesure phare du PST, en septembre 2005 : le nouveau département Santé au travail de l'AFSSET bénéficie d'une dotation en effectifs accrue et de crédits supplémentaires.

- **Le renforcement de l'effectivité de l'application du droit du travail**

Les inspecteurs du travail recevront un soutien scientifique et technique accru. A cette fin, des cellules régionales pluridisciplinaires composées de médecins, d'ingénieurs ou encore d'ergonomes ont été créées pour appuyer l'action des inspecteurs du travail et seront installées dans l'ensemble des régions. A noter également le renforcement de la formation initiale et continue des inspecteurs sur la santé au travail. Les moyens d'intervention et de communication sont également développés.

- **La rénovation des instances de pilotage de la santé au travail**

Le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels a été rénové, l'objectif étant de développer la concertation avec les partenaires sociaux et de renforcer le dialogue social. Des conseils régionaux de prévention des risques professionnels ont également été instaurés dans la même optique, en vue de favoriser les échanges entre acteurs régionaux de terrain. La coordination gouvernementale sur le sujet devrait aussi être renforcée avec la mise en place d'une commission *ad hoc*.

- **La diffusion de la prévention**

Des actions ciblées sont mises en œuvre dans les entreprises : celles-ci concernent un système de cotisations incitatif ou encore la promotion du principe de substitution des substances chimiques. Dix-huit mois après son lancement, les actions du PST se révèlent structurantes. Le plan est conçu comme un levier en vue d'une action renforcée et garantit la mise à disposition de moyens en faveur de l'amélioration des conditions de travail.

Yves HELBECQUE fait remarquer que les ingénieurs et les médecins se trouvent en bonne position pour sensibiliser les départements des ressources humaines des entreprises à la problématique de santé au travail.

### **Actions de l'INRS en faveur de la prévention des risques professionnels**

Bernard SIANO précise les missions de l'INRS : il s'agit de mieux identifier et connaître les risques professionnels, d'analyser leur conséquences pour la santé et la sécurité de l'homme au travail, de combattre les risques professionnels et de les maîtriser, et, enfin, de diffuser un enseignement sur les moyens de prévention.

L'INRS mène quatre grandes actions que sont l'assistance, les études et la recherche, l'information orientée en direction des nouvelles technologies de l'information, et enfin, la formation.

L'INRS conduit également un certain nombre de projets transversaux institutionnels. Parmi les thématiques d'études en cours, il convient de citer les solvants, le stress, le risque routier, l'amiante et les fibres ou encore les cancers professionnels.

A titre d'illustration, dans le domaine des risques chimiques, l'INRS a dressé un panorama de l'utilisation des solvants en France en juin 2005. L'INRS a proposé la réalisation d'une enquête similaire pour les substances cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (toxiques pour la reproduction : CMR) et a également mené une campagne particulière de contrôle sur les chantiers de retrait d'amiante, à l'occasion de laquelle des anomalies ont été constatées dans 67 % des 784 chantiers visités. L'INRS a également effectué une analyse des expositions professionnelles au perchloroéthylène dans les pressings. Dans le domaine des risques physiques, l'INRS a conçu un guide européen de bonnes pratiques sur le bruit. S'agissant des risques biologiques, l'INRS a réalisé un film de sensibilisation au risque biologique, primé au Congrès mondial sur la sécurité et la santé au travail en 2005. Enfin, pour ce qui est des risques organisationnels, l'INRS propose des formations à la prévention du stress au travail.

Pierre VERGER demande quels outils l'INRS utilise pour sensibiliser les médecins de ville à la problématique de santé au travail.

Bernard SIANO explique que l'INRS diffuse un guide centré sur les maladies professionnelles et a mis en place un module pédagogique dispensé dans les formations médicales continues. Des stands ont été tenus dans divers congrès également. Il ajoute qu'il reste peu aisé de mobiliser les médecins de ville sur le thème de la prévention de la santé au travail.

Colette MENARD ajoute que l'INPES développe des guides à l'intention des médecins généralistes. Elle insiste sur la nécessité de coordonner les actions des divers instituts en matière de coopération entre médecine de ville et médecine du travail.

Pierre VERGER indique que l'ORS PACA organise des rencontres entre médecins du travail et médecins de ville, dans leur bassin d'exercice. Il convient de favoriser les échanges d'expérience entre les différents acteurs.

Anne CHATFIELD pointe la nécessité de mieux faire connaître ces outils, les médecins étant demandeurs en la matière.

## Débats

Colette JACQUES souhaiterait voir le débat se recentrer sur la mise en œuvre de la promotion de la santé au travail, telle qu'elle a été définie dans la Charte d'Ottawa.

Karim FELISSI souscrit au point de vue de Colette Jacques. La présentation des lois et des travaux des institutions est certes intéressante mais le sujet est déjà largement connu des professionnels qui participent à l'atelier, qui devrait davantage constituer un lieu d'échanges et de partages d'expérience. Il convient de confronter les points de vue.

Dominique CHOUDAT précise que la rencontre vise à diffuser des informations sur le plan de la santé au travail auprès des participants, dans un premier temps, et à recueillir les différentes remarques, dans un second temps à partir des expériences de terrain.

Colette JACQUES considère elle aussi que les informations institutionnelles sont facilement accessibles sur les sites Internet. Ce sont les témoignages des professionnels actifs sur le terrain et le partage d'expériences qui permettront de faire progresser le sujet, sur la base du Plan santé au travail, outil structurant.

Isabelle PALUD-GOUESCLOU estime qu'il convient avant tout de s'accorder sur la définition des termes employés : ainsi, les termes de santé en milieu du travail et de santé au travail diffèrent. La problématique essentielle est celle de la protection du salarié et des mesures préventives à prendre. La connaissance des risques d'exposition professionnelle est en jeu. Il s'agit donc bien de promotion de santé au travail, grâce à la prise en compte des problématiques prioritaires en matière de santé des salariés. La réunion permettra, entre autres, de débattre des pratiques innovantes développées sur le terrain. Les témoignages permettront d'amorcer l'élaboration d'une action collective.

Colette JACQUES demande la définition donnée par la DGT de la promotion de la santé au travail.

Isabelle PALUD-GOUESCLOU explique que la promotion de la santé consiste en toute mesure visant à prendre les précautions utiles pour que la santé des salariés ne s'altère pas.

Colette JACQUES estime pour sa part que la promotion de la santé au travail consiste en une méthode, inscrite dans les Chartes d'Ottawa et de l'OMS, définition officielle sur laquelle devraient se baser les échanges.

Monique LARCHE-MOCHEL précise que selon les concepteurs de l'atelier, la session devait se centrer sur la prévention de la maladie, en lien avec le travail ou avec des habitudes de consommation examinées en lien avec le travail.

Colette JACQUES estime que l'approche prônée par la DGT est réductrice. Les risques à l'intégrité physique ne doivent pas être considérés seuls. Il convient de changer de paradigme.

Alain TRUGEON indique de même qu'il convient de ne plus cloisonner les aspects de la santé au travail. Il plaide pour l'intégrer dans une approche globale de santé publique et insiste sur le besoin de trouver un financement pour les services santé travail dans le cadre d'une démarche épidémiologique commune.

Colette JACQUES insiste sur le fait que la promotion de la santé au travail doit constituer une démarche assortie d'objectifs. Ainsi, il convient de ne pas solliciter les médecins généralistes uniquement pour réaliser des déclarations de maladies professionnelles.

Bernard SIANO explique que la prévention est de mise. Il s'agit d'inciter les médecins de ville à questionner leurs patients sur leur travail et de les inciter à contacter le médecin du travail : la réparation seule n'est pas en jeu.

Isabelle PALUD-GOUESCLOU reconnaît que les divers acteurs n'ont pas forcément la même approche des priorités. Elle assure cependant que l'évolution est à une vision moins axée sur la réparation, ce dont témoigne la mise en œuvre du PST. Elle indique que le ministère est tout à fait conscient de la nécessité de développer les synergies, d'où son implication forte pour favoriser ces synergies.

Karim FELISSI réitère son point de vue : les Etats-généraux devraient favoriser le témoignage des partenaires du ministère dans une logique ascendante, les éléments remontant de la base.

Karim FELISSI réitère son point de vue : les Etats-généraux devraient favoriser le témoignage des partenaires du ministère dans une logique ascendante, les éléments remontant de la base. Il regrette donc vivement que son association n'ait pas été invitée à participer aux travaux préalables à ces Etats généraux.

### **Actions de l'AFSSET et de l'InVS**

David VERNEZ rappelle que l'AFSSET n'a intégré un département Travail qu'en 2005. Ses principales activités relèvent de l'expertise scientifique, selon une approche-qualité. L'AFSSET est régulièrement saisie par les ministères de tutelle, les établissements publics ou les collectivités territoriales et travaille avec ses partenaires pour y répondre. Outre l'expertise, l'AFSSET remplit une mission de veille scientifique et effectue des travaux prospectifs ; elle joue un rôle d'alerte, effectue des travaux de valorisation et est chargée de développer et d'entretenir le réseau de partenaires.

Catherine BUISSON explique que l'InVS procède au repérage des activités et des professions à risques, et élabore des recommandations. Ainsi, l'InVS dispose d'un volet exposition et d'un volet montage de réseaux et de programmes de surveillance avec l'appui de médecins du travail sentinelles en région.

Isabelle PALUD-GOUESCLOU précise que le rôle de l'InVS en matière de santé au travail sera développé à l'avenir, l'InVS étant un acteur incontournable de la prévention des risques professionnels.

Pierre VERGER s'interroge sur la disponibilité, en France, d'outils statistiques permettant d'effectuer de la prévention en matière de santé au travail. Il souligne le manque d'outils et leur nécessaire harmonisation.

Alain TRUGEON estime lui aussi que l'un des enjeux fondamentaux est de disposer des données nécessaires pour une plus grande connaissance de la population.

Isabelle PALUD-GOUESCLOU confirme que le travail à engager en la matière est très important. Seul le réseau SUMER a effectué des travaux intéressants en la matière.

Pierre VERGER soulève le sujet du pilotage de la déclinaison des plans en région, qui pose le problème des indicateurs. Il signale à ce titre que l'InVS vient de publier une analyse comparative visant à étudier la manière d'harmoniser les différents systèmes.

Bernard ARNAUDO, membre de l'équipe SUMER, s'étonne de l'affirmation consistant à mettre en avant le manque d'outils. Il indique que les résultats publiés par SUMER sont très fins. Ce

sont 1 800 médecins du travail qui ont alimenté le réseau et il est possible, à partir de cette base, de déterminer des actions de prévention. Grâce à cet outil, le réseau est en mesure de localiser les expositions professionnelles qui constituent un risque pour les salariés. L'InVS a également initié un travail important en la matière. Selon Bernard ARNAUDO, faire valoir le manque d'éléments est une manière de différer le passage à l'action. Il préconise l'élaboration immédiate d'une stratégie.

Anne CHATFIELD souscrit aux propos de Bernard ARNAUDO. Si les indicateurs peuvent encore être améliorés, les données de SUMER et les enquêtes régionales menées permettent d'ores et déjà de prioriser les actions à mener.

Pierre VERGER estime que si certaines données existent, elles méritent d'être améliorées.

### **Expérience d'un acteur local, l'ASMIS**

Yves HELBECQUE, médecin coordonnateur de l'ASMIS à Amiens, présente l'action de ce service interentreprises de santé au travail dans les champs des troubles musculo-squelettiques, des violences externes et de la consommation de tabac, sous l'angle de l'implication des salariés. Le processus d'intervention est tout d'abord amorcé par une analyse de la demande.

C'est, entre autres, l'implication du médecin du travail qui pourra déclencher le processus. Celui-ci informe et sensibilise les salariés ; pour ce faire, il a tout intérêt à s'appuyer sur un responsable des ressources humaines ou de la santé et de la sécurité de l'entreprise. L'action menée devra l'être, dans un premier temps, en direction de la Direction et des partenaires sociaux. Un certain nombre d'indicateurs, comme le ressenti des salariés, pourra alerter sur la problématique de santé émergente. L'étape du diagnostic impliquera l'intervention des salariés, de consultants experts, de psychologues du travail ou encore d'ergonomes. Ainsi, pourra être dispensée une « formation » des acteurs relais à l'information et à la sensibilisation. Vient enfin la phase d'intervention impliquant tous les acteurs identifiés et tous les salariés de l'entreprise. Tout au long du processus, devront systématiquement être impliqués les partenaires sociaux et la Direction. Est également soulignée l'importance de la communication lors du déploiement de telles actions.

Les stratégies d'intervention sont diverses. Ainsi, en matière de violences externes dans les transports publics, il conviendra de réaliser une expertise des ressources humaines, un audit de l'entreprise et une identification des « stresseurs » (facteurs de stress) internes à l'entreprise, entre autres. En termes d'intervention, il conviendra de prendre des actions de prévention primaire en favorisant, par exemple, une approche interactionnelle et en agissant sur les « stresseurs » liés au travail. Les actions de prévention secondaire comprendront la sécurisation des personnels et la formation à la gestion des conflits. Les actions de prévention tertiaire consisteront à agir en cas d'agression ou d'incident et à faciliter le retour à l'emploi.

C'est une action d'amélioration continue de la santé qu'il convient d'engager en entreprise.

En réaction à la présentation, Jean-Louis ZYLBERBERG estime, en tant que médecin du travail, que son rôle consiste à se centrer sur l'alerte sanitaire et non pas sur la gestion des risques professionnels. Ainsi les troubles musculo-squelettiques et les troubles psychosociaux ne sont pas du ressort du médecin du travail.

Yves HELBECQUE notifie son désaccord, tout en reconnaissant qu'à terme, c'est à l'entreprise de s'accaparer le projet.

Gérard CASSINO explique qu'en Picardie, a été lancé un travail conjoint entre les différents acteurs de la prévention. En 2005, ont été mises en place des Assises régionales de la santé au travail, co-construites avec des représentants régionaux de branches, de salariés et des préventeurs institutionnels tels que les CRAM ou encore l'ISTNF. Il convenait de lancer une dynamique commune de travail dans le temps. Les Assises ont réuni 630 personnes et ont

permis de travailler sur des problématiques partagées. Cet événement a permis d'émettre les principes suivants : l'entreprise doit être acteur du système de la prévention, quelle que soit sa taille ; il convient d'analyser l'apparition des risques singuliers dans le contexte du travail, en situation ; les salariés doivent devenir acteurs de la prévention.

Les Assises ont permis de décliner une série d'approches préventives sur la base de ces trois principes. Ainsi, en déterminant une stratégie et une ligne de travail, l'employeur impacte directement les conditions de travail : il doit constamment garder en tête l'idée de la prévention, qui doit constituer une entrée aussi économique que sociale.

Au-delà du 6 mars 2005, date des Assises régionales en Picardie, les différents acteurs ont défini des axes pour alimenter le PST, et le faire vivre en région. Par ailleurs, dans l'attente du décret créant les Comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP), la Picardie a déjà mis en place la préfiguration de sa future instance régionale de concertation, lieu du suivi et de l'évaluation du PRST. La concertation avec la DRIRE et la DRASS est de mise.

Colette JACQUES estime que l'approche prônée par l'ASMIS constitue une réelle démarche de prévention. La promotion de la santé au travail exige la transversalité. Il convient par ailleurs de présenter les intérêts des actions entreprises pour que les employeurs y adhèrent. Les entreprises doivent s'engager dans la promotion de la santé au travail au niveau régional, *via* les actions développées en leur sein. Enfin, Colette JACQUES reconnaît qu'il convient de renforcer les données de santé au travail.

Karim FELISSI demande si le plan mis en place par l'ASMIS s'applique aussi bien aux très petites entreprises (TPE). Il doute qu'en l'état actuel des choses, des drames similaires à celui de l'amiante puissent être évités. En effet, la FNATH estime qu'il convient de distinguer, d'une part, l'expertise et l'alerte, éléments qu'il convient de ne pas confier aux organismes paritaires de l'entreprise et dont l'Etat devrait plutôt avoir la charge, de la gestion des risques, d'autre part, qui peut éventuellement revenir, en partie, à l'entreprise.

Colette JACQUES souligne le fait que 80 % du tissu économique est constitué de TPE : *quid* de la promotion de la santé dans ce secteur ? Elle indique qu'en Haute-Normandie, une étude des freins à la prévention est en cours : il s'agit de comprendre pour quelle raison les TPE négligent souvent la promotion de la santé.

Anne CHATFIELD explique que l'action est déployée par branche professionnelle. En Nord-Pas-de-Calais des actions sont déployées envers les TPE, en partenariat avec l'inspection du travail, et la CRAM, entre autres.

Gérard CASSINO indique qu'en Picardie, l'ARACT a été mandatée pour réaliser des diagnostics, dégager des bonnes pratiques et les promouvoir. Un réseau de préventeurs privés agit en partenariat avec l'ARACT auprès des TPE. Une démarche tripartite a également été initiée : l'effet mutualisateur des branches professionnelles est précieux.

Patricia SOUSA, directrice d'un service de santé au travail, attire l'attention sur le fait que ses personnels n'évoluent pas dans les sphères institutionnelles et sont peu informés de l'avancée de la réflexion sur la promotion de la santé au travail. Or ceux-ci sont des vecteurs précieux de communication. Elle indique que les entreprises, aussi sensibilisées soient-elles à la problématique de la promotion de santé au travail, ne sont certainement pas enclines à financer toutes les études que pourraient effectuer des organismes comme l'ASMIS. Patricia SOUSA affirme que son organisme est prêt à se mobiliser ; en contrepartie, l'Etat doit réévaluer la question des moyens financiers, qui font cruellement défaut à ces structures. Enfin, elle s'interroge sur la question de l'aptitude. L'enjeu est également d'étoffer l'offre de services des centres de santé au travail, et d'en faire comprendre l'intérêt aux entreprises.

Philippe BIELEC indique que la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) prend désormais mieux en compte les risques psychosociaux. Il affirme en outre que des données qualitatives précises et en nombre sont disponibles, concernant les maladies professionnelles. Toutes les actions menées et les thèmes communs mobilisateurs de la CNAM sont issus de ces indicateurs et d'ailleurs similaires à ceux du ministère. En outre, les partenaires sociaux acceptent l'action de la CNAM, qui s'appuie sur toutes les branches professionnelles. Les

partenaires sociaux comme le Medef acceptent aujourd'hui que le point des risques psychosociaux liés aux violences externes soit abordé. Désormais, par exemple, le travail de l'aide à domicile est en cours d'analyse dans sa globalité. Le sujet de la prévention progresse donc largement, ce qu'il convient de ne pas occulter. Les actions définies au niveau national sont effectivement déclinées en région. Des lieux communs d'échanges permettront, bien entendu, d'améliorer les actions menées.

Gérard CASSINO rappelle que l'aptitude est liée au problème de fond que constitue la démographie médicale. En effet, la baisse de fréquence des visites médicales d'aptitude est notamment liée à la difficulté de recruter des médecins du travail.

Isabelle PALUD-GOUESCLOU indique que la réforme de l'aptitude occupe une place importante dans le PST, avec une mission confiée à M Gosselin, conseiller à la Cour de Cassation chargée de faire évoluer cette notion qui doit être aujourd'hui clarifiée. Elle confirme que la Médecine du travail connaît aujourd'hui un tournant historique voulu par le gouvernement et doit s'exercer selon une approche pluridisciplinaire, d'ores et déjà mise en œuvre sur le terrain.

Une représentante de l'ANACT explique que son organisme mène, au titre des pratiques innovantes, un travail sur le lien entre exposition aux risques et travail, ce qui implique le témoignage des salariés. Il s'agit également de considérer l'aspect cumulatif de ces risques et l'inégalité des différentes populations salariées face à ces risques. La pluridisciplinarité constitue également un des enjeux de la promotion de la santé au travail. Il convient en effet de favoriser la coopération entre les différents champs d'expertise. Enfin, il faut que les salariés deviennent acteurs de la prévention. Il convient donc de favoriser la prise de parole des salariés dans l'entreprise.

Karim FELISSI estime qu'il convient de mener une réflexion sur le rôle des partenaires sociaux. Ainsi, dans l'affaire de l'amiante, en dépit de la présence des partenaires sociaux, le risque n'a pas été évité, en raison de forts dysfonctionnements. Il convient donc de réexaminer le fonctionnement du système de prévention : à ce titre, la séparation de l'expertise et de la gestion des risques apparaît cruciale. Enfin, Karim FELISSI soulève la question des moyens budgétaires nécessaires à la conduite d'une vraie politique de prévention de santé au travail.

La représentante de l'ANACT estime que la pluridisciplinarité permettra le croisement des ressources et contribuera donc à une approche plus efficace de la prévention des risques, en particulier pour les risques cumulatifs complexes.

Karim FELISSI en convient mais rappelle que la condition préalable à cette nouvelle organisation réside dans son acceptation par les chefs d'entreprise et les partenaires sociaux.

Isabelle PALUD-GOUESCLOU rappelle que l'AFSSET a été créée en vue de garantir la séparation des aspects d'évaluation et de la gestion des risques. Elle ajoute que le plan de santé au travail prévoit un renforcement des moyens. Des cellules pluridisciplinaires d'appui ont également été constituées : des ingénieurs apporteront désormais leur appui aux services de l'inspection du travail – sur les risques chimiques par exemple - ce qui dénote une volonté forte de professionnalisation.

Yves HELBECQUE souligne le déficit de ressources humaines dans les services. Ainsi, il n'est pas possible, humainement, de se conformer à toutes les procédures administratives mises en place, telles que l'obligation de remplir la fiche d'entreprise.

Colette JACQUES demande quelles sont les missions nouvelles dont devra s'acquitter le médecin du travail dans le cadre de la promotion de la santé. Elle évoque également le thème des métiers innovants.

Isabelle PALUD-GOUESCLOU explique que les réflexions sont en cours à ce sujet et évoque la délégation de certains actes du médecin du travail.

Philippe BIELLEC estime qu'outre l'allocation de moyens supplémentaires, il convient d'optimiser l'organisation générale du système de prévention.

Patricia SOUSA estime que le cursus des médecins du travail doit intégrer un module sur le monde de l'entreprise.

Dominique CHOUDAT précise qu'il existe un module sur l'organisation du monde du travail dans la maquette nationale d'enseignement de la médecine du travail.

### **Activités de l'ORS PACA**

Pierre VERGER présente une expérience régionale d'observation en santé travail : le tableau de bord régional « santé, sécurité et conditions de travail », édition 2006, réalisé par l'Observatoire régional de la santé PACA. Le TBST (Tableau de Bord de Suivi Tarifaire), commande de la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP) de PACA, réunit des données statistiques produites par divers instituts afin de créer des indicateurs devant éclairer les pouvoirs publics dans les choix de priorités.

Le TBST a permis de recueillir les données relatives au régime général en PACA et de les comparer à celles qui valent pour l'ensemble de la France (éléments produits par l'enquête SUMER 2003, par l'enquête décennale santé et par la CRAM Sud-est...), sur les thèmes de l'évolution des caractéristiques socio-économiques en PACA, l'évolution des conditions de travail, les accidents du travail, les maladies professionnelles, la souffrance morale au travail, la gestion des âges et le maintien dans l'emploi, le handicap et l'emploi. Des analyses par bassin d'emploi, peu aisées, sont en cours. L'édition 2006 du TBST s'est par ailleurs enrichie d'une version Internet et compte différents zooms sur des problèmes émergents comme les risques liés aux nanoparticules, sur des problèmes spécifiques tels que le tabagisme et sur des actions régionales.

Pierre VERGER explique que le phénomène des sous-déclarations a conduit à mettre en place le Système d'information santé travail environnement (SISTE) PACA. Il s'agit de sensibiliser les médecins praticiens sur les risques de santé au travail ; de favoriser les échanges entre médecins praticiens et médecins du travail ; et, enfin, d'améliorer les taux de déclaration de maladies professionnelles, ce qui permet d'alerter les entreprises. En outre, des réunions pluridisciplinaires d'échanges et de formation sont régulièrement organisées sur l'ensemble de la région ou bien sur différents bassins d'emploi. Un site Internet apporte également une aide aux médecins dans leurs démarches de déclarations, entre autres.

Pierre VERGER explique que l'élaboration du tableau de bord a permis de démontrer les difficultés méthodologiques que posent l'interprétation des différents indicateurs statistiques de santé au travail : ainsi l'absence d'harmonisation entre les différents régimes de sécurité sociale, l'insuffisante connaissance des niveaux de déclaration des maladies professionnelles, la difficile obtention des informations au niveau territorial et la sous-utilisation du système de notification des maladies à caractère professionnel posent problème.

Karim FELISSI indique que pour la FNATH, les thèmes de la tarification et de la réparation sont incontournables en termes de santé au travail. L'obsolescence des outils afférents doit être prise en compte. La rénovation de ces instruments constituera un aiguillon puissant de nature à modifier l'attitude des entreprises.

Dominique CHOUDAT souligne qu'il convient d'opérer une harmonisation pour les grandes entreprises, les PME et les TPE, mais également pour les salariés de la fonction publique et les travailleurs indépendants. Il convient également d'engager une réflexion sur la promotion de la santé pour les individus exclus du travail.

Colette MENARD ajoute qu'il convient d'opérer une meilleure articulation entre santé au travail et santé publique. Les substances psycho-actives, telles que l'alcool et le cannabis, deviennent également une préoccupation importante au sein de l'entreprise. L'accidentologie liée à l'alcoolisation constitue un réel sujet de préoccupation pour les employeurs. La nutrition, est également, pour les chefs d'entreprise, une thématique de santé au travail. Il est à noter que le baromètre santé de l'INPES 2004, réalisé auprès de 30 000 personnes dont 14 000 actifs, fournira des indicateurs sur les facteurs de risques cumulés et les liens entre conditions de travail et santé.

Isabelle PALUD-GOUESCLOU indique que le thème de la santé au travail sera particulièrement développé au sein des Forums Régionaux des Etats Généraux de la Prévention, plus proches du terrain.

Alain TRUGEON souligne la préoccupation liée à la fin de vie professionnelle. Il remercie les différents participants qui ont contribué à la richesse du débat et précise que les échanges constituent l'amorce d'un travail à poursuivre en commun, dans les différentes enceintes.

## **Verbatim Atelier 4**

### **Promotion de la santé en milieu scolaire et universitaire**

*Anne GOMPEL, Gynécologue, Hôtel-Dieu Paris*

*Philippe LAMOUREUX, INPES*

*Hélène ESCALON, Nathalie HOUZELLE, INPES*

*Nadine NEULAT, Direction de l'Enseignement Scolaire, Bureau de la prévention, Ministère de l'Éducation Nationale*

*Magalie DUWELTZ, Sos Benjamin – ONECR*

*Mmes Fabienne DECHET - Anne-Marie SERVANT - Nadine LABAYE – Isabelle BISSERY -- Mrs. Jean-Baptiste HERBET - David FRIBOULET - Henri CARON - Olivier KATIAN*

*Sophie DARTEVELLE, UFSBD*

*Daniel MOTTA, INRP*

*Edouard BIDOU, Union nationale des Sociétés Étudiantes Mutualistes régionales)*

*Sylvie LEFEVRE, ANPAA de Seine-et-Marne*

*Dr A. BUREAU, Association Française pour la Contraception*

*Annick LOUVEL, Services Universitaires de la Santé*

*L'atelier était animé par Annick FAYARD, INPES*

Annick FAYARD présente, en préambule, la démarche des Etats généraux de la prévention, dont le cadre a été défini par le Ministre de la Santé, afin de soutenir la prévention. Il s'agit de donner une cohérence d'ensemble aux actions mises en œuvre en ce domaine et d'engager une réflexion sur la stratégie à adopter. Le Ministre Xavier Bertrand a souhaité une mobilisation de l'expertise élargie et engage un processus de consultation de l'ensemble des parties prenantes, à travers le lancement des Etats Généraux de la Prévention aux échelons national et régional.

Le 29 mai 2006, le Ministre a confié à Jean-François Toussaint la mission de réaliser un diagnostic de la prévention pour la santé et de définir de nouvelles orientations en ce domaine. Des experts français et étrangers seront mobilisés tout au long de ce processus, avec l'appui des autorités compétentes. La Commission d'orientation des Etats généraux de la prévention a été créée par un arrêté ministériel du 12 juin 2006, afin de préparer le diagnostic et de mettre en œuvre le processus de consultation de l'ensemble des acteurs.

Annick FAYARD rappelle ensuite les objectifs de l'atelier 4, qui sont notamment de partager les constats issus du rapport préliminaire, la majeure partie du temps devant permettre un débat avec l'ensemble des participants. Le milieu scolaire, la santé des jeunes scolarisés, la promotion de la santé dans les établissements et l'exemple de l'éducation affective et sexuelle seront également présentés. Enfin, Annick FAYARD précise qu'une synthèse de l'atelier 4 sera restituée le lendemain lors de la séance plénière.

#### **Le milieu scolaire**

Annick FAYARD indique qu'actuellement, sont recensés plus de 15 millions d'élèves (apprentis et étudiants) et plus de 1,3 million de personnels, répartis dans 68 000 écoles, collèges et lycées. Il existe trois niveaux d'intervention : le niveau national (contrat cadre, textes réglementaires...), le niveau local (rectorats, groupements régionaux de santé publique) et les EPLE (établissements publics d'enseignement du second degré). Le temps passé par un élève dans un EPLE peut être de trois types : il s'agit du temps d'enseignement, du temps de la vie scolaire et du temps périscolaire.

L'importance de la santé dans la réussite scolaire est de plus en plus reconnue et il est de plus en plus légitime de faire appel à l'école, et de mettre celle-ci à contribution. Les établissements scolaires apparaissent comme des lieux d'action privilégiés pour des actions de promotion de la santé. Toutefois, l'école ne peut être ni le simple relais d'une politique de santé, ni être hermétique aux sollicitations sanitaires. Par exemple, la famille constitue, pour les enfants, le cadre le plus important pour leur développement.

## La santé des jeunes

Hélène ESCALON note que les données relatives à la santé des jeunes sont issues d'une série d'enquêtes, telles que le Baromètre Santé 2005 et le Baromètre Santé Nutrition (réalisé en 2002). Deux élèves sur trois déclarent aimer l'école ; cependant, la satisfaction de l'environnement scolaire diminue avec l'âge. En outre, près de la moitié des élèves se déclarent fatigués (plutôt les garçons) et stressés (cette tendance concernant plutôt les filles). Concernant le soutien, les jeunes citent par ordre décroissant les parents, les autres élèves et les enseignants. Avec l'âge, toutefois, la perception du soutien des enseignants et le sentiment d'autonomie des élèves ont tendance à s'altérer. De plus, ce sont les filles et les plus jeunes qui attribuent généralement les meilleures notes.

Par ailleurs, la majorité des élèves se sentent relativement en sécurité dans leur environnement scolaire : plus des trois quarts des jeunes affirment qu'ils n'ont jamais été victimes d'actes de violence à l'école. Les deux tiers ne craignent pas la violence à l'école. Ces données varient cependant selon le sexe, dans la mesure où les filles sont généralement moins concernées par la violence que les garçons.

Les troubles psychosomatiques les plus fréquemment cités sont l'irritabilité, la nervosité, le mal au ventre, les maux de tête et les insomnies... En outre, plus d'une fille de 15 à 24 ans a déclaré un épisode dépressif au cours des douze derniers mois. En ce qui concerne l'alimentation, il apparaît que la consommation des produits laitiers et surtout de fruits et légumes est très insuffisante (moins de 7% des jeunes en consomment plus de 5 par jour). Plus du tiers des élèves ne prennent aucun petit-déjeuner, mais 42% consomment des produits sucrés quotidiennement. A l'âge de 15 ans, 42% des filles de 15 ans ont l'intention de faire un régime. Ce problème de l'image de soi concerne également un tiers des filles âgées de 11 ans ! Dans le domaine de la sexualité, un enfant sur cinq a déjà eu des rapports sexuels à 15 ans ; les méthodes de contraception les plus utilisées sont le préservatif et la pilule. Par ailleurs, la majorité des enfants de 12 à 15 ans sont non fumeurs, mais un tiers des jeunes de 16 à 19 ans consomment régulièrement du tabac. Toutefois, le tabagisme régulier semble diminuer, en particulier chez les adolescents. En matière d'alcool, la consommation est marginale chez les 12-14 ans, et hebdomadaire chez les 15-19 ans. Enfin, le cannabis occupe une place spécifique s'agissant des drogues illicites, car cette drogue est la plus disponible. 35% des jeunes de 15 à 19 ans ont essayé le cannabis au moins une fois dans leur vie et 7% d'entre eux en font une consommation régulière.

Jean-Baptiste HERBET : 14% des jeunes utiliseraient la pilule du lendemain. Il souhaite savoir si cette donnée ne concerne que les filles ou si elle inclut les garçons.

Anne GOMPEL : ces statistiques sont fondées sur une méthode déclarative. Elle explique que 30% des jeunes filles affirment utiliser la pilule du lendemain. Le chiffre de 14% concerne l'ensemble des classes d'âge, filles et garçons.

Magalie DUWELTZ (Sos Benjamin – ONECR) : dans combien d'établissements scolaires l'enquête a-elle été réalisée ? Pour elle, ces données ne seraient pas très représentatives.

Hélène ESCALON : l'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) a été menée dans plus de 8 000 collèges. Les jeunes interrogés étaient âgés de 11, 13 et 15 ans.

Nadine NEULAT : les participants de l'enquête HBSC, dont le maître d'œuvre en France était le rectorat de Toulouse, ont été tirés par méthodes aléatoires.

Nadine LABAYE : ces enquêtes sont menées dans différents collèges, lesquels sont le plus souvent tirés au sort. Ainsi, les collèges sondés représentent un panel très large.

Annick FAYARD : ce type d'enquêtes est mené tous les quatre ans, ce qui permet de fiabiliser les données et de dégager des tendances ; il est possible de faire des extractions, afin d'affiner la connaissance de la santé des différentes populations, notamment des étudiants.

### **Les valeurs de l'éducation à la santé à l'école**

Nadine NEULAT note que l'éducation à la santé vise à donner aux élèves des moyens de faire des choix éclairés et responsables, tant vis-à-vis d'eux-mêmes que des autres. Elle ne se limite pas à un apport de connaissances, mais a pour objectif le développement de compétences, par une prise de conscience des ressources de chacun, et une mise à distance des stéréotypes.

En outre, l'éducation à la santé doit permettre aux élèves de s'approprier les lois et règlements. Les valeurs principales de l'éducation à la santé sont la responsabilité, le respect individuel et social ; un certain nombre de valeurs la sous-tend, parmi lesquelles la laïcité, la solidarité, le respect des consciences de chacun et le refus des préjugés.

### **Les piliers de l'éducation à la santé**

#### **Enseignements**

Chaque discipline a un apport spécifique, notamment les sciences de la vie et de la terre, l'éducation civique et l'éducation physique et sportive. De plus, un socle commun de compétences a été défini par décret (décret n°2006-830) et l'un de ses chapitres concerne les compétences sociales et civiques. L'objectif est de faire acquérir aux élèves les règles de la vie collective, les permis et les interdits, mais aussi les fondements de l'éducation sexuelle, de l'éducation à la santé et de l'éducation à la sécurité.

#### **Organisation de la vie scolaire**

La politique de l'établissement, matérialisée dans le projet d'établissement, doit permettre à tous de s'accorder sur des valeurs et de partager les objectifs. Il s'agit également de construire le programme d'éducation à la santé à partir des besoins et des demandes des élèves. Le projet d'établissement doit faire en sorte que les tous les actes de la vie pédagogique et scolaire visent la réussite des élèves, sans négliger le bien être collectif.

#### **Un dispositif spécifique : le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)**

Ce n'est pas une instance nouvelle, mais il a été réaffirmé comme instance opérationnelle des établissements publics par le décret du 9 septembre 2005. Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté s'est vu attribuer quatre missions :

il contribue à l'éducation à la citoyenneté (coordination des dispositifs, tels que les parcours civiques, la formation aux premiers secours...) ;

il prépare le plan de prévention de la violence ;

il propose des actions pour aider les parents les plus en difficulté ;

il définit un programme d'éducation à la santé, à la sexualité et de prévention des comportements à risques (un programme doit être élaboré dans chaque établissement à partir d'un « diagnostic éducatif »).

Le CESC est présidé par le chef d'établissement et il se compose des personnels d'éducation, sociaux et de santé, ainsi que des représentants des personnels enseignants et des parents d'élèves. Il peut également associer ses travaux à un certain nombre de partenaires.

#### **Les outils actuels**

Parmi les différents outils, Nadine NEULAT cite le guide « *Education à la santé en milieu scolaire – Choisir, élaborer et développer un projet* », édité par l'INPES et qui devrait paraître en décembre.

Philippe LAMOUREUX souligne que l'objectif de ce travail, effectué de concert par l'INPES et le ministère de l'éducation nationale, est de proposer une méthodologie de projet en milieu scolaire.

Nadine NEULAT cite, en outre, l'ouvrage réalisé par la DGESCO, qui s'intitule « *L'éducation aux comportements responsables au collège et au lycée* », mais également « *Prévention des conduites addictives – guide d'intervention en milieu scolaire* », ainsi que « *Education à la sexualité : guide méthodologique pour les équipes éducatives* ». Par ailleurs, une brochure sur les premiers secours sera diffusée aux écoles primaires. Elle précise que ces ouvrages sont accessibles *via* le site Internet [www.educscol.education.fr](http://www.educscol.education.fr), et que deux manuels viennent d'être distribués dans tous les établissements scolaires, sur le thème de la violence.

David FRIBOULET s'interroge sur l'accompagnement des personnels pédagogiques dans les écoles, notamment sur le thème de la santé mentale.

Nadine NEULAT : la formation des médecins de l'Education Nationale donne lieu à un travail constant. Elle ajoute que des formations communes ont été dispensées dans cinq régions et qu'une nouvelle session démarrera à la fin de 2006.

David FRIBOULET : dans certaines académies, des formations pilotes sont dispensées dans des IUFM qui participent à l'expérience.

Nadine NEULAT le confirme. Par exemple, l'IUFM de Clermont-Ferrand a mis en place un Master d'éducation à la santé, afin de promouvoir ces problématiques dans l'éducation des enseignants.

Nathalie HOUZELLE : l'INPES accompagne les formateurs des IUFM concernés.

Sophie DARTEVELLE : l'UFSBD travaille très étroitement avec l'INPES et l'Education Nationale. Pour elle, il est important que les professionnels de santé puissent entrer dans les écoles.

Daniel MOTTA indique que l'INRP travaille sur les contenus des enseignements dans les différentes disciplines et sur leur évolution. Il se félicite de la prise en compte de l'éducation à la santé dans les établissements scolaires. Si les guides méthodologiques s'adressent à l'ensemble de la communauté pédagogique, Daniel MOTTA se demande s'il existe un dispositif qui tienne compte des spécificités des matières enseignées. Il considère, de ce point de vue, que la formation continue des enseignants est essentielle.

Philippe LAMOUREUX s'interroge, pour sa part, sur le suivi du déploiement du dispositif exposé par Mme Neulat, et sur le nombre d'établissements qui se doteront d'un projet d'établissement.

Nadine NEULAT : l'évaluation des actions est l'un des points faibles, même si un certain nombre d'indicateurs ont été mis en place dans le cadre de la LOLF. Elle indique, en outre, que la Direction de l'Enseignement Scolaire adressera aux rectorats un questionnaire sur la mise en œuvre de la récente circulaire.

Fabienne DECHET a noté que le Ministre de la Santé avait évoqué la mise en œuvre de nouveaux moyens pour la prévention pour la santé.

Philippe LAMOUREUX le confirme. Il rappelle, par ailleurs, que les objectifs des différents ateliers sont d'identifier les difficultés et de proposer des solutions pour chacune d'entre elles.

Un participant observe que la mise en œuvre des actions est relativement difficile et que pour les partenaires associatifs, les outils de travail exposés précédemment seraient perçus comme tels. Pour lui, une plus grande attention devrait être portée aux échanges entre les PMI, les associations et les établissements bénéficiaires.

Philippe LAMOUREUX en déduit qu'il faudrait proposer aux GRSP et aux collectivités territoriales de faire le suivi du déploiement d'un dispositif initié au niveau national.

Edouard BIDOU (USEM : Union nationale des Sociétés Étudiantes Mutualistes régionales) estime que la mise en place des différents outils est très importante, car elle permet de

développer des synergies entre les différents acteurs, ce qui est d'autant plus important que l'éducation à la santé manque de moyens. Pour autant, il s'interroge sur la prévention à la santé en milieu universitaire.

Nadine NEULAT : actuellement, un groupe de travail est à l'œuvre sur la santé des étudiants.

Magalie DUWELTZ s'intéresse également aux jeunes qui ne bénéficient pas d'une structure parentale et demande quel peut être le rôle de l'école envers ces jeunes.

Nadine NEULAT : l'école ne peut tout faire et doit travailler dans la limite de son environnement. Il revient aux professionnels des services extérieurs de prendre le relais si les élèves rencontrent des difficultés exogènes.

Anne-Marie SERVANT insiste sur l'importance de la formalisation de partenariats qui existent depuis un certain nombre d'années, qui permettra de mieux coordonner les actions en santé publique. En ce qui concerne les étudiants, elle regrette que le contrat cadre récemment signé ne concerne que les établissements scolaires. Elle indique que l'éducation sexuelle a été inscrite dans le cursus des élèves de la quatrième à la terminale des établissements scolaires agricoles.

Sylvie LEFEVRE (ANPAA de Seine-et-Marne) considère qu'en milieu scolaire, la prévention pour la santé est loin de faire partie de la culture commune. Selon elle, de nombreux enseignants souhaiteraient faire appel à davantage de professionnels extérieurs.

### **L'exemple de l'éducation affective et sexuelle**

Anne GOMPEL indique que plus de 210 000 interruptions volontaires de grossesse ont été recensées en France en 2004, dont plus de 11 000 ont concerné des mineures. L'IVG est majoritaire parmi les 15-17 ans mais aussi chez les femmes plus âgées. *A priori*, la contraception est mieux acceptée et mieux comprise, et ce recours est un phénomène en partie positif (augmentation des IVG mais diminution du nombre de grossesses non désirées) mais pour Anne GOMPEL, on peut encore diminuer ce nombre. En outre, le recours à l'IVG montre des disparités territoriales importantes : en moyenne de 14 pour 1 000 femmes, il s'établit à 25 pour 1 000 en Corse et à 20 pour 1 000 en Ile-de-France, mais la situation est plus préoccupante dans les DOM-TOM : on compte notamment 41 IVG pour 1 000 femmes en Guadeloupe.

La pilule est utilisée par 66% des jeunes femmes de 15-19 ans. En outre, 56% des jeunes âgés de 15 à 19 ans utilisent des préservatifs. Moins de 6% des femmes déclarent avoir eu un premier rapport non protégé. Les contraceptions d'urgence ont concerné 13% des femmes sexuellement actives en 2005. L'information sur la contraception d'urgence apparaît insuffisante.

Concernant les causes d'échec de la contraception, Anne GOMPEL note que 28% des femmes n'utilisaient aucun moyen de contraception. En matière de risque, le manque d'information fait partie des principaux facteurs. De plus, le rôle des mères dans l'éducation sexuelle des jeunes filles est très inégal au sein des familles. Par ailleurs, les jeunes femmes utilisent moins les pilules que la génération précédente. Anne GOMPEL cite également les facteurs sociaux : les échecs sont plus importants chez les ouvriers, les personnes au chômage et les populations rurales.

Les Pays-Bas sont le pays où le taux d'IVG est le plus faible en Europe : l'enseignement y est en effet précoce, répété et deux méthodes contraceptives y sont le plus souvent cumulées (pilule et préservatif).

Anne GOMPEL demande quel doit être le rôle de l'Education Nationale, comment les conseillers d'éducation, les infirmières scolaires doivent intervenir et enfin, comment le rôle de l'Education Nationale doit s'articuler avec celui des familles. Elle insiste aussi sur les articulations durant toute la vie : à l'université (manque crucial), dans le monde du travail et aussi pour les femmes exclues des parcours d'activité professionnelle.

Le Docteur A. BUREAU (Association Française pour la Contraception) demande si la pilule du lendemain est utilisée régulièrement ou si elle représente effectivement un mode de contraception d'urgence.

Anne GOMPEL : le taux de 13% des femmes utilisant la contraception d'urgence regroupe des femmes qui peuvent l'utiliser jusqu'à une fois par mois. Cependant, ce type d'utilisation est marginal.

Dr BUREAU : les associations souhaitent donner des outils et un appui au réseau d'acteurs œuvrant en faveur du développement de la contraception afin d'optimiser les actions menées en ce domaine. Des guides méthodologiques sont édités, permettant aux professionnels d'aborder le thème de l'éducation à la vie sexuelle et reproductive. Elle se félicite de l'introduction officielle de l'éducation sexuelle à l'école, ce qui reflète un véritable choix de société. Cependant, l'information en milieu scolaire a toujours reposé sur la bonne volonté individuelle : de ce fait, la mise en place d'actions en ce domaine a produit une grande diversité entre les établissements. De plus, l'information semble se faire exclusivement dans le cadre de la santé, alors que la formation à la sexualité devrait être envisagée sous un angle relationnel. Pour le Dr BUREAU, c'est le cadre même de la relation amoureuse qui devrait être mis en exergue.

Nadine NEULAT rappelle que le premier texte sur l'éducation sexuelle à l'école est relativement ancien, puisqu'il s'agit de la circulaire Fontanet de 1973. Une loi sur l'IVG, plus récente, s'accompagnait de dispositions afin de rendre cette éducation obligatoire. L'éducation sexuelle a donc été introduite dans l'Education Nationale depuis plus de 30 ans, mais Nadine NEULAT souligne qu'il est parfois difficile pour les chefs d'établissement de mettre en œuvre les orientations prises au niveau national. En outre, elle indique qu'un réseau de 12 000 formateurs a été formé sur le thème de l'éducation à la sexualité.

Le Dr BUREAU maintient qu'une des difficultés actuelles, en ce domaine, réside dans le fait que l'éducation sexuelle est uniquement abordée sous l'angle de la prévention des MST. Par ailleurs, elle déplore que l'éducation sexuelle soit totalement absente du monde universitaire.

Philippe LAMOUREUX remarque que les politiques sont très variables d'un établissement à l'autre, et au sein des milieux associatifs. Philippe LAMOUREUX soulève la question de la professionnalisation des acteurs, de nombreuses personnes intervenant en tant qu'éducateurs sans aucune accréditation.

Nadine LABAYE : dans certains départements, des partenariats ont mis en place des formations à la vie affective et à la sexualité, ce qui a permis d'aborder la sexualité d'une manière plus globale. Elle estime qu'une accréditation nationale n'est pas suffisante et qu'il conviendrait de suivre le travail des intervenants et, si nécessaire, de mettre un frein à ces interventions.

Dr BUREAU : les médecins ne sont pas toujours les mieux placés pour parler de sexualité aux enfants. S'agissant ensuite de l'usage de la contraception, elle se félicite de la stabilité actuelle du recours à l'IVG, étant entendu que le nombre de grossesses non désirées a considérablement diminué, notamment chez les mineures.

Philippe LAMOUREUX attire l'attention sur la prévention ciblée. Si l'éducation sexuelle doit être renforcée en général, ne serait-il pas plus efficace d'agir de manière plus spécifique, en privilégiant les personnes les plus démunies ?

Anne GOMPEL répond positivement, étant entendu qu'il est toujours préférable de mettre en œuvre des actions spécifiques de prévention à la santé, pour mieux cibler les plus démunis, mais qu'en ce domaine il est essentiel de maintenir un niveau de base indispensable à tous.

Annick LOUVEL (Services Universitaires de la Santé) : d'après une étude récente, de nombreux étudiants souhaiteraient bénéficier d'un meilleur accompagnement dans le domaine de la sexualité. En outre, les manques d'information et de suivi semblent plus préoccupants parmi les étudiants en situation précaire, ou en situation de vulnérabilité.

Henri CARON regrette l'absence d'enseignants au sein de cet atelier. Par ailleurs, en matière de prévention ciblée, il note que dans certains cas les enfants avouent ne pas disposer de brosses à dents, pour ce qui concerne la santé bucco-dentaire. Henri CARON insiste sur la nécessité de véhiculer des messages clairs.

Annick FAYARD souhaite, à ce stade, faire la synthèse des thèmes abordés. Ont été évoqués les ressources à mettre en œuvre dans le domaine de la prévention pour la santé, l'évaluation des outils, la synergie des acteurs, la complémentarité des actions mises en œuvre, les garanties à apporter pour assurer une meilleure cohérence entre les interventions extérieures et les orientations du ministère de l'éducation nationale, ainsi que la qualité même des contenus des interventions. Annick FAYARD souligne, de plus, les carences de l'éducation sexuelle à l'université, le caractère trop médical de l'éducation sexuelle, et la nécessité de mieux adapter les contenus des supports pédagogiques aux enseignants.

Philippe LAMOUREUX évoque, par ailleurs, la nécessité de mener une réflexion sur les périodes de transition : notamment, le passage de la CM2 à la sixième peut poser des difficultés.

Pour Annick FAYARD, la question de la participation des familles et du milieu périscolaire à l'éducation à la santé mérite également d'être posée.

Isabelle BISSERY : les interventions dans les écoles maternelles sont rarement abordées ; peu d'enseignants connaissent les outils proposés l'INPES. Par ailleurs, elle se demande comment les chefs d'établissement peuvent mettre en œuvre des actions alors qu'ils ne bénéficient d'aucun réseau. Enfin, elle s'interroge sur le caractère trop scientifique de la prévention à la santé.

Philippe LAMOUREUX note qu'auparavant, les mallettes mises à la disposition par l'INPES aux personnels enseignants étaient payantes, mais que la gratuité a été introduite. En 2006, 27 000 mallettes ont été distribuées. Philippe LAMOUREUX regrette que les actions de santé publique manquent souvent de lisibilité, compte tenu de la multitude d'acteurs susceptibles d'intervenir.

Nadine LABAYE : de nombreuses actions sont menées dans les écoles élémentaires, pour informer les élèves notamment sur la nutrition, ou sur l'audition.

Nadine NEULAT : les écoles primaires comptent le plus d'actions de prévention pour la santé.

David FRIBOULET : la formation initiale reste insuffisante au sein des IUFM, il est nécessaire de développer les partenariats.

Philippe LAMOUREUX se demande s'il ne faudrait pas s'appuyer sur les CESC qui ont été mis en place dans les collèges.

Nadine LABAYE : les écoles maternelles et élémentaires définissent des projets d'école.

David FRIBOULET : ces projets sont déclinés très diversement dans les écoles, ce qui s'explique en partie par les écarts de moyens entre les différents établissements.

Annick FAYARD : les IUFM ont développé un réseau et mettent actuellement au point une formation pour les formateurs dans le domaine de la prévention pour la santé, cette initiative étant soutenue par le ministère de la santé et par l'INPES. Elle ajoute qu'en matière de recherche, une nouvelle équipe (dirigée par le Professeur Jourdan à l'Université d'Auvergne Clermont 1) vient d'être agréée pour la première fois en France.

Sophie DARTEVELLE se dit surprise par la méfiance des acteurs vis-à-vis des associations. Elle estime qu'il faut porter un regard plus optimiste sur les associations et fonder les actions nouvelles sur leurs expériences positives. Elle souligne qu'un certain nombre de médecins libéraux se déplacent dans les écoles afin de promouvoir la prévention à la santé en milieu scolaire.

Annick FAYARD : certains modules d'éducation à la santé sont actuellement mis en place pour la formation initiale des chefs d'établissement.

Nadine LABAYE propose que les conseillers techniques insistent auprès des décideurs sur la nécessité de mettre en place des programmes de formation continue sur la prévention pour la santé.

Sylvie LEFEVRE s'interroge sur la place des associations dans l'ensemble des dispositifs, étant entendu que de nombreuses associations comptent de vrais professionnels de la prévention.

Elle note, par ailleurs, que nombre d'entre elles continuent de rencontrer d'importantes difficultés financières.

Nadine LABAYE admet que le financement des actions ne doit pas être occulté, alors que ce sujet est au cœur des préoccupations principales des CESC. Elle ajoute que des partenariats triennaux se mettent en place dans certains départements.

Philippe LAMOUREUX indique que la question du financement des actions sera évoquée dans l'ensemble des ateliers. Il note, à titre d'exemple, que 20% du budget de l'INPES est consacré au cofinancement des actions menées par les associations, et qu'il est difficile de satisfaire l'ensemble de leurs demandes. Notamment, on ne recense pas moins de 400 associations sur le seul thème du sida. Pour autant, Philippe LAMOUREUX considère que l'intervention d'une seule association représentative au niveau national ne serait pas pertinente, car celle-ci ne pourrait intervenir efficacement sur des problèmes de santé publique locaux. Pour lui, une approche par milieux (milieu scolaire, environnement de travail...) serait plus productive.

### **Les orientations retenues par le groupe de travail**

Philippe LAMOUREUX rappelle les orientations de la commission d'orientation présidée par Jean-François Toussaint. La première orientation vise à affirmer que l'éducation à la santé fait partie des missions de l'école, ce qui est important en terme d'affichage.

Annick LOUVEL regrette que l'université ne soit pas mentionnée dans la première orientation.

Edouard BIDOU suggère d'inclure la dimension universitaire dans l'ensemble des orientations du groupe de travail. De plus, il estime que certains sujets doivent être traités plus spécifiquement dans les différents types d'établissement. L'alcool mériterait des actions plus spécifiques en milieu universitaire.

Philippe LAMOUREUX accepte la précédente proposition. Il indique, en outre, que la deuxième orientation vise à intégrer l'éducation et la prévention à la santé dans la formation initiale et continue des personnels de l'Education Nationale, ce qui inclut notamment la promotion de la validation des acquis de l'expérience professionnelle et la formation au sein des IUFM. La troisième orientation invite à réfléchir à l'opportunité de créer de nouveaux métiers.

Pour Nadine NEULAT, soit on investit dans la formation de professionnels du secteur, soit on crée un nouveau corps de métier, ce qui risque de mettre à l'écart la communauté éducative.

Sylvie LEFEVRE estime que l'action d'un nouveau corps de métier pourrait avoir du sens et être coordonnée avec le travail des membres de la communauté scolaire.

Nadine LABAYE rappelle que les pédagogues aident les enfants à s'épanouir et à trouver leurs propres capacités d'expression. Pour elle, les professionnels de la prévention pour la santé n'ont pas de compétence sur des thématiques spécifiques, mais ils doivent fonder leur démarche d'éducation sur un socle commun.

Daniel MOTTA estime qu'il serait intéressant de dresser le bilan des expériences menées à l'étranger, notamment dans les pays anglo-saxons, qui développent des modules d'éducation à la santé. Dans certains pays, des filières universitaires ont même été créées. Par ailleurs, il suggère de réfléchir à la création éventuelle d'établissements de soins au sein des milieux scolaires, à l'instar des *schools happenings* aux Etats-Unis. Daniel MOTTA souligne que ce type d'action a eu le mérite de réduire les inégalités territoriales en matière de prévention pour la santé.

Philippe LAMOUREUX rappelle que l'objectif recherché n'est pas de créer une nouvelle discipline. La troisième orientation doit être comprise comme la proposition d'une étude de faisabilité.

Pour Anne GOMPEL, il serait très intéressant d'étudier les expériences qui sont menées à l'étranger.

Sophie DARTEVELLE propose, pour sa part, de développer les synergies entre le milieu scolaire et les intervenants extérieurs.

Edouard BIDOU note que cette proposition peut être incluse dans la cinquième orientation (« mettre en place un pilotage cohérent au niveau régional »).

Annick FAYARD note qu'il existe en effet des plans régionaux de santé publique et des schémas régionaux et que l'INPES a soutenu la mise en place des pôles de compétences en matière d'éducation à la santé, qui peuvent favoriser les synergies entre le milieu scolaire et les associations, qu'elles soient généralistes ou spécialisées dans un domaine particulier. Pour Annick FAYARD, la création d'un nouveau métier permettra de s'interroger sur la place des intervenants extérieurs.

Philippe LAMOUREUX indique que le fait de favoriser la présence d'intervenants extérieurs n'est pas un objectif en soi pour les écoles. En revanche, Philippe LAMOUREUX considère qu'il faut s'interroger sur les modalités de leur intervention.

Selon Nadine LABAYE, les intervenants extérieurs devraient réfléchir avec les établissements scolaires plus en amont, notamment lors de l'élaboration des projets d'établissement.

Isabelle BISSERY indique que si le métier de professionnel de l'éducation à la santé était créé, il conviendrait de définir un certain nombre de missions.

Pour Nadine LABAYE, les projets doivent pouvoir être envisagés dans un cadre pluriannuel.

Philippe LAMOUREUX rappelle ensuite la quatrième orientation, qui porte sur la mise en place d'une animation nationale spécifique INPES/DGESCO/DGS sur la promotion de la santé en milieu scolaire.

Annick LOUVEL suggère d'associer la Direction de l'Enseignement Supérieur.

Edouard BIDOU propose qu'une présentation publique de l'état d'avancement des différentes actions soit effectuée tous les ans, comme en matière de consommation du tabac et que la thématique des accès aux soins, qui sont de plus en plus complexes, fasse l'objet d'une réflexion spécifique.

Concernant la cinquième orientation, relative à la mise en place d'un pilotage cohérent au niveau régional, Nadine LABAYE considère qu'il est nécessaire de prendre en compte les projets d'école.

Philippe LAMOUREUX : la sixième orientation du groupe de travail est de mettre en place une stratégie régionale en matière de conduite de projet. L'idée ici est d'apporter un soutien aux pôles régionaux de compétence. La septième orientation vise à s'appuyer largement sur les CESC, afin de créer un cadre favorable à l'éducation à la santé et la huitième orientation porte sur le développement de la recherche en promotion de la santé en milieux scolaire et universitaire. Il note qu'actuellement, de nombreux travaux de recherche sont effectués dans les pays anglo-saxons, au Canada, en Suisse et en Belgique.

Daniel MOTTA : la recherche en promotion de la santé devrait également porter sur les enseignements, les enseignants et les approches par projets. De plus, les liens entre la recherche et la formation mériteraient d'être renforcés.

Philippe LAMOUREUX : la neuvième orientation du groupe de travail porte sur la formation des infirmiers, médecins et conseillers techniques à un outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé.

Nadine LABAYE : les acteurs œuvrant à l'échelle des départements devraient également bénéficier de ce type de formations.

Philippe LAMOUREUX : la dixième proposition consiste à renforcer l'enseignement et le suivi des programmes de vaccination et de détection ciblée des maladies infectieuses. Ce thème devra être approfondi par le groupe. La onzième orientation doit permettre de mettre en place un système de reconnaissance et de valorisation des élèves et des personnes impliquées dans les actions de promotion de la santé.

Annick FAYARD : ce thème porte sur la participation des élèves aux actions de promotion de la santé. Selon elle, il conviendrait de susciter les initiatives, tout en leur reconnaissant une certaine valeur.

David FRIBOULET se demande s'il ne faudrait pas remplacer le terme « valorisation » par l'expression « démarche participative ».

Nadine LABAYE : les enseignants déplorent fréquemment qu'ils manquent de temps pour mener une réflexion sur la promotion de la santé en milieu scolaire. La demande des enseignants en ce sens serait forte.

Nadine NEULAT : il sera très difficile de répondre à une telle demande. En effet, la réflexion sur la promotion de la santé en milieu scolaire ne pourra être qu'intégrée aux enseignements existants.

Sandrine BROUSSOULOUX : les Canadiens mettent l'accent sur la participation des élèves aux actions de promotion à la santé, et non sur leur valorisation.

Sylvie LEFEVRE propose d'instituer une action de communication spécifique, pour faire connaître les CESC et renforcer la participation des différents acteurs, dans ce cadre.

Nadine LABAYE note que les chefs d'établissement pourraient également avoir accès à une base de données, dans le cadre de la mutualisation des expériences.

Philippe LAMOUREUX : la douzième orientation porte sur la mise en conformité des principes d'éducation pour la santé avec la vie quotidienne des EPLE.

Olivier KATIAN (Président d'Olympio) s'interroge sur la responsabilité des enseignants, ainsi que sur les interactions sociétales de la promotion de la santé.

## Verbatim Atelier 5

### Education du patient et maladies chroniques

<i>Eliane APERT</i>	<i>DHOS, Ministère de la Santé</i>
<i>Mylène BACON</i>	<i>EFFORMIP</i>
<i>David-Romain BERTHELOT</i>	<i>SCHERING-PLOUGH</i>
<i>Elisabeth BIAIS-CANHOYEA</i>	<i>FNI</i>
<i>Alexandre BIOSSE DUPLAN</i>	<i>AFH</i>
<i>Pierre BUTTET</i>	<i>Inpes</i>
<i>Michèle BRAMI</i>	<i>Mission tarification à l'activité</i>
<i>Maryse CARRERE</i>	<i>Inpes</i>
<i>Danièle CULLET</i>	<i>DHOS, Ministère de la santé</i>
<i>Norbert DEVILLE</i>	<i>CETAF</i>
<i>Alexandra FOURCADE</i>	<i>DHOS, Ministère de la santé</i>
<i>Cécile FOURNIER</i>	<i>INPES</i>
<i>Michel GREMY</i>	<i>DRASS du Languedoc-Roussillon</i>
<i>Carole HAZE</i>	<i>Fédération des Mutuelles de France</i>
<i>Ghislaine HOCHBERG</i>	<i>Vice Présidente DELF</i>
<i>Lijljana JOVIC</i>	<i>DRASS d'Ile-de-France</i>
<i>Fatima KARTOUT</i>	<i>Fédération de la Mutualité française</i>
<i>Céline LABALETTE</i>	<i>INPES</i>
<i>Pascal LOUIS</i>	<i>CNGPO</i>
<i>Natacha LEMAIRE</i>	<i>DDGOS, CNAMTS</i>
<i>Yves MAGAR</i>	<i>Association Asthme &amp; Allergies</i>
<i>Bernard ORTOLAN</i>	<i>CNFMC libéraux</i>
<i>Anne PAUCHET TRAVERSAT</i>	<i>Haute Autorité de Santé</i>
<i>Sophie RAVILLY</i>	<i>Vaincre la mucoviscidose</i>
<i>Gérard RAYMOND</i>	<i>AFD</i>
<i>Nicolas REYMES</i>	<i>Sida Info Service</i>
<i>Jean-Claude ROUSSEL</i>	<i>FFAAIR</i>
<i>Brigitte SPECK</i>	<i>Association de langue française d'Etudes du Diabète</i>
<i>Béatrice SENEMAUD</i>	<i>DRASS du Centre</i>
<i>Dominique SIMON</i>	<i>Université Paris VI et AP-HP</i>
<i>Jean TOURNADE</i>	<i>Economiste</i>
<i>Vincent VAN BOCUSTAEL</i>	<i>Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole</i>
<i>Odette VAUDRAY</i>	<i>Fédération Nationale des Podologues</i>
<i>Sandrine VAZELLE</i>	<i>Patiente</i>
<i>Isabelle VICANOVIA</i>	<i>Fédération nationale des infirmières</i>

*L'atelier était animé par Eliane APERT, DHOS, et le Pr Bertrand DAUTZENBERG, Pneumologue*

Eliane APERT précise que l'objectif de l'atelier est d'enrichir les propositions du rapport préliminaire sur le thème de l'éducation du patient et celui des maladies chroniques. Il faut ensuite enrichir la feuille de route des forums régionaux.

## Les démarches en cours

### **Le Plan qualité de vie des patients atteints de maladie chronique, Alexandra FOURCADE**

Le plan qualité de vie des patients atteints de maladie chronique, co-piloté par le DHOS et la DGS, a été initié fin 2004 en concertation avec l'ensemble des parties prenantes (associations de patients, sociétés savantes, HAS... ). Il devrait être mis en œuvre avant la fin de l'année dans le cadre de la Loi de Santé publique.

Deux principaux axes ont été retenus.

En premier lieu, pour adapter le système de soins aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques, il convient :

- d'améliorer les connaissances épidémiologiques sur les maladies chroniques (le nombre d'intéressés notamment est essentiel pour préciser les besoins de financement) ;
- de développer la recherche sur la qualité de vie des patients ;
- d'accroître la formation des professionnels et des aidants (un des enjeux majeurs étant de transformer les patients en formateurs).

Ensuite, pour favoriser une prise en charge personnalisée, il convient de :

- permettre à tous les patients concernés de bénéficier d'actions d'éducation ;
- assurer la coordination et la qualité de la prise en charge des maladies chroniques par les différents professionnels ;
- faciliter, tant pour les jeunes enfants que pour les adultes, l'intégration sociale et professionnelle.

L'éducation des patients doit être organisée. Elle doit être rendue visible et valorisée. En outre, des parcours de soins personnalisés sont nécessaires. Si un certain nombre de référentiels de soins existent en effet, les moyens de mise en œuvre et de suivi manquent dans le système de santé. Aussi, des discussions préparent actuellement une expérimentation visant à intégrer un parcours de soin personnalisé à la prise en charge de quelques maladies chroniques, la DGS et la DHOS souhaitant que le périmètre de ces dernières soit suffisamment étendu pour que l'expérimentation puisse constituer un modèle pour toutes les maladies chroniques.

### **Les travaux de la Haute Autorité de Santé, Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT**

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait l'objet de travaux concertés de la HAS avec diverses parties prenantes depuis le début de l'année. Une approche transversale aux maladies chroniques a été choisie pour permettre aux professionnels de santé de bénéficier de repères pour tous les stades de la maladie et aux sociétés savantes d'adapter les recommandations à venir de la HAS à toutes les maladies concernées. Les deux axes de travail de la HAS sont :

- l'élaboration de recommandations professionnelles sur la mise en œuvre de l'ETP ;
- la formulation de propositions pour la pérennisation de l'ETP fondée notamment sur l'analyse médico-économique des données existantes.

L'ETP doit aider et encourager le patient à acquérir des compétences de gestion de sa maladie et d'adaptation à sa situation afin de maintenir ou d'améliorer sa qualité de vie. Elle doit être intégrée dans une stratégie de traitement et de soins.

La HAS finalisera ces recommandations au début de l'année 2007. Elle a toutefois déjà défini trois pistes majeures :

- préciser le lien entre le suivi médical, les périodes d'ETP et les besoins des patients
- centrer le programme d'ETP sur le patient.
- définir et préciser les périodes d'ETP

Pour pérenniser l'ETP, il convient de la valoriser et de la reconnaître. Elle nécessite du temps, des compétences, une coordination ainsi que des ressources humaines et pédagogiques. Le recueil des bonnes pratiques en matière d'ETP et le renforcement des travaux médico-économiques devraient permettre de souligner son intérêt. La HAS plaide en outre pour la recherche d'incitations à l'ETP notamment par la formation, la comparaison de stratégies éducatives les moins coûteuses et les plus satisfaisantes pour tous.

### **Les modalités actuelles de financement de la prévention et de l'éducation pour la santé dans les établissements de santé, Michèle BRAMI**

Michèle BRAMI indique que le premier objectif est de préciser l'activité d'ETP au-delà de l'information de base délivrée en consultation ou lors d'un séjour hospitalier. L'ETP est en effet plus ou moins reconnue, noyée dans les activités de soins, insuffisamment déclarée et valorisée. Par ailleurs, la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements hospitaliers a permis de constater que l'hospitalisation de jour tend à être utilisée pour réaliser de l'ETP alors que les objectifs en sont différents.

Depuis la réforme, l'ETP dans les établissements de santé est financée *via* les missions d'intérêt général pour un montant déclaré d'environ 60 millions d'euros dans 143 établissements. Onze établissements privés, anciennement sous objectif quantifié national, ont aussi déclaré développer cette activité pour un montant de 2 million d'euros.

Lorsque la mise en œuvre de la T2A sera achevée et puisque l'ETP nécessite surtout des compétences professionnelles et non un plateau technique hospitalier, Michèle BRAMI pense que par la CCAM, les actes cliniques pourraient financer l'activité. D'ici là, le financement des ETP *via* des forfaits, les missions d'intérêt général ou la contractualisation entre établissements et l'ARH lui semble judicieux.

### **Résultats extraits du Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003, Pierre BUTTET**

Quatre résultats ont été extraits de l'enquête menée auprès de 2 000 médecins généralistes en 2003.

En premier lieu, les médecins dans leur très grande majorité se sentent assez ou très efficaces en matière d'éducation des patients asthmatiques, diabétiques et hypertendus.

Ensuite, interrogés sur le principal frein à leur démarche éducative, les médecins ont déclaré qu'il s'agissait de :

- la résistance des patients pour 51% des médecins ;
- le manque de temps pour 33% d'entre eux ;
- le manque de formation (5%) ;
- la non rémunération de l'activité ;
- l'inefficacité de la démarche ;
- la perception de l'activité comme non-valorisante ;
- le sentiment que l'éducation ne fait pas partie du rôle du médecin.

Par rapport à l'enquête de 1998, il s'avère que les médecins connaissent de plus en plus la raison pour laquelle l'éducation du patient est freinée. En outre, les médecins expliquant ce frein par la non rémunération de l'activité étaient plus nombreux que ceux qui arguaient du manque de formation. Par ailleurs, dans le baromètre pharmaciens réalisé par enquête auprès de 1 000 pharmaciens, ces derniers citent d'abord le manque de temps et ensuite la résistance des patients comme freins à leur éducation.

### **Le point de vue de l'Assurance maladie, Natacha LEMAIRE**

Les orientations de prévention et de gestion du risque validées par le Conseil de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie fixent comme une priorité 2006-2009 l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques. En outre, selon la convention d'objectif et de gestion maladie 2006-2009, des programmes personnalisés de prévention, d'éducation et d'information du patient sur un nombre limité de pathologies doivent être définis. Ces programmes doivent être coordonnés avec le dispositif médecin traitant.

Dans le cadre des relations conventionnelles, trois thèmes de prévention ont été prévus par l'avenant 12 pour l'année 2006 : iatrogénie médicamenteuse, dépistage du cancer du sein et prévention des complications cardio-vasculaires pour le diabète

Les préalables à la définition du programme :

- l'élaboration d'un état des lieux sachant que tous les fonds de l'assurance maladie financent des activités d'éducation thérapeutique et que celles-ci sont extrêmement hétérogènes ;
- une comparaison internationale ;
- la définition en cours par la HAS du contenu de l'ETP sachant que les travaux du pôle nomenclature de 2002 de la CNAMTS constituent une base de travail intéressante.

### **Débats**

#### **Commentaires sur les démarches en cours présentées**

Eliane APERT précise que la problématique est délicate. Il s'agit en effet de réaliser un investissement financier sans rendement immédiat et perceptible. En outre, le vocabulaire est incertain concernant notamment la distinction entre éducation thérapeutique et éducation du patient.

Bertrand DAUTZENBERG aimerait savoir si des données permettent d'évaluer le coût d'absence d'éducation thérapeutique.

Isabelle VICANOVIA répond par la négative.

Eliane APERT : il est très difficile de recueillir des chiffres liés à des dépenses évitées.

Anne PAUCHET TRAVERSAT : une modélisation fondée sur un programme diététique mené par des patients diabétiques de Lille a montré qu'à long terme, les complications pouvaient être évitées.

Gérard RAYMOND : une ETP limitée au quart d'heure de consultation avec un médecin généraliste est tout à fait insuffisante. En effet, l'ETP implique l'intervention d'équipes pluridisciplinaires bénéficiant de formations spécifiques.

Bernard ORTOLAN : concernant l'asthme, le diabète et l'hypertension, les recommandations étant très claires et applicables, les progrès qualitatifs réalisés ont été considérables durant les dix dernières années. Concernant la résistance des patients à l'éducation thérapeutique, les médecins n'ont – et ils le déplorent - ni le temps, ni la force ni les moyens de mener leur mission d'éducation. Bernard ORTOLAN estime que pour pouvoir s'appuyer sur le tissu de la médecine générale ou de la médecine en ville, il faut trouver des nomenclatures nouvelles, des moyens de rémunération permettant d'assurer cette mission spécifique. Une réflexion approfondie à ce sujet dans le cadre du CCAM clinique est indispensable.

Pascal LOUIS : l'éducation à la santé nécessite un travail commun entre l'ensemble des professionnels de santé et les associations.

Alexandre BIOSSE DUPLAN : le coût de la non-éducation pourrait être évaluée comme l'ANAES a mesuré le coût de la non-qualité en 2003. Rien ne pourra être réalisé sans les associations de patients surtout dans le cas de maladies chroniques.

Yves MAGAR estime utile de définir le rôle de chacun en fonction de ses spécificités. Une équipe hospitalière pluridisciplinaire a plus de temps qu'un médecin traitant qui ne peut qu'enclencher un processus éducatif.

Regrettant que la communication soit quelquefois difficile entre médecins et patients, Sandrine VAZELLE affirme que le patient devrait pouvoir être informé par un autre patient au sein de la structure hospitalière. Elle souhaite mettre en œuvre un projet en ce sens.

### **Recherche de consensus sur le contenu des recommandations**

Bertrand DAUTZENBERG annonce qu'il faut définir des recommandations efficaces et réalistes. Il se dit attristé de la position de la CNAM qui prévoit de réfléchir jusqu'en 2009.

Natacha LEMAIRE répond avoir présenté la feuille de route de la CNAMTS jusqu'en 2009. Il lui paraît impossible d'évoquer les modalités de financement sans avoir défini les pré-requis (recommandations, plans...).

Bertrand DAUTZENBERG propose que l'éducation thérapeutique soit une :

- éducation sur les maladies ;
- éducation sur les traitements ;
- éducation à l'autogestion et à l'adaptation des traitements avec un protocole d'observance ;
- éducation à la gestion des crises ;
- éducation à l'hygiène de vie.

Eliane APERT s'interroge sur la pertinence de l'éducation à l'hygiène de vie dans le cadre de l'ETP.

Brigitte SPECK : cette liste concerne essentiellement l'information préalable du patient et non son éducation qui doit donner au patient les moyens de se soigner.

Lijiljana JOVIC : l'éducation induit l'acquisition de connaissances par le patient. La liste présentée lui semble donc bien correspondre à de l'éducation et non de la simple information.

Paul LOUIS confirme qu'après l'information et pour qu'une éducation soit effective, le patient doit être proactif.

Alexandra FOURCADE : la distinction entre éducation thérapeutique – directement lié au soin et à la pathologie - et éducation du patient – plus globale et incluant la maîtrise des facteurs de risque peut faire l'objet de débats interminables. En tout état de cause, la HAS précisera, pour les maladies chroniques, les compétences nécessaires aux patients et les méthodes pour les acquérir.

Bernard ORTOLAN rappelle les distinctions faites en France entre la prévention primaire, secondaire et tertiaire. L'éducation thérapeutique fait partie de la prévention tertiaire : il s'agit d'accompagner le patient pour qu'il gère sa maladie. En conséquence, l'éducation à l'hygiène de vie ne correspond pas à l'éducation thérapeutique.

Eliane APERT résume que tous s'accordent sur la distinction entre l'information et l'éducation. Cette dernière implique une modification de comportement du patient en fonction des données discutées avec les professionnels de santé.

Anne PAUCHET TRAVERSAT ne pense pas que cet atelier soit le lieu d'un débat sans fin. Pour la HAS, l'éducation thérapeutique est :

- menée par les professionnels de santé en concertation avec les patients ;
- une démarche visant à aider les patients à acquérir des compétences spécifiques selon leur pathologie, leur âge... ;
- conduite dans divers lieux de soin selon les compétences existantes.

Par ailleurs, bien évidemment, les patients peuvent aussi bénéficier d'une éducation générale à la santé puisque leur espérance de vie est longue et qu'ils peuvent présenter des facteurs de risque divers.

Gérard RAYMOND : la pathologie du patient définira l'axe principal de l'éducation thérapeutique tandis que l'éducation sur la qualité de vie est plus globale. Il s'interroge sur la pertinence de débattre de nouvelles définitions alors qu'il en existe déjà.

Eliane APERT propose de restreindre le champ à l'éducation thérapeutique du patient qui renvoie prioritairement et non exclusivement aux maladies chroniques.

Bertrand DAUTZENBERG cite les objectifs de l'éducation thérapeutique du patient :

- rendre le malade (et son entourage) acteur ;
- optimiser les traitements de fond ;
- optimiser la gestion des crises ;
- diminuer l'anxiété ;
- améliorer la qualité de vie ;
- diminuer les erreurs et les accidents ;
- optimiser les coûts.

Par ailleurs, la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique doit être intégrée dans la procédure de prise en charge. Il faut en outre évaluer régulièrement la pertinence des actions proposées sur l'évolution, la guérison, les séquelles et conduire une évaluation médico-économique.

Bertrand DAUTZENBERG présente quelques cibles de l'éducation thérapeutique dont :

- les maladies infectieuses avec traitement de plus de six mois ;
- les traitements chroniques par auto-injection ;
- les traitements au long cours par nébulisation ;
- les traitements des psychoses schizophréniques.

Bertrand DAUTZENBERG : les maladies chroniques sont prioritaires mais non exclusives en matière d'éducation thérapeutique.

Cécile FOURNIER : l'ETP peut aussi concerner les facteurs de risque.

Lijiljana JOVIC : certains traitements au long cours ne sont pas liés à des maladies chroniques alors qu'ils nécessitent une éducation thérapeutique.

Dominique SIMON fait valoir la distinction entre maladie chronique pour laquelle l'éducation thérapeutique est nécessaire et maladie aiguë pour laquelle le patient en réanimation ne peut prendre ses soins en charge.

Alexandre BIOSSE DUPLAN : l'ALD pourrait être un critère de choix.

Bernard ORTOLAN est favorable à la distinction entre l'éducation thérapeutique pour laquelle le patient a un rôle à jouer pour gérer sa maladie et l'éducation pour la santé qui concerne par exemple le tabagisme, l'alcoolisme... pour lesquels une stratégie plus complexe et lourde est nécessaire notamment pour s'assurer de la motivation de l'intéressé.

Béatrice SENEMAUD souhaite savoir si l'obésité sera prise en compte.

Eliane APERT estime possible de l'ajouter. Par ailleurs, il convient d'établir une hiérarchie des maladies car ces dernières sont très nombreuses.

Alexandra FOURCADE distingue les maladies de longue durée (touchant 7,5 millions de patients) de l'ensemble des maladies chroniques (affectant environ 15 millions de patients). Les ALD sont les plus consommatrices de soins et pourraient offrir un retour sur investissement significatif pour les patients et l'ensemble de la société. La population cible des ALD est en outre identifiée. De surcroît, l'éducation s'est révélée, dans ce domaine, efficace. Alexandra FOURCADE insiste : la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique nécessite des critères pragmatiques de hiérarchisation.

Eliane APERT estime judicieux de prendre en compte les maladies permettant une quantification, une objectivation des bénéfices de l'éducation thérapeutique.

Bertrand DAUTZENBERG ajoute qu'il serait utopique de vouloir considérer d'emblée l'ensemble des maladies chroniques. Il faut définir des objectifs atteignables pour prouver les bénéfices de l'éducation thérapeutique.

Anne PAUCHET TRAVERSAT : les programmes éducatifs doivent être modulables et adaptés aux besoins des patients.

Alexandra FOURCADE regrette de devoir établir une hiérarchie des maladies chroniques sans connaître celui qui finance les dépenses afférentes. Le niveau de risque accepté peut en effet différer selon la personnalité du financeur.

Bernard ORTOLAN : de nombreux asthmatiques ou séropositifs pour lesquels l'éducation thérapeutique peut être fondamentale ne sont pas en ALD. Ce dernier critère n'est pas toujours pertinent.

Carole HAZE déplore que l'atelier perde de vue la logique de prévention en se concentrant sur les patients qui sont déjà en ALD.

Bertrand DAUTZENBERG : les autres ateliers sont chargés de réfléchir au thème de la prévention.

Carole HAZE : le cloisonnement n'est pas justifié. Les maladies chroniques supposent aussi une logique préventive.

David-Romain BERTHELON pense qu'en hiérarchisant, il faut se garder d'exclure.

Bertrand DAUTZENBERG : pour que l'ETP ne soit plus limité au champ de l'expérimentation, il convient d'en démontrer l'intérêt pour quelques pathologies. L'efficacité avérée de l'ETP pour ces quelques cas entraînera sa généralisation.

Natacha LEMAIRE estime que dresser une liste limitative présente un risque d'oubli non négligeable. Elle plaide pour retenir les maladies pour lesquelles le rôle du patient a un impact sur l'évolution de sa pathologie.

Bertrand DAUTZENBERG craint qu'en incluant toutes les maladies, rien ne soit finalement fait.

## **Evaluation et recherche**

### **Mucoviscidose et éducation thérapeutique, Dr Sophie RAVILLY**

La mucoviscidose, maladie génétique, concerne environ 5 500 patients. La prise en charge est lourde et nécessite divers soins réalisés dans la majorité des cas à domicile.

L'association Vaincre la mucoviscidose mène des actions d'information auprès du grand public et de ses adhérents. Pour l'Association, l'éducation thérapeutique consiste à :

- aller au-delà des actions d'information et de soutien ;
- acquérir des compétences pour mieux gérer la maladie.

L'Association souhaite que le patient reste au centre des actions et soit impliqué dans les programmes d'éducation thérapeutique. L'association ne mène pas de programmes structurés d'éducation thérapeutique mais travaille en concertation avec les professionnels pour que l'ETP soit menée dans les centres spécialisés.

Sophie RAVILLY souligne que le manque de temps dans les centres, la non-valorisation et la non-reconnaissance de l'éducation thérapeutique sont problématiques. En outre, le diagnostic ainsi que certaines étapes sont des moments clés qui devraient être autant de temps dédiés à l'éducation du patient ou de son entourage selon l'âge du patient.

### **Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de maladie cardiovasculaire, Vincent VAN BOCUSTAEL, Mutualité sociale agricole**

Un programme expérimental pour 150 patients atteints d'insuffisance cardiaque ou de maladie coronaire a été mené en 2004 et 2005 avec des universitaires. L'évaluation a montré que :

- l'acquisition de connaissances était faible car les patients – recrutés par les médecins traitants -avaient déjà un niveau élevé ;
- les comportements modifiés étaient significatifs (temps de marche, consommation de fruits et légumes... ) ;
- la satisfaction des patients a été optimale tandis que celle des médecins était globalement bonne.

Par la suite, la MSA a décidé d'inclure l'hypertension artérielle à l'expérimentation.

Le programme collectif d'éducation est proposé lors de la mise en ALD aux patients de moins de 75 ans en liaison avec le médecin traitant – qui est rémunéré.

Ce programme :

- comprend des ateliers animés par des professionnels de santé libéraux ;
- met à disposition un kit standardisé ;
- coûte 120 euros par patient pour 3 séances de trois heures.

Vincent VAN BOCUSTAEL souligne les points positifs du programme :

- le dispositif ALD est utilisé mais les autres patients peuvent y participer sur proposition du médecin traitant ;
- les séances se déroulent à proximité des domiciles des patients concernés ;
- une synergie avec les autres structures existantes (notamment hospitalières) est assurée ;
- le relais est pris par le médecin traitant au terme du programme.

Par ailleurs, il signale deux réserves :

- la pérennisation est problématique car la MSA n'aura pas les moyens de financer ce programme à long terme ;
- une évaluation est nécessaire pour connaître les éventuelles limites liées à la standardisation du programme.

Bertrand DAUTZENBERG demande si le coût et les bénéfices de santé induits sont connus.

Vincent VAN BOCUSTAEL : les bénéfices comportementaux ont été mesurés trois mois après. L'évaluation économique est prévue ultérieurement.

Bernard ORTOLAN : cette dernière est difficile à réaliser. Il faut en effet définir si les événements indésirables (accidents évitables, hospitalisations...) ont été évités.

Natacha LEMAIRE trouve le programme de la MSA intéressant. Elle signale que la problématique du mode de recrutement des patients est fondamentale.

Vincent VAN BOCUSTAEL : l'idée sous-jacente est celle d'un forfait d'éducation thérapeutique en ambulatoire. La proposition d'éducation thérapeutique pourrait être faite en liaison avec le médecin traitant lors de la mise en ALD.

Lijiljana JOVIC : le professionnel para-médical réalise également de l'éducation thérapeutique. Ces activités sont peu visibles et peu mesurées alors qu'elles se développent tant dans les structures que dans le secteur libéral.

### **Education thérapeutique et asthme, Yves MAGAR**

L'asthme est un problème de santé publique affectant 3,5 millions de personnes. La maladie est bien connue et donne lieu à des thérapeutiques efficaces. La maladie est cependant sous-diagnostiquée et son contrôle est sous-évalué. En outre, peu de patients bénéficient d'une éducation thérapeutique. De nombreuses études ont pourtant prouvé que l'éducation permet d'améliorer le contrôle de la maladie, de diminuer les accidents, les hospitalisations et

d'améliorer la qualité de vie des patients. Par ailleurs, un plan asthme a été mené entre 2002 et 2005 tandis que loi de santé publique de 2004 mentionne la réduction de 20% des hospitalisations afférentes.

Les enquêtes menées auprès des « écoles de l'asthme » 2004-2005 ont concerné 110 centres en activité et ont montré que l'éducation thérapeutique était majoritairement effectuée à l'hôpital.

Après la satisfaction générale due au développement de l'ETP pendant dix ans, on assiste à un épuisement des principaux acteurs du fait de leur moindre reconnaissance. Par ailleurs, le nombre de patients formés est dérisoire car les médecins généralistes ne sont pas impliqués. En outre, les patients ne viennent pas spontanément se faire éduquer – l'assurance maladie pourrait d'ailleurs sensibiliser les patients aux bénéfices de l'éducation thérapeutique.

Yves MAGAR craint ainsi que tous les progrès réalisés en 10 ans ne s'évanouissent.

Eliane APERT confirme que le Ministre souhaite justement mobiliser de nouveau les acteurs impliqués à travers notamment les Assises.

Bertrand DAUTZENBERG : les écoles de l'asthme n'ont pas été suffisamment intégrées. Il faut que l'éducation thérapeutique soit inscrite durablement dans les structures de soins.

Isabelle VICANOVIA : la formation commune entre milieux hospitaliers et ambulatoires concernant le diabète pourrait être utilement étendue à l'asthme.

Brigitte SPECK : toutes les personnes qui consacrent du temps supplémentaire à l'éducation thérapeutique souhaitent une reconnaissance. Elle demande que soient défini à tous les niveaux de prise en charge du patient le rôle de chacun en matière d'éducation thérapeutique.

Alexandre BIOSSE DUPLAN : les associations de patients pourraient être utilement considérées comme vecteurs de l'éducation thérapeutique. La facturation notamment en serait facilitée.

Yves MAGAR espère que les futures recommandations de la HAS en matière d'éducation thérapeutique ne seront pas trop strictes pour ne pas exclure tous ceux qui agissent déjà dans ce domaine.

Anne PAUCHET TRAVERSAT répond que l'avenir des recommandations de l'HAS dépendra de ce qu'en feront les sociétés savantes en concertation avec les patients. Les recommandations qui seront énoncées ne résoudront pas tout.

### **La place de l'éducation thérapeutique dans le traitement du diabète, Dominique SIMON**

La mise en œuvre d'une éducation thérapeutique en matière de diabète de type 1 au Japon au début des années 70 a drastiquement réduit la surmortalité afférente.

L'éducation thérapeutique consiste paradoxalement à demander au patient de devenir son propre diabétologue. Pour que le patient diabétique devienne acteur de sa maladie, il doit acquérir des connaissances et maîtriser un savoir-faire dont l'apprentissage n'est possible que s'il est motivé. Il doit être convaincu qu'il présente un risque, que ce dernier peut être évité par le patient lui-même et que cela en vaut la peine.

Dominique SIMON précise que les moments d'angoisse peuvent être privilégiés pour l'éducation thérapeutique. Il s'agit par exemple des premiers symptômes dus aux complications ou de certains événements de vie. Quoi qu'il en soit, une collaboration entre le patient et le médecin est indispensable pour prendre en charge la maladie.

Bernard ORTOLAN indique qu'une stratégie de formation médicale continue est indispensable notamment en matière de techniques motivationnelles. A cet égard, une formation dispensée par le Conseil national médical de la formation continue intéresse particulièrement le présent atelier : prévention et réduction des risques environnementaux, comportementaux et professionnels.

### **La FFAAIR, Jean-Claude ROUSSEL**

La FFAAIR réunit 40 associations et 15 000 malades. La Fédération organise des congrès, des journées nationales et publie des plaquettes d'information. Le projet d'éducation

thérapeutique de la Fédération est ainsi résumé : apprendre à être malade pour apprendre à se soigner. En outre, la Fédération s'attache à étudier :

- la formation à l'accompagnement des malades ;
- le sujet du patient formateur sachant que ce dernier peut partager son vécu et parrainer des patients nouvellement diagnostiqués.

Jean-Claude ROUSSEL souligne toutefois que la Fédération rencontre des problèmes à la fois financiers et humains. Pour conclure, il déclare qu'on ne vit pas pour se soigner mais qu'on se soigne pour vivre.

## **Restitution de l'atelier**

### **Qui doit effectuer l'éducation thérapeutique ?**

Bertrand DAUTZENBERG retient des précédents débats que tous les soignants et éventuellement les associations de malades en coordination avec les médecins peuvent réaliser l'éducation thérapeutique.

Eliane APERT et Gérard RAYMOND : tous, en fonction de leur expérience et spécialité, ont leur place : médecins, soignants, représentants d'associations de malades... .

En matière de formation par ailleurs, Bertrand DAUTZENBERG rappelle que des DU d'éducation thérapeutique existent.

Dominique SIMON : des formations non diplômantes existent également.

Mylène BALCON suggère d'intégrer les éducateurs sportifs parmi ceux qui peuvent s'investir dans l'éducation thérapeutique.

Pascal LOUIS : la définition du rôle spécifique de chacun est essentielle. Il soutient que chaque professionnel de santé n'appréhende pas les choses de la même manière.

Bertrand DAUTZENBERG acquiesce tout indiquant qu'il ne veut pas réserver certains champs à des experts. Il veut éviter la défense des professions.

Lijiljana JOVIC estime intéressant de mettre en évidence les expertises particulières et complémentaires de chacun. Cela est possible sans entrer dans un débat corporatiste.

Bertrand DAUTZENBERG : la question essentielle est de savoir si tous les professionnels de santé doivent avoir un socle commun de compétences en matière d'éducation thérapeutique.

Dominique SIMON pense qu'il faut éviter qu'une personne soit érigée en spécialiste de l'éducation thérapeutique au sein d'un service car les autres pourraient se déresponsabiliser à ce sujet.

Bertrand DAUTZENBERG : aucun avis n'a été émis concernant la prise en charge financière. Il se dit inquiet de constater que les autorités reconnaissent surtout la prévention menée à l'hôpital et non en ville.

Norbert DEVILLE : les médecins salariés des centres de médecine préventive qui permettent d'atteindre des publics difficiles et vulnérables doivent aussi être considérés.

*Une proposition de restitution des travaux de l'atelier est projetée.*

Concernant l'évaluation, Bernard ORTOLAN précise que des objectifs simples doivent être définis.

Eliane APERT : la définition d'indicateurs très simples pour les pathologies prioritaires pourrait être recommandée.

Alexandra FOURCADE : ces indicateurs existent. Le problème majeur pour l'Assurance maladie est de tracer les actes de surveillance.

Natacha LEMAIRE répond qu'un certain nombre de ces derniers est tracé mais les résultats des examens ne sont pas connus.

Bertrand DAUTZENBERG annonce que lors de la restitution, il ne limitera pas la liste des maladies concernées. Il soulignera la multidisciplinarité du groupe et se fera l'écho de ses membres qui plaident pour l'intégration de l'éducation thérapeutique dans le processus formel de soins.

Eliane APERT ajoute qu'il faudra aussi souligner le besoin de reconnaissance de l'ensemble des intervenants en ETP. Elle pense en outre qu'il pourrait être utile dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles d'évoquer l'éducation thérapeutique.

## **Verbatim Atelier 6**

### **Outils et méthodes de dépistage**

*Pr AUTTRET, Académie de Médecine,*

*Dr Gilles RAULT, Vaincre le Mucoviscidose*

*Pr Gérard DUBOIS, professeur de Santé Publique*

*Dr Christian PRADIER*

*Christian AUGER, UFSBD*

*Dr Philippe MOUROUGA, INCA*

*L'atelier est animé par Jean-Pierre DAURES, Professeur de santé publique, Université de Montpellier-Nîmes.*

#### **Principes généraux**

Le Pr Jean-Pierre DAURES revient sur le principe de dépistage organisé (DO), qui constitue un problème de santé publique. Ce type de démarche doit démontrer une efficacité sociétale, dans le cadre d'une analyse coût/efficacité effectuée à ce niveau. Les faux positifs doivent être limités. La population concernée est généralement très large et la prise en charge du dépistage est assurée par la société, dans une logique de solidarité. Le principal résultat attendu réside dans la diminution de la léthalité due à la pathologie, pour un coût acceptable.

Une démarche de détection précoce peut être menée sur une sous-population qui serait considérée « à haut risque ». Il s'agit là d'une population limitée, et l'efficacité de la détection précoce sera estimée dans la sous-population considérée. Son financement sera de type « soins ». La classification d'une population comme population à haut risque peut résulter de la prise en compte de risques cumulatifs, comme dans le cas du cancer du sein, par exemple. Encore faut-il, pour cela, disposer de nombreuses informations épidémiologiques.

La démarche de détection précoce, pour un risque moyen, repose sur une demande individuelle, qui fait appel à une filière de diagnostic si nécessaire. Si cette démarche peut s'avérer efficace pour certains individus, elle ne l'est pas pour la société. Son financement est individuel, ce qui n'induit aucune inégalité sociale dans la mesure où aucun bénéfice sociétal n'est associé à cette démarche.

#### **Champ et outils de dépistage**

Le champ du dépistage organisé inclut les pathologies pouvant être considérées comme de réels problèmes de santé publique. Leur histoire naturelle doit donc être connue et quantifiée. Les facteurs de risque doivent être connus. Un test de dépistage doit exister et être validé. Une autre condition réside dans la disponibilité d'un traitement efficace, permettant de transformer l'avance au diagnostic en gain sur le plan de la mortalité.

S'agissant de l'outil de dépistage, Jean-Pierre DAURES souligne que dans le cas d'une mammographie, par exemple, la machine ne peut être dissociée de l'interprète (lequel peut être constitué par une équipe de radiologues). Plus généralement, un outil de dépistage doit être acceptable pour une population saine, sans effets secondaires graves. Il doit être sensible et spécifique, d'interprétation facile, avec une assurance qualité définie et respectée. Son coût doit être modéré. Enfin, l'examen doit être adapté à la population concernée et répétable en conservant ses critères de qualité et son acceptabilité. Un scanner ou un IRM ne peuvent donc, du fait de leurs caractéristiques, être considérés comme des outils de dépistage. Jean-Pierre

DAURES signale aussi que si l'outil de dépistage est utilisé pour la formation des professionnels (avec une double lecture), il peut en résulter une amélioration de la qualité de l'outil de dépistage et de celle du diagnostic. Tout dispositif de dépistage organisé doit en tout cas être expérimenté afin de prouver l'efficacité sur la mortalité et le coût efficacité de sa généralisation.

### **Organisation du dépistage**

La méthode de dépistage organisé la plus pure consiste à randomiser par « cluster », afin d'éviter les effets d'une contamination trop importante. D'autres méthodes consistent en des études cas-témoins, des cohortes et des modélisations. Le biais d'avance au diagnostic a pour conséquence que l'évaluation des résultats concerne la diminution de la mortalité cumulée. Les principales contraintes du dépistage organisé résident dans la taille de la population et dans la possibilité de perturbation des résultats en fonction du type de système de soins (libre choix vs système de choix dirigé). L'organisation du dépistage organisé est lourde, complexe et nécessite un suivi : le dépistage ne s'arrête pas au résultat de l'examen de dépistage. Cette organisation doit notamment s'appuyer sur un système d'information performant, adapté et accessible aux professionnels concernés. Elle doit être confiée à des professionnels compétents, de façon adaptée au terrain, afin d'obtenir les meilleurs résultats (ce qui peut conduire à prévoir des équipes mobiles, en zones rurales ou en zones urbaines difficiles d'accès). Les actions de communication doivent être dirigées vers les citoyens. Les dimensions épidémiologiques, statistiques et d'économie de la santé doivent également faire l'objet d'une grande attention, notamment afin de mesurer aussi précisément que possible le coût incrémentiel de la démarche. La démarche de dépistage organisé doit enfin être évaluée par les professionnels, les caisses, les conseils généraux, les agences...

Livrant quelques exemples d'interrogations qui peuvent se faire jour quant à l'opportunité d'une démarche de dépistage organisé, Jean-Pierre DAURES explique que cette question peut par exemple se poser, dans le cas du cancer du sein, pour les femmes âgées de 45 à 50 ans. L'existence d'un phénomène de « sur-diagnostic » (c'est-à-dire de « sur-traitement », ou traitement d'une tumeur identifiée qui aurait pu être surveillée par d'autres moyens, par exemple) semble inévitable ; la question porte sur le taux de sur-diagnostic qui est considéré comme acceptable. Des cancers peuvent aussi être induits par la méthode et il semble vain de chercher à éviter ce phénomène : il convient plutôt de raisonner en termes de bénéfices/risques, c'est-à-dire en termes d'années de vie gagnées par rapport aux années de vie perdues.

L'atelier tentera de répondre aux questions suivantes :

Quelles activités de dépistage organisé sont éligibles à la prise en charge solidaire sur la base d'évaluations médico-économiques ?

Comment améliorer les dépistages en cours et en optimiser le coût ?

Quelles expérimentations proposer pour étendre les dépistages actuels ou en proposer de nouveaux ?

En fonction des âges de la vie, comment orienter les actions de dépistage compte tenu des effets à évaluer des traitements ?

Cas particulier de la médecine du travail

### **Débats**

Monsieur DUBOIS conteste la notion de léthalité : la diminution de la léthalité apparaît mais elle ne se traduit pas nécessairement par une diminution de la mortalité. C'est donc ce second indicateur qui doit être retenu pour estimer l'efficacité d'un dépistage.

Le Pr Jean-Pierre DAURES en convient : il précise que la léthalité dans un sous-groupe rejaille (ou non) sur la mortalité de la population générale.

Monsieur DUBOIS observe par ailleurs que si les faux positifs sont gratuits, les vrais positifs sont optionnels. Un dépistage est donc soit utile, soit dangereux : s'il n'est pas utile, il ne peut être considéré comme simplement inutile.

Monsieur AUTRET, de l'Académie de Médecine, observe pour sa part que la notion de morbidité est également à prendre en compte dans le dépistage, dans la mesure où le dépistage peut par exemple retarder l'apparition de métastases qui sont particulièrement pénibles pour le malade.

Le Pr Jean-Pierre DAURES en convient. Cela signifie, à ses yeux, qu'il faudrait distinguer la mortalité de la mortalité « ajustée » en tenant compte de l'amélioration de la qualité de vie.

Dr Gilles RAULT estime que l'on cherche des critères trop précis pour mettre en place des dépistages. Il déplore aussi que des preuves soient demandées *a priori* (avant de lancer une démarche de dépistage) alors qu'elles ne peuvent souvent être apportées qu'*a posteriori*. Il suggère donc plutôt de se placer dans une démarche d'expérimentation et d'évaluation.

Le Dr Philippe MOUROUGA estime que tout le problème porte sur la nature des expérimentations et sur les protocoles à mettre en place, étant entendu que l'analyse coût/efficacité demeure incontournable pour justifier auprès de la collectivité d'une dépense impliquée par un programme de dépistage.

Monsieur DUBOIS signale qu'il existe un formidable exemple d'erreur de recommandation basée sur une conviction : celle consistant à placer les bébés sur le ventre pendant leur sommeil. Ce conseil a causé 600 morts par an pendant trente ans.

Une représentante des pharmaciens d'officine signale que ceux-ci peuvent procéder à des dépistages par des méthodes d'investigation très simple, comme dans le cas du diabète et de l'asthme, avec l'avantage de pouvoir être en contact avec des individus sains ou malades. De très nombreux diabétiques qui ignoraient leur maladie ont ainsi pris conscience de celle-ci. C'est pourquoi les pharmaciens d'officine constituent, aux yeux de cette participante, un vecteur incontournable pour un certain nombre d'actions de dépistages, moyennant bien sûr la mise en place de protocoles, d'actions de formation et d'une démarche d'évaluation. L'intérêt de ce canal résiderait aussi, pour la collectivité, dans le faible coût des démarches de dépistages qui pourraient lui être confiées.

Une participante estime que ce principe comporte aussi un risque : celui de baser l'orientation des individus vers telle ou telle prise en charge sur la base de symptômes. Le dépistage, lui, se situe avant l'expression d'une maladie, dans une population saine *a priori*.

Le Dr Philippe MOUROUGA estime que les pharmaciens peuvent à la fois :

- jouer un rôle de diagnostic précoce, sur la base de symptômes qu'ils constatent chez des individus, et orienter ceux-ci vers une filière de soins ;
- contribuer à une démarche de dépistage organisé, du fait du large public avec lequel ils sont en contact.

## **Dépistage de la mucoviscidose**

### **Présentation**

Le Dr Gilles RAULT rappelle que la mucoviscidose est une maladie génétique, transmise par les deux parents, contraignante et à l'issue incertaine. Elle apparaît dès le plus jeune âge, est évolutive et affecte de nombreux organes. Il n'existe pas de traitement curatif mais seulement un traitement symptomatique. Celui-ci fait tout de même gagner de nombreuses années de vie (au prix de soins très lourds et d'une relative technicité). Le patient lui-même joue un rôle important dans les soins.

Le dépistage de la mucoviscidose a été mis en place dans le cadre d'un programme national en 2002. Il est aujourd'hui systématique pour tous les enfants naissant en France. Néanmoins, cette généralisation s'est heurtée à de nombreux obstacles. L'Association française de prévention des handicaps chez l'enfant (AFDPHE), notamment, se basait sur des critères très stricts pour s'opposer à cette généralisation. Or la mucoviscidose répondait à tous ces critères sauf un, le caractère guérissable de la pathologie. Les autres critères étaient les suivants :

- maladie connue et bien décrite ;
- maladie fréquente et grave ;
- dépistage simple, non agressif ;
- dépistage intervenant au stade pré-symptomatique ;
- dépistage confirmé par des méthodes de certitude ;
- dépistage applicable en masse à un moindre coût et donnant lieu au recueil du consentement du malade après que celui-ci ait été informé.

Une première expérimentation a été lancée dans le Wisconsin en 1985, à l'initiative de « pionniers » qui disposaient de plusieurs arguments pour justifier cette démarche, notamment :

- le plus faible nombre d'hospitalisations la première année ;
  - le bénéfice nutritionnel pendant au moins les dix premières années ;
  - la possibilité de conseil génétique aux parents et apparentés ;
  - un moindre retard au diagnostic et par conséquent la possibilité d'une prise en charge précoce ;
- l'avantage psychologique (l'annonce se trouvant mieux préparée).

Le dépistage néonatal de la mucoviscidose a été mis en place dans le Finistère en 1988, puis étendu à l'ensemble de la Bretagne en 1989. Le programme national expérimental lancé à l'initiative de l'AFDPHE fut lancé la même année mais arrêté en 1991. En 2000, suite à une campagne publique de sensibilisation à la lutte contre la mucoviscidose lancée par le *Télégramme de l'Ouest*, un premier article français sur les bénéfices du dépistage néonatal de la mucoviscidose (DNM) a été co-signé par plusieurs médecins des centres bretons. C'est en 2001 que la décision de santé publique de généralisation du DNM à toute la France a été prise, à condition d'organiser la prise en charge des enfants dépistés. La France est le premier et le seul pays au monde à avoir mis en place un DNM centralisé sur tout son territoire.

La méthode du dépistage de la mucoviscidose associe le dosage de la TIR (trypsine immunoréactive) à l'examen du gène CF. Si la TIR s'avère augmentée et que deux mutations sont identifiées, le diagnostic de mucoviscidose est posé mais il faut le confirmer par le test de la sueur. Si aucune mutation du gène CF n'est identifiée, l'enfant n'a vraisemblablement pas une mucoviscidose. Si une seule mutation génique est identifiée, le diagnostic de mucoviscidose ne peut être éliminé : ce sont le test de la sueur et l'examen clinique qui donneront les conclusions. L'annonce de la maladie n'a lieu que lorsque le diagnostic est confirmé. L'ensemble de cette procédure est aujourd'hui bien protocolisée.

Plusieurs études comparent l'état de santé de patients dépistés à celui de patients diagnostiqués sur symptômes. Il apparaît que le dépistage présente plusieurs bénéfices à long terme :

- un meilleur état nutritionnel ;
- une amélioration de la croissance ;
- un meilleur développement cognitif ;
- une réduction du nombre d'hospitalisations ;
- une meilleure survie ;
- un moindre stress et une plus faible anxiété autour de l'annonce.

Les résultats s'avèrent plus mitigés, en revanche, concernant l'amélioration de la fonction respiratoire. Enfin, les principaux désavantages du dépistage semblent résider dans les difficultés psychosociales pour les familles d'enfants porteurs ou présentant des formes frontières, et pour les faux-positifs.

La comparaison des courbes de survie des patients bretons nés entre 1960 et 2000, en fonction de leur décennie de naissance (1960-1969, 1970-1979, etc.), montre une amélioration du taux de survie de décennie en décennie. La moitié de la population malade

décédait en effet à l'âge de 11 ans pour les patients nés en 1960-1969, et cet âge a été porté à 22 ans pour les individus nés au cours de la décennie suivante. Le Dr Gilles RAULT précise toutefois que ces courbes sont faussées par un biais : l'introduction du dépistage systématique en 2001 signifie que tous les cas de mucoviscidose sont en principe connus aujourd'hui. Inversement, au cours des décennies précédentes, étaient repérés les malades dont l'état était suffisamment grave pour être détecté mais les malades présentant l'état le plus grave décédaient vraisemblablement avant d'être pris en charge.

Le Dr Gilles RAULT explique que le diagnostic néonatal de la mucoviscidose ne peut être bénéfique que si un programme de collaboration est mis en place, engageant les CRCM et les laboratoires régionaux de dépistage. Des protocoles de suivi doivent aussi être mis en place, par exemple concernant les bonnes pratiques en matière de test de la sueur. Il souligne aussi la nécessité de l'évaluation, en matière de dépistage et d'annonce de la maladie.

## **Débat**

Le Pr Jean-Pierre DAURES demande si, intuitivement, le gain de survie des individus ayant fait l'objet d'un dépistage est supérieur à quatre ou cinq ans.

Le Dr Gilles RAULT s'en dit convaincu, même si cette donnée ne peut être prouvée puisque la moitié de la population ayant bénéficié du dépistage n'est pas encore décédée.

Le Pr Jean-Pierre DAURES estime qu'il pourrait être proposé de réaliser des études de modélisation plus fines qui auraient pour objet de démontrer l'efficacité du DNM.

Le Dr Philippe MOUROUGA en convient.

Le Pr Jean-Pierre DAURES demande si des échelles de mesure de la qualité de vie des enfants atteints de mucoviscidose sont aujourd'hui validées.

Le Dr Gilles RAULT indique qu'il travaille notamment avec le Dr Farrell, du Wisconsin, sur une méthode de score radiologique sur une radio de thorax. D'autres techniques pourraient aussi être envisagées, par exemple l'exploration fonctionnelle respiratoire du nourrisson.

Monsieur DUBOIS estime qu'il sera très difficile de distinguer, en France, le progrès thérapeutique des gains associés au dépistage, dès lors que celui-ci est systématique.

## **Dépistage de l'infection par le HIV**

### **Présentation**

Le Dr Christian PRADIER indique qu'en 2005, 60 212 cas de SIDA ont été notifiés en France depuis le début de l'épidémie ; 32 000 personnes en sont décédées. Le nombre de personnes vivant avec le VIH sans avoir déclaré de SIDA est estimé entre 106 000 et 134 000 personnes en 2005. Le nombre de décès s'élève à environ 1 700 par an. Les nouvelles contaminations étant plus nombreuses que les décès, la population des personnes atteintes par le VIH devrait croître au moins jusqu'en 2010. Les rapports sexuels demeurent la principale source de contamination (dont 55% de rapports hétérosexuels). Les usagers de drogues ne représentent que 2% des nouvelles contaminations depuis 2003.

Il existe de nombreux traitements efficaces pour contrôler la maladie (19 molécules mises sur le marché depuis 1996). En France, le dépistage individuel est volontaire. Il existe des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Le dépistage est également possible en cabinet de ville, en centre d'examen de santé des CPAM, en centre de PMI... En outre, le dépistage VIH doit être systématiquement proposé lors de la grossesse et lors du bilan prénuptial. Au total, 4,9 millions de tests sont réalisés en France chaque année.

La prise en charge médicale précoce est un des déterminants majeurs d'une meilleure qualité de vie et d'espérance de vie. La prise en charge médicale précoce s'avère également essentielle pour diminuer le risque de transmission et ainsi contrôler l'épidémie, par plusieurs moyens (les personnes diagnostiquées limitent leur comportement à risque mais les

traitements antiviraux réduisent aussi les risques de transmission de la maladie). La proposition d'un test de dépistage constitue un moment propice pour aborder la prévention (à travers la question des pratiques sexuelles de la personne et des moyens de prévention, notamment).

Il apparaît que l'accessibilité du dépistage est déterminante pour optimiser le dispositif. Ceci plaide pour de larges heures d'ouverture des centres de dépistage. Ce constat plaide aussi pour la possibilité d'anonymat, le strict respect de la confidentialité et la gratuité du test. Le Dr Christian PRADIER rappelle enfin que le dépistage doit être systématiquement discuté : il ne doit pas être réalisé à l'insu du patient et le patient doit être informé en personne (et non par courrier, par exemple).

## **Débat**

Un participant demande si les « auto-tests » constituent un mode de dépistage digne d'intérêt aux yeux du Dr Christian Pradier.

Celui-ci considère que ce dispositif, proposé aux Etats-Unis mais non en France, permet de respecter les conditions d'anonymat et de confidentialité. En revanche, il ne garantit pas l'accompagnement du patient, qui constitue un autre impératif.

Le Dr Philippe MOUROUGA demande quelle est la place du médecin généraliste dans le dispositif présenté pour le VIH.

Le Dr Christian PRADIER indique que si cette place est aujourd'hui limitée, elle pourrait se développer, notamment pour favoriser l'information du patient et la prescription du test, dans le cadre d'un conseil personnalisé.

Monsieur DUBOIS observe que, pour le VIH comme pour tous les dépistages, le médecin cherche à identifier des cas positifs alors que tous les individus qui s'y soumettent espèrent obtenir un résultat négatif.

## **Dépistage des cancers**

### **Organisation**

Le Dr Philippe MOUROUGA présente le schéma d'organisation du cancer du sein, qui commence par l'envoi, par un centre départemental de coordination, d'invitations au diagnostic à des femmes âgées de 50 à 74 ans (soit 8 millions de femmes par an). Les femmes peuvent alors prendre rendez-vous avec un radiologue. Une première lecture du cliché a lieu dans ce cadre, éventuellement complétée par une seconde lecture après transfert du dossier au centre de coordination départemental. Un deuxième rendez-vous peut alors être pris en vue d'éventuels examens complémentaires, suivant les résultats du premier examen. Il existe aussi un dépistage individuel du cancer du sein, sur prescription du médecin généraliste, mais cette démarche n'aboutit pas à la transmission d'informations aux centres de coordination départementaux.

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est estimé à 45% ; le taux de dépistage individuel, lui, n'est pas connu mais peut être estimé à environ 20%.

Deux facteurs semblent déterminants pour les femmes, d'après toutes les études réalisées : la place du médecin traitant ou du gynécologue d'une part ; le délai d'attente d'autre part. Du point de vue de ces deux critères, si le dépistage individuel semble satisfaisant, la complexité du dispositif de dépistage génère une angoisse qui plaide fortement en défaveur du dépistage organisé.

Dans le cas du cancer colorectal, les hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans reçoivent une lettre d'information contenant une invitation à consulter le médecin généraliste. Celui-ci peut alors vérifier que le patient ne fait pas partie des cas d'exclusion et proposer la réalisation du test. Le Dr Philippe MOUROUGA souligne l'importance du rôle du médecin généraliste dans ce dépistage, pour la sélection à l'inclusion, pour la motivation à la réalisation du test et pour assurer l'acceptabilité de la coloscopie. La participation au test s'avère d'ailleurs proportionnelle à l'information reçue par les individus visés, comme l'ont montré les opérations de dépistage réalisées en Nord-Picardie, dans le Calvados et en Saône et Loire (avec une participation de 53%, soit le meilleur taux des trois départements).

Dans le cas du dépistage du cancer du col, organisé dans cinq départements, on sait qu'il existe un test – le frottis – qui est peu sensible mais qui s'avère très efficace s'il est répété tous les trois ans. Le dépistage par frottis est même reconnu comme le plus « coût-efficace » des dépistages dans le monde. Le problème de ce test réside dans la complexité de l'organisation à mettre en place. On ignore, en outre, la qualité exacte du processus dépistage/diagnostic/soin, en l'absence d'un dépistage organisé. On ignore également quelles sont les barrières, sociologiques ou logistiques, à l'accès au dépistage.

Une recommandation nationale préconise un frottis tous les trois ans après deux frottis normaux, de 20 à 65 ans. Le remboursement du test HPV (Human Papilloma Virus) pour le triage des ASCUS (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance) a également été introduit en 2002. La population éligible au dépistage atteint 17 millions de personnes. D'après une évaluation épidémiologique menée par l'InVS en 2003 dans 59 départements, il apparaît que près de 850 000 mammographies ont été réalisées en 2003, pour 815 000 deuxièmes lectures environ (soit 96%). 5 342 cancers ont été dépistés (soit une incidence de 6,3 pour mille). Le taux d'échographies s'établit à 2,1%, dont 0,12% sont anormales. Le Dr Philippe MOUROUGA précise que ces indicateurs se situent dans les taux acceptables d'après les recommandations européennes. Une difficulté importante réside cependant dans l'impossibilité d'assurer aux femmes, sur des bases documentées, l'existence d'un bénéfice individuel résultant de la participation au dépistage.

S'agissant du dépistage du cancer colorectal, les données préliminaires de l'InVS font état de 680 000 tests de recherche de sang dans les selles analysés fin 2004, pour un taux de positivité de 2,7% ; 11 600 coloscopies ont été réalisées et un cancer a été détecté chez 1 184 patients. La participation aux quatre campagnes complètes de dépistage s'établit autour de 50% et il apparaît que 78% des tests de recherche de sang dans les selles sont suivis par une coloscopie.

## Propositions

Le Dr Philippe MOUROUGA élargit ensuite son propos au modèle conceptuel du dépistage, en soulignant que si l'accent a été mis sur les dispositifs de dépistage eux-mêmes ainsi que sur les services de diagnostic et de traitement et sur l'information-éducation de la communauté, il n'existe pas de lien suffisamment fort aujourd'hui, en France, entre le dépistage et le soin. Or telle est bien la préoccupation des individus formant la population concernée.

Plusieurs voies d'amélioration peuvent donc être suggérées :

- le renforcement de l'implication des acteurs et les actions de proximité ;
- le soin apporté à la qualité, dans ses différentes dimensions (délais de rendez-vous, cadre de la certification, actualisation des pratiques) ;
- l'amélioration du lien entre le dépistage et la filière de soin ;
- l'organisation du dispositif, qui gagnerait souvent à être rationalisé et homogénéisé ;
- la mise à disposition de données de pilotage et d'évaluation, qu'il conviendrait de rendre disponibles en temps réel.

Le Dr Philippe MOUROUGA évoque enfin l'arrivée du vaccin HPV contre le cancer du col de l'utérus. Ce vaccin prophylactique doit être administré avant les premiers rapports sexuels. Il assure une protection contre environ 70% des cancers et lésions précancéreuses. Ce constat signifie la nécessité de maintenir le dépistage. Plusieurs éléments restent par ailleurs inconnus, notamment la distribution exacte des types de HPV dans la population souffrant de cancer en France, la durée de l'immunité apportée par le vaccin ou encore son effet sur les personnes déjà infectées. Sur la base de ces constats, le Dr Philippe MOUROUGA plaide pour la combinaison du vaccin et du dépistage.

**Débat**

Monsieur DUBOIS estime qu'en métropole, la cible privilégiée du dépistage du cancer du col doit être constituée par la population des femmes n'ayant jamais subi de frottis. Il existe par ailleurs une situation spécifique dans les départements d'outre-mer, qui présentent la plus forte incidence du cancer du col, et la combinaison du vaccin et du dépistage est à envisager en priorité pour cette population.

Le Pr Jean-Pierre DAURES rappelle que le cancer du col est assorti d'une mortalité relativement faible. Sa mortalité touche de plus en plus les populations les plus jeunes, avec des caractéristiques qui ne peuvent être dépistées ni par le frottis ni par le test HPV. Ces constats doivent conduire à s'interroger sur l'opportunité du dépistage organisé en France métropolitaine, d'autant plus qu'un taux de participation très élevé est requis pour assurer l'efficacité d'une telle campagne. En outre, nombre de femmes ne sont vues qu'au moment de leur grossesse et compte tenu de toutes ces conditions, il est possible que le dépistage se traduise par un taux d'efficacité voisin de celui obtenu par recherche de l'HPV dans les populations à haut risque.

Christian AUGER, de l'UFSBD (Union française pour la Santé bucco-dentaire), estime que les professionnels de santé ont un rôle d'information à jouer afin de diffuser les messages de prévention vers la population.

Le Dr Philippe MOURUGA signale qu'un travail particulier sera dirigé vers les professionnels de santé dans le cas de deux cancers qui n'ont pas été évoqués aujourd'hui : les cancers oraux-buccaux et les mélanomes.

## **Verbatim Atelier 7**

### **Evaluation, formation, recherche**

*MM J. FOUCAUD et P. ARWIDSON, (INPES), JL. SAN MARCO, CHAUVIN, CHAUFOUR, BERTIN, SICARD (INSERM), P. STROBEL (DREES Mire)*

*Mmes DESLOGES, JEANNERET, DIB, LANTERNIER, CLAVEL, DUJONCQUOY, JOUAN-FLAHAULT et LEURIDAN, Mme C. BERNARD, Médecin inspecteur de santé publique, Ddass de Paris*

*L'atelier est animé par MM Gérard DURU, Jérôme FOUCAUD et Philippe MARTEL (HAS)*

#### **1. La formation en prévention en France : quels constats ?**

**Jérôme FOUCAUD, Jean-Louis SAN MARCO**

M. FOUCAUD introduit son exposé par une clarification de différents concepts. L'éducation pour la santé (EPS) est à rapprocher de la notion de prévention primaire. Elle s'inscrit dans une perspective d'amélioration globale de la santé. Elle se situe en amont de la maladie : elle s'intéresse aux comportements, aux attitudes de santé, aux modes de vie des individus et rassemble des approches qui ont pour but d'aider, de motiver et d'informer la population afin qu'elle adopte des comportements favorables à la santé. Cette approche globale peut être abordée sous la forme d'interventions thématiques particulières, pour des catégories spécifiques de population et dans des lieux de vie variés. Elle est construite à partir de l'identification et de la prise en compte des représentations, des croyances, des compétences préalables et des attentes de la population. Elle concerne tous ceux qui, par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population.

La notion d'éducation thérapeutique du patient (ETP) doit, quant à elle, être rapprochée des notions de prévention secondaire et tertiaire. Elle intervient après l'apparition d'un problème de santé. Il s'agit d'un processus centré sur le patient, qui comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit et les soins. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants et à maintenir ou à améliorer la qualité de vie. Construite comme l'EPS, elle concerne l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ de la santé.

Ces définitions ont différentes conséquences sur la formation en EPS et ETP. D'abord, il faut noter que l'EPS et l'ETP nécessitent la mobilisation de différentes disciplines – santé publique, psychologie, sociologie, anthropologie, sciences de l'éducation, sciences de la communication et de l'information, etc – et de différentes compétences. Aussi, dans l'idéal, les équipes de formation devraient refléter cette pluridisciplinarité.

Une autre spécificité de l'EPS et de l'ETP est qu'elles devraient s'enseigner comme elles se pratiquent, c'est-à-dire en partant des représentations et du vécu des apprenants, ce qui suppose le recours à différentes techniques pédagogiques alternatives au cours magistral.

#### **Les enjeux de la formation des professionnels en EPS**

Différents travaux ont montré la nécessité de développer la formation en EPS et en ETP. Quatre arguments sont principalement entendus :

- **Une demande des praticiens**

De nombreuses études ont montré que les praticiens rencontraient des difficultés de communication avec le patient pour une prise en charge plus efficace.

- **Une demande des patients**

Le développement des associations de patient atteste incontestablement de cette demande sociale.

- **Un enjeu clinique et de santé publique**

Aujourd'hui, l'éducation du patient est en passe d'être reconnue comme un véritable acte thérapeutique et fait partie des recommandations de bonnes pratiques depuis de nombreuses années. Dans le champ de l'EPS, des discussions sont actuellement en cours sur la mise en place de la consultation de prévention. Plusieurs travaux montrent, en outre, l'impact de la formation des professionnels sur le développement de l'EPS et tendent à montrer l'impact positif de la formation des professionnels en ETP sur leurs pratiques, mais aussi sur la satisfaction des patients et le recours aux soins d'urgences.

- **Un enjeu économique**

L'ETP se pose comme une stratégie de réduction des coûts directs, notamment par une diminution de la consommation des soins d'urgence, mais aussi de réduction des coûts indirects par une réduction de l'absentéisme professionnel ou de l'absentéisme scolaire. De même, l'EPS contribue à la réduction des dépenses de santé.

### **Les constats en France**

Bien que la formation des professionnels apparaisse comme un vecteur incontournable du développement de l'EPS, elle n'est pas très structurée et peu développée en France.

Ainsi, il n'existe pas, en France, de métier d'éducateur pour la santé ou d'éducateur thérapeutique, contrairement au Canada. L'éducateur thérapeutique est alors souvent un professionnel paramédical qui a bénéficié d'une formation spécifique portant sur une pathologie particulière. Il jouit d'une véritable reconnaissance.

En France, de nombreux professionnels occupent, néanmoins, le champ de l'éducation thérapeutique, mais sans véritable lisibilité. Ils présentent, en outre, des parcours atypiques.

De nombreux professionnels – de santé, d'enseignement, du secteur social – ont une obligation légale de formation en la matière. L'EPS et l'ETP ne bénéficient pourtant encore que d'une faible visibilité dans les enseignements. Le nombre d'heures qui leur sont consacrées est, par ailleurs, assez faible. En outre, a été constatée une hétérogénéité très importante des contenus des formations selon les professions et au sein d'une même profession. Il y a également une véritable inadéquation entre les modèles pédagogiques et les contenus des enseignements, le cours magistral étant le plus prégnant. Enfin, le nombre d'enseignants spécifiquement formés à ces matières est insuffisant et, le plus souvent, les enseignements en EPS et en ETP sont dispensés par les enseignants des structures.

S'agissant de la formation continue, 42 diplômes sont, en France, consacrés à l'EPS et à la promotion de la santé. Il apparaît, en revanche, difficile de présenter des éléments tangibles sur les formations non diplômantes qui manquent de lisibilité de par leur nombre, leur dispersion, leurs objectifs, leurs durées et leur variété d'appellations.

### **Des stratégies de développement de la formation en EPS et ETP ?**

S'agissant de la formation initiale, le décret n°2006-57 du 16 janvier 2006 relatif aux programmes de formation à l'éducation à la santé confère à l'INPES la mission de définir les programmes de formation de l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ de l'EPS.

Deux autres leviers consisteraient à rendre plus visible la formation en EPS dans les décrets de compétences des différentes professions et à insérer l'évaluation des acquis en EPS pour l'obtention du diplôme professionnel.

Il s'agirait, par ailleurs, d'inscrire ces disciplines dans les priorités de formations continue et dans l'évaluation des pratiques professionnelles, de soutenir les dispositifs actuels, de former les enseignants et d'envisager l'opportunité de créer de nouvelles professions.

## La formation des médecins à la prévention

M. SAN MARCO revient sur la question de la prévention :

- **La prévention « prescrite »**

Il s'agit d'une intervention subie par le sujet. Elle est efficace, reconnue, considérée comme du soin « avant ». Elle est évaluable et ne nécessite aucune formation. Le nombre de champs qu'elle couvre est limité.

- **La prévention « autonome »**

Elle représente la démarche qu'entreprend le sujet en faveur de sa santé. Il doit l'apprendre et se l'approprier ; elle est basée sur sa participation. Aucun champ n'en est exclu. Elle est beaucoup plus difficile à évaluer. Elle nécessite donc de nouveaux outils et une formation spécifique.

Il convient toutefois, d'être prudent. En effet, la part du patient dans le cadre de son traitement et du soin est indispensable, sa compréhension devant permettre non pas une simple adhésion mais une véritable appropriation. Par ailleurs, la question du temps, qui peut impliquer lassitude et incidents, doit être prise en compte. Ces points expliquent les différences conceptuelles entre thérapeutique et prévention qui sont difficiles à appréhender par les médecins, formatés à la première, c'est-à-dire au diagnostic et au traitement. Or pour la seconde, ces notions peuvent respectivement être remplacées par la prévision et l'anticipation.

Si la prévention ne peut pas être assurée par le médecin seul, une prévention sans médecin n'est pas souhaitable.

M. SAN MARCO revient sur quelques erreurs graves de la prévention telle qu'elle est conçue aujourd'hui. Ainsi, à propos du sida, la réaction dans l'urgence a été, en 1986, d'inciter à la protection par une promotion du préservatif. Or une réflexion sur cette question montre que le préservatif n'est pas l'élément important de la prévention. Il s'agit, en effet, plutôt d'envisager sa propre relation à l'autre à l'occasion d'une relation sexuelle.

En matière de prévention de la mortalité routière, M. SAN MARCO s'insurge contre l'opération Capitaine de soirée qui suppose que fête signifie alcool et ébriété. Elle pare donc au plus pressé, en considérant que cette consommation est acquise. Il s'agit alors non pas de prévenir le mésusage de l'alcool mais d'en réduire les risques, qui sont considérés comme naturels. M. SAN MARCO suggère, pour sa part, de ne pas associer fête et alcool, d'une part, et alcool et excès, d'autre part, et de rendre à chacun la gestion de sa consommation et de sa modalité de fête. Il ne s'agit alors plus de prévenir l'hyperconsommation, mais l'accident et de promouvoir une consommation raisonnée de l'alcool.

D'après M. SAN MARCO, deux notions essentielles sont négligées en matière de formation à la prévention : le recul, d'une part, et la vision globale, d'autre part.

## Débats avec la salle

Pour M. CHAUVIN, qualifier l'éducation des patients à la santé d'éducation thérapeutique génère une grande ambiguïté. En effet, selon lui, l'éducation thérapeutique est un acte médical qui a une visée thérapeutique. M. CHAUFOR est, par ailleurs, frappé par l'absence d'évaluation en matière d'éducation thérapeutique. Enfin, M. CHAUFOR note une absence totale de culture du risque dans l'enseignement en France.

M. SAN MARCO admet que l'éducation thérapeutique est, en effet, un geste thérapeutique. Elle ne peut, toutefois, pas être dissociée d'une action préventive. A ses yeux, la classification de la prévention en primaire, secondaire et tertiaire fait qu'elle reste centrée sur la maladie alors qu'elle doit cibler la santé. Pour M. SAN MARCO, il existe, en fait, une prévention universelle, une prévention des risques spécifiques et une prévention ciblée en fonction des maladies. Le

point commun à ces trois formes est l'appropriation. M. SAN MARCO estime que la prévention ne doit pas être laissée aux mains des seuls médecins.

D'après Mme DESLOGES, des actions sont tout de même menées en matière d'éducation à la santé, que ce soit dans les services ou en libéral. Des schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS) ont ainsi été lancés en 2003 et de nombreux bénévoles et professionnels se sont engagés sur le terrain.

M. FOUCAUD ne nie pas que de nombreuses actions d'éducation thérapeutique soient menées. En revanche, leur évaluation pêche.

Pour Mme DESLOGES, adopter une culture préventive franche passe par une reconnaissance des actions déjà menées.

M. FOUCAUD estime que l'éducation thérapeutique renvoie à une thérapeutique particulière qui peut, comme toute thérapeutique, avoir des effets secondaires si elle n'est pas utilisée correctement. Mais est-elle un acte médical ? M. FOUCAUD ne peut répondre à cette question. Il n'est, en tout cas, pas possible de créer un référentiel présentant les actions d'éducation thérapeutique et leurs bénéfices. Il s'agit donc d'inventer de nouveaux modèles d'évaluation.

M. FOUCAUD : les compétences des professionnels formés en matière d'ETP, très nombreuses, exigent un nombre important d'heures d'enseignement.

M. ARWIDSON exprime le souci permanent de la DGS et de l'INPES d'avoir connaissance des actions menées sur le terrain. La question du système d'information à mettre en place se pose, dans ce contexte.

Mme BOURGEOIS souhaiterait savoir si l'INPES a déjà adopté une stratégie quant aux partenaires que sont l'Education nationale et l'Université en matière d'EPS.

M. FOUCAUD annonce qu'une commission, composée de représentants de l'INPES et des différentes sociétés corporatistes et présidée par l'INPES, aura en charge de statuer sur les propositions de définitions de contenus d'enseignements en EPS pour ces différents professionnels, l'objectif étant leur formation initiale.

M. SAN MARCO : les médecins, qui seront prochainement soumis à la formation médicale continue, devront présenter 500 points en cinq ans grâce à différentes actions, sachant que si elles correspondent à une priorité nationale, leur nombre de points augmentera de 20 %. Pour développer la formation à la prévention, il suffirait donc que le ministre la qualifie de prioritaire.

Pour Mme JEANNERET, on part trop souvent du principe que la prévention est assurée par les médecins. Or la prévention doit être présentée de manière positive, comme un élément apportant un bien-être immédiat.

M. DURU soulève la question de la création d'un métier d'éducateur thérapeutique.

M. SAN MARCO rappelle que de nombreuses actions de prévention sont menées par de nombreux acteurs qui présentent des profils extrêmement hétérogènes. Il ne faut pas laisser supposer que rien n'est fait. Une reconnaissance des actions menées est nécessaire.

Mme DESLOGES fait savoir qu'une étude des besoins de formation en EPS menée en Basse Normandie a montré que de nombreux bénévoles ne disposent pas des outils et des moyens leur permettant de mener des actions optimales d'éducation à la santé, mais que l'offre de formations est insuffisante. La piste du diplôme d'état doit être étudiée.

M. FOUCAUD indique qu'au Canada, le fait que la responsabilité de l'EPS ait été confiée à un intervenant a présenté un inconvénient : les autres acteurs s'en sont délaissés. Le soutien et le développement de la formation initiale de l'ensemble des acteurs restent donc un élément incontournable et fondamental. D'autres espaces doivent, par ailleurs, être trouvés pour conduire les patients à construire leurs propres connaissances et leurs propres compétences.

S'agissant des coûts, M. FOUCAUD ajoute qu'au Canada, tous les hôpitaux ont l'obligation d'avoir un poste d'éducateur thérapeutique. En clinique, l'ESP est financée par les laboratoires par le biais de conventions de partenariat avec les médecins prescripteurs.

D'après Mme DIB, les éducateurs thérapeutiques se divisent en deux groupes : les professionnels qui travaillent dans le champ médico-social et qui ont des actions d'EPS en complément de leur activité principale, d'une part, et les animateurs pour lesquels l'EPS est

l'activité principale, d'autre part. Ces métiers existent donc déjà. Le problème est celui de leur reconnaissance officielle.

M. DURU partage ce constat.

M. FOUCAUD précise que l'activité existe, mais que le métier n'existe pas en tant que tel.

D'après Mme DIB, plusieurs niveaux de formation en EPS existent. Les formations initiales, le plus souvent des diplômes d'université, ne sont pas visibles. Il serait donc intéressant qu'un diplôme soit reconnu au niveau national. Mme DIB se déclare, par ailleurs, favorable à l'intervention de spécialistes en EPS dans les facultés dans le cadre des formations en santé publique.

Selon M. SICARD, la reconnaissance d'un diplôme universitaire spécifique en EPS est difficile.

Mme LANTERNIER indique que les mutuelles ont dorénavant l'obligation, dans les contrats dits responsables, de proposer à leurs adhérents des actes de prévention, ce qui pose deux problèmes : d'abord, la prévention n'est pas reconnue et, ensuite, les médecins libéraux n'y participent pas pour des questions de rémunération.

Mme CLAVEL, favorable à la création de postes d'éducateur thérapeutique, met les participants de l'atelier en garde contre deux dangers : l'accaparement de la prévention par un seul intervenant et la limitation au diplôme.

Mme DUJONCQUOY s'interroge sur les évaluations des effets de la création du métier d'éducateur thérapeutique au Canada.

M. FOUCAUD répond que la création de ce métier aurait, d'après certaines études, eu une incidence très importante sur le retentissement des maladies et le recours aux soins d'urgence.

Mme JOUAN-FLAHAULT signale que l'industrie finance, par le biais des professionnels de santé, un certain nombre d'actions de prévention.

Mme LEURIDAN se déclare, pour sa part, sceptique sur la création d'un nouveau métier. Pour elle, il s'agit plutôt de travailler sur l'existant et une montée en qualité des pratiques professionnelles.

Mme DIB souligne le fait que certains médecins sont déjà payés pour faire de la prévention.

D'après M. STROBEL, de nombreux acteurs interviennent dans la prévention et ont besoin de formations. Certains d'entre eux viennent du terrain profane. D'autres opposent des contre-formations à celles qui existent déjà. Dans ce contexte, une reconnaissance de la profession ainsi qu'une labellisation des formations apparaissent indispensables pour éviter la charlatanerie.

Pour M. BERTIN, il apparaît, dans un premier temps, important de renforcer les actions d'évaluation, qui sont souvent minorées.

M. CHAUVIN estime, pour sa part, qu'il faut reconnaître la compétence des soignants qui se forment à l'éducation thérapeutique en les incluant dans les équipes de soin au sens large.

## **2. Recherche en prévention : Etat des lieux, propositions, questions**

**Pierre STROBEL**

**Pierre ARWIDSON**

### **Etat des lieux**

D'après M. ARWIDSON, il existe un potentiel de recherche réparti entre plusieurs disciplines. Cette recherche est modeste et relativement dispersée. Elle est assez développée sur le sida, mais beaucoup moins sur certains thèmes à forte morbi-mortalité. Il n'existe pas de

programme de grande ampleur. Certains programmes transversaux comportent des volets de prévention. On constate, en outre, un déficit d'évaluation des actions et des politiques de prévention. Enfin, les données disponibles sont sous-exploitées.

L'ANRS a largement contribué à la relance de la recherche en prévention :

- action concertée 18 « comportements de prévention » ;
- rapport « évaluer la prévention de l'infection par le VIH en France » ;
- appel d'offres 2007 qui comporte deux axes intéressants, « vulnérabilité, prise de risque et prévention », d'une part, et « politiques publiques et pratiques professionnelles », d'autre part.

La DREES MIRE mène elle aussi, une importante activité dans le champ de la recherche et de la prévention :

- exploitation de l'enquête décennale santé ;
- études sur les pratiques professionnelles ;
- séminaire sur la prévention ;
- colloque économie de la prévention ;
- appel à projets « santé mentale », « santé et travail », « événements indésirables » ;
- appels à recherche sur l'enquête décennale ;
- volet « risques et politiques de prévention » du programme 2007.

L'INPES produit et exploite, pour sa part, les baromètres santé depuis 1992 et le baromètre santé nutrition depuis 1996. Il a également mené une enquête sur la perception des risques infectieux, le cancer, le sida auprès des migrants d'Afrique subsaharienne et la dépression. Il prépare actuellement le baromètre santé environnement. Il soutient, par ailleurs, des recherches liées à des enquêtes en milieu scolaire et a lancé un appel à projets de recherche, à la fin 2005, pour soutenir des exploitations d'enquêtes.

Enfin, l'IvRSP rassemble, depuis deux ans, l'Inserm et plusieurs partenaires publics intéressées par le développement de la recherche en santé. Deux appels à projets de recherche, l'un sur les inégalités sociales de santé et l'autre sur les méthodologies de l'évaluation en santé publique, ont été lancés.

## Propositions

M. ARWIDSON propose de créer un programme unique, partenarial, associant dans la durée les principaux acteurs de la recherche dans le domaine de la prévention, doté de moyens pluriannuels et garantissant une pluralité disciplinaire. Ce programme pourrait être lancé dès 2007 dans le cadre de l'IRéSP. A terme, il pourrait être intégré dans un programme de l'ANR. Outre le soutien aux recherches, le programme devra prévoir des moyens consacrés au financement de post-doctorants. Il est également essentiel d'envisager, dès le début, la valorisation des résultats et la création d'une plateforme offrant une vision sur l'ensemble des données disponibles.

M. ARWIDSON souhaiterait débattre des questions suivantes. Quels sont les axes prioritaires de recherche à développer ? Comment attirer les équipes et les aider à s'investir dans la durée ?

M. ARWIDSON suggère différents thèmes de recherche :

- programmes internationaux de comparaison des politiques publiques ;
- économie de la prévention et analyses médico-économiques ;
- analyse des structures et études des acteurs ;
- comportements, connaissances, croyances, réceptivité aux politiques et incitations.

### Débats avec la salle

M. SICARD annonce que l'IvRSP étudiera, au mois de décembre prochain, la possibilité de lancer un appel d'offres autour des thèmes de la recherche en prévention en 2007. S'agissant des propositions, un champ mériterait une attention particulière, d'après M. SICARD : les comportements, connaissances, croyances, réceptivité aux politiques et incitations.

Mme LEURIDAN suggère de s'appuyer sur le maillage territorial que représenteront les groupements régionaux de santé publique pour préciser le programme, sachant que la territorialisation constitue l'une des préoccupations de nombreuses régions.

Mme DIB estime, elle aussi, que le quatrième thème de recherche proposé par M. ARWIDSON est intéressant.

M. MARTEL, soulignant le fait que l'évaluation des actions de prévention présente des spécificités et des problèmes particuliers, recommande d'étudier la question des méthodes d'évaluation.

Pour M. STROBEL, la question des modèles et des indicateurs est effectivement importante. Elle doit donc être incluse dans la recherche.

M. FOUCAUD se demande si les éléments portant sur les modèles d'éducation et les modèles d'intervention d'ETP sont suffisants.

M. ARWIDSON convient que ce champ est important.

D'après M. CHAUVIN, cette recherche est compliquée car elle a de la peine à se situer.

M. CHAUVIN, revenant à la question de la régionalisation, souhaiterait savoir si les étapes régionales prévues à la création de l'IvRSP sont toujours d'actualité.

Mme DIB ne sait pas comment solliciter les équipes de recherche. Un des problèmes en EPS réside dans la stratégie des recherches-actions. Les acteurs de terrain et le milieu de la recherche doivent travailler ensemble. Il conviendrait donc d'établir une fiche procédure pour monter des projets d'action-recherche ou faire remonter du terrain des sujets de recherche.

Mme DIB propose comme thématique de recherche les stratégies d'éducation à la santé.

M. STROBEL : l'Inserm a lancé une action, la facilitation de création de réseaux régionaux de recherche en santé publique. Une quinzaine de travaux ont ainsi pu être soutenus. Une des difficultés rencontrées a été l'absence d'évaluation.

M. STROBEL insiste, par ailleurs, sur le fait que les actions de recherche doivent se donner les moyens de faire connaître et de mettre en débat, de la façon la plus large possible, leurs résultats.

M. SICARD se réjouit que des demandes puissent être formulées à partir des régions. L'IvRSP, à sa création, avait pour objectif de favoriser la création de pôles régionaux de recherche en santé publique. Or il s'avère que les partenaires nationaux ne sont pas très préoccupés par la régionalisation. M. SICARD propose que l'IReSP soit identifié comme un lieu de la recherche en santé publique.

M. FOUCAUD reformule cette proposition : utiliser l'IReSP comme une plateforme permettant de faire se rencontrer l'offre et la demande.

Pour M. CHAUVIN, il faudra tout de même prendre en compte la faible capacité des équipes susceptibles d'accueillir des thèmes du terrain en région.

M. FOUCAUD souligne la question du temps nécessaire aux recherches.

Mme DESLOGES signale que les plans régionaux de santé publique comportent un volet études.

M. ARWIDSON, soulignant la problématique de rencontre entre offre et demande, estime que l'IReSP pourrait être le lieu de cette rencontre. Son infrastructure doit donc être améliorée.

M. STROBEL insiste sur la nécessité de confrontation et de coopération internationales. Il souligne, par ailleurs, le clivage considérable entre les différents domaines de la prévention. Des espaces de rencontre sont donc nécessaires.

### 3. L'évaluation

**Philippe MARTEL**

**Catherine BERNARD**

#### **Evaluation *a priori* et évaluation *a posteriori***

M. MARTEL précise que l'évaluation *a priori* se place en amont de l'action. Elle intervient dans le processus d'aide à la décision publique en aidant à juger de l'opportunité et à préciser les modalités de l'action. L'évaluation *a posteriori* (ou *ex-post*) se situe, quant à elle, pendant ou après la mise en place de l'action. Elle vise la mesure des résultats et doit permettre de juger de l'opportunité de poursuivre ou de modifier l'action.

L'évaluation *a priori* apparaît nécessaire pour différentes raisons. D'abord, il convient, avant de lancer une action de prévention, de s'assurer qu'elle sera efficace. Dans le cadre d'arbitrages, elle offre également au décideur public des outils rationnels lui permettant de faire son choix.

Le rôle de l'évaluation *a posteriori* est de confirmer l'efficacité de l'action, de permettre un suivi de la qualité et, enfin, d'apporter un soutien à la politique de prévention.

Ces démarches ont, toutefois, des limites. Pour l'évaluation *a priori*, elles sont celles de la signification, de l'interprétation, de la légitimité et de la faisabilité. Pour l'évaluation *a posteriori*, elles sont celles de la faisabilité méthodologique et de la faisabilité matérielle.

#### **Une approche raisonnée**

La démarche d'évaluation est applicable quel que soit le contexte. Doit également se poser la question du suivi des évaluations.

Les principes fondamentaux de l'évaluation *a priori* d'une action de prévention sont une approche populationnelle, d'une part, et une étude de l'efficacité, des inconvénients, de l'impact, de la faisabilité et du coût de l'action, d'autre part.

Un certain nombre d'outils peuvent être utilisés : analyse de la littérature, modélisation, avis des experts, des professionnels et des usagers.

La méthode doit être adaptée aux moyens disponibles et à l'enjeu de santé publique de l'action, d'une part, et aux preuves disponibles et à la controverse, d'autre part.

Différentes règles de décision doivent être appliquées : les actions dont l'efficacité est bien démontrée, dont le rapport avantages / inconvénients est positif et dont le rapport coût / avantage est le plus favorable seront favorisées.

Pour les évaluations *a posteriori*, il faut étudier l'opportunité de mener ces évaluations selon les actions et adapter les critères de jugement.

#### **La situation actuelle**

L'évaluation n'est pas utilisée au niveau où elle devrait l'être. Elle manque, par ailleurs, d'homogénéité. Des exemples de mise en application existent. Une réflexion méthodologique sur les dépistages de masse a été initiée. L'HAS souhaiterait pouvoir la poursuivre avec d'autres acteurs. Enfin, reste posée la question des acteurs de l'évaluation.

#### **Propositions d'actions**

M. MARTEL soumet à la salle quelques propositions d'actions pratiques :

- mener une réflexion méthodologique sur l'évaluation ;
- élaborer un panier d'actions à évaluer en priorité ;
- promouvoir la recherche en évaluation ;
- développer l'audition publique ;

- produire des évaluations d'actions de prévention et de pratiques ;
- produire des avis sur l'inscription au remboursement d'actes de prévention.

D'après M. MARTEL, différentes questions se posent. Quels manques les différents acteurs ressentent-ils actuellement en matière d'évaluation ? Pourquoi promouvoir la culture de l'évaluation ? Comment la promouvoir ? Quelles en sont les limites ? L'évaluation représente-t-elle un frein ou un atout pour la prévention ?

Pour Mme BERNARD, il faut, dans le champ de la prévention, s'intéresser non seulement à l'évaluation des actions, mais également à celle des stratégies, des acteurs et de leur organisation. Aujourd'hui, l'une des difficultés est le déficit majeur en matière de culture de l'évaluation, qui revêt des réalités très diverses. Sur le terrain, les situations et les contraintes, notamment politiques, sont multiples. Il faut donc tenir compte d'un certain nombre d'enjeux et repérer les points où les évaluations *a priori* et *a posteriori* sont nécessaires. La difficulté est que les acteurs font des compromis seuls, sans véritablement les expliciter.

Les acteurs ne se donnent, par ailleurs, pas collectivement les moyens d'être meilleurs dans ce champ. Il existe, en outre, un important décalage entre la connaissance théorique des bonnes pratiques et les actions mises en œuvre en matière de prévention, même s'il faut également savoir faire confiance au bon sens.

Sur ces questions, Mme BERNARD estime qu'un travail de sensibilisation et de formation des acteurs du champ concerné, y compris des financeurs et des politiques, devra être mené.

Certaines questions concernent les moyens de l'évaluation. De nombreuses initiatives sont prises, mais ne sont pas structurées. Des efforts doivent donc être menés dans ce sens. La HAS, mais également l'INPES pourraient apporter leur expertise dans ce domaine. Il est important de séparer les objectifs en dissociant ce qui relève de la connaissance, qui a plutôt à voir avec la recherche-action, des financements. Or dans la pratique, les dèss sont souvent pipés : l'opérateur d'actions de prévention est en permanence en recherche de financements ; les équipes sont modestes ; les contraintes budgétaires changent. Pour Mme BERNARD, il faut donc à la fois structurer le réseau des acteurs et les modalités de reconnaissance d'une évaluation qui permettrait d'affirmer que l'action menée ne l'a pas été suivant les standards ou n'a pas eu les résultats escomptés. Reste posée, ensuite, la question de savoir comment tenir compte de ces données, sachant que leur valorisation n'est pas immédiate, ce qui explique les difficultés rencontrées sur le terrain.

S'agissant de l'évaluation de l'organisation des acteurs, Mme BERNARD revient sur les SREPS. Ayant vocation à organiser un service public d'EPS, ils ont été mis en place selon des modalités variables en région. Il serait donc peut-être intéressant d'évaluer cette politique publique, sachant qu'il est compliqué d'associer militantisme et évaluation.

Pour Mme BERNARD, ces questions doivent être prises en compte de sorte que l'évaluation se structure avec des moyens, des compétences et des méthodes. L'HAS peut y aider. Un travail partenarial doit être mené.

M. FOUCAUD annonce que l'évaluation des SREPS est en cours à l'INPES.

### **Débats avec la salle**

D'après M. STROBEL, les évaluations *a posteriori* permettent une indispensable identification des résistances.

M. STROBEL souligne, par ailleurs, l'importance de séparer l'évaluateur de l'évalué et du producteur des outils de l'évaluation. Certains travaux le conduisent, en outre, à penser que la culture de l'évaluation des politiques publiques s'est dégradée en France depuis une quinzaine d'année. Ce phénomène amène les acteurs à se rabattre sur les outils les plus techniques et les moins difficiles à mettre en œuvre et à les caler sur les éléments les plus assurés.

Enfin, M. STROBEL estime qu'un domaine marque une dégradation de la culture des politiques publiques. Des tentatives ont, en effet, donné lieu à des résultats politiques très médiocres, notamment en matière de risque : un certain nombre d'évaluations ont entraîné un surcroît de défiance, une incompréhension, voire une opposition entre les acteurs. Un important problème de construction de la dynamique de l'évaluation n'est pas réglé ; il est crucial d'en prendre conscience.

Mme DIB souligne les problèmes financiers que suscitent les évaluations, sachant par ailleurs, que les acteurs n'y sont pas forcément formés. En outre, les évaluations engendrent le risque que les actions évaluées ne soient pas pérennisées. Les indicateurs de l'évaluation posent également problème dans le sens où ils sont différents selon les organismes, ce qui rend les comparaisons difficiles. Il conviendrait donc, selon Mme DIB, de créer des référentiels d'indicateurs.

Mme DIB, rappelant que les actions se situent à différents niveaux, estime que les besoins en évaluation ne sont pas les mêmes. Elle suggère donc d'élaborer, pour le niveau local, des fiches synthétiques d'évaluation, ce qui faciliterait le travail d'évaluation des meneurs de projets. Il serait également souhaitable que ces derniers puissent accéder aux banques de données de santé nationales.

M. CHAUVIN a, quant à lui, l'impression que la culture de l'évaluation évolue sur le terrain. L'évaluation pose, toutefois, le problème de la justification de l'action. Pour lui, le blocage ne se situe pas sur le terrain, mais à des niveaux plus élevés. L'évaluation sert à prendre une décision, ce qui n'est pas acquis en France.

Mme JOUAN-FLAHAUT constate un important décalage entre prévention et médicaments, secteur dans lequel s'est développée une véritable culture de gestion du risque.

Mme DESLOGES : depuis deux ans, est expérimentée, dans sa région, une méthode d'évaluation qui consiste en un questionnaire d'autoévaluation quantitatif et qualitatif destiné aux promoteurs financés pour mener leurs actions. La plupart d'entre eux sont satisfaits que l'Etat s'intéresse à leur activité.

Mme BERNARD s'étonne de ce sentiment partagé de balbutiement.

M. CHAUVIN : sur le terrain, les promoteurs d'actions sont d'accord pour mener des évaluations et mettre en place des indicateurs. Chaque action étant particulière, les méthodologies doivent être adaptées. Un travail local avec les promoteurs doit être mené.

Mme BERNARD ne partage pas totalement cette position. En effet, si la réalité locale doit bien être prise en compte, il doit être possible, avec des approches d'évaluation *a priori*, d'adopter des stratégies plus cohérentes. Mme BERNARD convient, en revanche, de l'existence d'importantes résistances de la part des acteurs nationaux, notamment de certains élus qui sont parfois capables de promouvoir des actions allant à l'encontre des résultats de l'évaluation.

Selon Mme CLAVEL, pour promouvoir l'évaluation, il conviendrait, dans un premier temps, de la financer.

D'après M. MARTEL, cette question est effectivement au cœur du débat. Pour certains, l'évaluation doit se faire à coût constant. Une proposition pourrait être qu'une partie du budget du PRSP soit consacrée à l'évaluation.

Mme DESLOGES soulève la question de la multiplication des cabinets en évaluation et de leur labellisation.

M. MARTEL remercie les participants de leurs remarques. Il conviendrait de proposer des mesures de communication pour convaincre les acteurs de l'intérêt de l'évaluation. Une question méthodologique doit également être prise en considération. Enfin, les conséquences de l'évaluation, processus puissant qui peut changer les habitudes, doivent être intégrées. Pour M. MARTEL, l'évaluation doit se décliner de manière positive, dès lors que l'on considère que l'on met en place un cercle vertueux qui incitera les acteurs à structurer leurs demandes et à améliorer, le cas échéant, leurs actions.

## **Verbatim Atelier 8**

### **Déterminants environnementaux**

*Jeanne BRUGERE-PICOUX, Professeur à l'Ecole Nationale Vétérinaire, Académie de Médecine*

*Claude RAMBAUD, Association LIEN*

*Delphine GIRARD, INPES*

*Jany BATAILLE, Association Parkinson FFGP*

*Dominique RODRIGUEZ maire de Presles-en-Brie, Seine-et-Marne*

*Catherine MIR, DGS*

*Frédéric JACQUET, DRASS Languedoc-Roussillon*

*L'atelier est animé par Alain GRIMFELD, professeur de Pédiatrie, Hôpital Trousseau*

#### **Les risques de contamination animal-homme : Jeanne BRUGERE-PICOUX**

Les zoonoses sont nombreuses : 11 des 12 dernières maladies infectieuses émergentes dans le monde sont de source animale, c'est pourquoi il est nécessaire de travailler sur les relations entre systèmes de santé humain et animal.

#### **Animal sentinelle :**

Dans le cas de maladies comme la fièvre charbonneuse, on s'est aperçu que les ruminants jouaient le rôle de témoins. Ces animaux ne meurent pas, mais on retrouve des bactéries dans le lait, ce qui constitue un problème de santé publique. Les laboratoires, s'ils sont formés, peuvent facilement détecter la présence de cette maladie chez les animaux.

Le West Nile est une autre pathologie pour laquelle la maladie humaine est extrêmement rare par rapport au nombre de cas asymptomatiques chez les animaux. Par exemple, pour le foyer identifié à New York en 1999, la mortalité chez les humains était de 30 morts sur 1191 cas, alors qu'elle était de 100 % chez les corneilles. Les oiseaux sont depuis surveillés par radar.

#### **Animal passager clandestin :**

En France, il s'agit par exemple des importations illicites de singes Magots. Ces animaux arrivent du Maroc, où la rage des rues existe encore. Ces singes sont à la mode car ils remplacent les animaux d'attaque et ils représentent un risque réel de santé publique.

#### **Animal réservoir asymptomatique :**

C'est par exemple le cas pour l'*Escherichia coli* O 157 H7 : les ruminants en sont porteurs asymptomatiques. L'hygiène des abattoirs est essentielle pour éviter les risques de contamination de la viande par les matières fécales qu'on a pu observer, notamment aux Etats-Unis. Par ailleurs, les fermes pédagogiques visitées par des enfants représentent un risque sporadique, mais réel. Jeanne BRUGERE-PICOUX explique qu'il est très difficile de faire appliquer des recommandations strictes en termes d'hygiène dans ces fermes (lavage des mains, éviter que les enfants ne mangent en caressant les animaux...). Les personnes immunodéprimées, les enfants et les femmes enceintes sont particulièrement sensibles à ce type de risques.

### **Zoonoses liées à l'environnement aquatique :**

Les risques de contamination dans un environnement aquatique, comme la leptospirose, ne font pas l'objet d'une prévention suffisante. En période de forte chaleur, la baignade dans des zones inhabituelles, contaminées par des urines de rongeurs, représente un risque.

On a constaté des cas de cryptosporidiose chez les sujets immunodéprimés : on pensait que cette maladie concernait surtout les jeunes veaux, mais on s'est aperçu que les étudiants vétérinaires en période d'examens et les jeunes enfants ayant visité des fermes pouvaient en être atteints.

### **Maladies vectorielles :**

La Fièvre Q ubiquitaire a été identifiée partout où elle a été recherchée : elle concerne un réservoir animal extrêmement important (tiques, insectes, oiseaux, mammifères sauvages ou domestiques, mais surtout ruminants). Cette pathologie est probablement sous-estimée car insuffisamment recherchée par les éleveurs. Elle pourrait devenir un problème permanent dans les années à venir car il n'existe aucune lutte systématisée au niveau des ruminants. En cas de grossesse, la Fièvre Q représente un risque d'avortement ou de prématurité supérieur à la toxoplasmose, alors qu'un traitement simple peut l'empêcher.

Les moustiques sont les principaux vecteurs du flavivirus, qui menace surtout les voyageurs.

Jeanne BRUGERE-PICOUX estime que la grippe aviaire est beaucoup moins dangereuse que les 50 000 cas d'encéphalites japonaises qui provoquent 10 000 morts en Asie chaque année. Cette maladie est commune au porc et à l'homme, et a d'ailleurs disparu de Singapour depuis que cette ville s'est débarrassée de ses élevages. La maladie de la griffe du chat (*Bartonella*), doit également être suivie.

### **Conclusion**

Jeanne BRUGERE-PICOUX estime que les maladies vectorielles sont sous-estimées alors que les moyens de les rechercher existent. Il est par ailleurs nécessaire de bien connaître non seulement les maladies existant sur le terrain mais aussi les risques de résurgence ou d'émergence d'autres maladies. L'animal pourrait constituer un système de sentinelle : les vétérinaires pourraient y tenir un rôle de veille déterminant, mais avec la désertification des campagnes, seuls 15 % d'entre eux sont encore à prédominance rurale. Ce réseau de surveillance constitue un bien public qu'il convient de maintenir. Il faut par ailleurs développer davantage la recherche clinique appliquée au terrain sur les zoonoses. Enfin, une action sur le lavage des mains est essentielle.

L'éducation des médecins est un des champs qui pourrait faire l'objet d'une action de prévention. Il faudrait notamment enseigner à nouveau la pathologie comparée en faculté de médecine. La majorité des maladies rencontrées par les vétérinaires se retrouvent en médecine humaine. Certains jeunes vétérinaires sont recrutés sur thèse et sont spécialisés uniquement sur certains types d'animaux, alors qu'une pluralité des connaissances est importante.

Alain GRIMFELD distingue trois niveaux de prévention :

- la formation des médecins en deuxième cycle,
- l'éducation des enfants et des adolescents,
- la participation des associations qui doivent être correctement informées.

Claude RAMBAUD (Association LIEN), remarque qu'un film remarquable a été conçu pour les écoles sur le lavage des mains.

Delphine GIRARD (INPES) : l'INPES est en train de travailler sur une campagne scolaire consacrée à ce thème.

Claude RAMBAUD et Jany BATAILLE (Association Parkinson FFGP) : les cabinets médicaux de ville devraient également être sensibilisés à cette problématique.

Dominique RODRIGUEZ remarque qu'une action dans les écoles devrait être coordonnée par l'Éducation Nationale et non laissée à l'appréciation individuelle des enseignants.

Claude RAMBAUD : certains instituteurs ne souhaitent pas intervenir dans ce domaine, mais c'est aux Français de définir les priorités de leur école.

Catherine MIR (DGS) estime qu'une prise de conscience collective sur le sujet du lavage des mains est nécessaire.

Alain GRIMFELD : l'implication de l'Education Nationale est un problème récurrent, alors qu'il s'agit d'un levier majeur de la prévention.

### **Action de l'INPES : Delphine GIRARD**

Delphine GIRARD indique que l'INPES a développé un programme sur les aspects comportementaux de la prévention des risques environnementaux. L'objectif de cet organisme est d'améliorer la santé de la population en l'amenant à changer ses comportements, en s'intéressant en particulier à son lieu de vie. Ce programme se décline en 4 axes stratégiques :

#### **Développer une approche éducative et promouvoir les actions de terrain :**

L'INPES a rédigé, en partenariat avec la FNES, un guide méthodologique pour les porteurs de projets en santé-environnement. Elle a élaboré un dossier de vulgarisation sur le concept de la santé-environnement pour le portail Internet de l'AFFSET. Ces travaux s'inscrivent dans le cadre de l'Action 44 du PNSE, qui vise à faciliter l'information et favoriser le débat public à propos de la santé-environnement.

#### **Affiner les connaissances sur l'opinion et le comportement des français en santé-environnement :**

L'INPES est en train de concevoir un baromètre visant à mesurer les connaissances, attitudes et comportements des Français en santé-environnement. 6 000 personnes ont été interrogées sur différentes thématiques tels que l'air, l'habitat, l'eau, le bruit et les sols. Le but de l'exercice est d'identifier les priorités et les informations sur lesquelles il faut mettre l'accent.

#### **Prévenir les risques liés à des événements climatiques :**

Depuis la canicule de 2003, l'INPES a développé une campagne de communication comportementale visant à enseigner les « bons gestes » à la population.

#### **La prévention des risques liés à l'environnement intérieur**

Il s'agit par exemple des accidents domestiques liés au monoxyde de carbone. Ces campagnes de prévention ont pour but de sensibiliser la population et de transmettre certains réflexes accompagnants l'utilisation de produits ou d'activités à risque.

Jeanne BRUGERE-PICOUX : l'ingestion de certains des produits communs comme le shampoing représentent une part importante des toxicologies des enfants, mais ce risque est méconnu.

Catherine MIR : l'Institut de Veille Sanitaire tient un registre des accidents et possède certainement des données permettant de mettre en évidence ce type de comportement à risque. La salle de bain n'est pas un lieu de danger aussi bien identifié que l'armoire à pharmacie ou le dessous de l'évier.

Claude RAMBAUD demande si l'INPES s'appuie sur des enquêtes épidémiologiques pour choisir les risques sur lesquels il intervient.

Delphine GIRARD : l'INPES s'appuie sur le baromètre et sur une revue de la littérature. Elle précise que cet institut se concentre sur son domaine d'expertise, qui est celui des comportements des personnes dans leur habitat.

Catherine MIR remarque qu'il existe une distinction entre l'importance d'un risque prouvée par des données épidémiologiques et le fait que ce risque soit évitable et que l'on puisse le prévenir efficacement. La pollution de l'air est certainement à l'origine d'un certain nombre de

morts, mais l'INPES n'y peut rien, car son action porte sur les comportements de la population.

Delphine GIRARD : l'INPES se concentre sur les sujets sur lesquels il peut agir.

Alain GRIMFELD : déterminer les risques qui peuvent effectivement être évités est un réel sujet pour l'abord réaliste de la prévention.

**Exemple de difficultés rencontrées par les élus de terrain dans le recyclage des déchets : Dominique RODRIGUEZ, maire en Seine-et-Marne, Fédération Française des Collectivités de Compostage, SIETOM**

Dominique RODRIGUEZ explique que le traitement des déchets entraîne chez les élus de terrain un certain désarroi. Il explique que le SIETOM s'est orienté vers une usine de compostage, et estime qu'avec le temps, on s'apercevra que brûler de la matière organique est une erreur. Par ailleurs, Dominique RODRIGUEZ indique que son syndicat a lancé une opération « biocomposteur individuel » pour limiter le volume de déchets.

Claude RAMBAUD remarque qu'avec les emballages, la grande distribution joue un rôle important dans la production de déchets ménagers.

Dominique RODRIGUEZ répond que l'on constate depuis 5 ans une diminution du volume de déchets produits, alors que la population continue de croître. Il explique que les élus locaux ont besoin des scientifiques et d'études concrètes sur lesquelles s'appuyer car les effets sur l'atmosphère des différentes méthodes (compostage, incinération, enfouissement des déchets ultimes) sont mal connus. Il regrette que les scientifiques ne soient pas suffisamment impliqués dans cette démarche.

Jany BATAILLE remarque qu'il faudrait réfléchir aux effets pervers du biocompostage, s'il est réalisé à partir d'épluchures de produits recouverts d'insecticides ou de pesticides.

Dominique RODRIGUEZ présente le fonctionnement de l'usine de compostage choisie par le SIETOM. La température des bioréacteurs atteint plus de 70°C, ce qui permet une forte diminution du risque pathologique.

Jeanne BRUGERE-PICOUX remarque que le fumier a été supprimé à cause des mouches. Cette méthode a été remplacée par le déversement de lisier, qui entretient pourtant le risque de contamination des pâtures.

Dominique RODRIGUEZ : les boues de stations d'épuration n'ont pas été traitées sérieusement jusqu'ici. Il explique que 18 communes, dont la sienne, se sont regroupées pour créer une station de compostage des boues pilotée par informatique. S'agissant des épandages agricoles, Dominique RODRIGUEZ explique que cette méthode est souvent rejetée en raison des odeurs qu'elle génère. Les agriculteurs ont peur d'être désignés comme des pollueurs, alors qu'un compost suffisamment mûr n'a normalement pas d'odeur. Par ailleurs, une terre bien mélangée avec du compost est plus souple, plus riche en oxygène, s'érode moins facilement et nécessite moins d'engrais. La Fédération Nationale des Collectivités de Compostage tente de vulgariser ses connaissances en la matière et elle aurait besoin de relais scientifiques pour appuyer son action par des données chiffrées. Dominique RODRIGUEZ remarque que les engrais chimiques servent à compenser l'érosion des sols, mais cette technique a ses limites. Malheureusement, le lobby de l'industrie chimique exerce une pression considérable face à laquelle les collectivités ont du mal à agir.

Jany BATAILLE : le rapport INRA-CEMAGREF indiquait qu'un changement radical des modes de culture était nécessaire, mais rien ne se passe.

Alain GRIMFELD : le risque phytosanitaire en santé-environnement est considérable. Les rapports indiquent qu'il existe des méthodes alternatives favorisant les écosystèmes tout en conservant un bon niveau de production, mais les politiques préconisées ne sont pas appliquées, ce qui pose la question du suivi. Les maires ont un rôle déterminant à jouer car ils sont avant tout des élus locaux, indépendamment de leur appartenance politique. La commune semble l'échelle la plus pertinente car la plus proche des électeurs. Il propose de formuler une recommandation allant dans ce sens.

Claude RAMBAUD souligne le rôle des lycées agricoles dans l'éducation des jeunes agriculteurs sur les méthodes alternatives aux engrais.

Dominique RODRIGUEZ : les responsables des grands syndicats agricoles ont une position publique différente de celle qu'ils tiennent dans leur ferme : en privé, ils ne sont pas opposés à l'utilisation du compost. Cette ambiguïté ne peut pas continuer.

Claude RAMBAUD : l'émergence des maladies dont souffrent les agriculteurs risque de faire évoluer la situation.

Dominique RODRIGUEZ : la Région est pour les élus locaux une notion encore nébuleuse. Les maires constituent un maillage de proximité plus approprié au travail de terrain. Il faudrait s'appuyer directement sur eux au moyen de directives concrètes et personnalisées.

Alain GRIMFELD : le niveau d'action est un réel problème ; au cours des différentes réunions préparatoires de ces Etats-Généraux, certains se sont montrés de fervents partisans de l'action au niveau régional, qu'ils jugent plus à-même d'offrir la cohérence nécessaire. Il faudrait peut-être réfléchir à l'échelle la plus pertinente en fonction de chaque sujet.

Dominique RODRIGUEZ considère que la Région est l'acteur le plus efficace pour les plans de déplacement, l'urbanisme et l'économie, mais en santé-environnement, le maillage doit se faire au plus près du terrain.

Jeanne BRUGERE-PICOUX remarque qu'au moment de la crise « vache folle », les maires étaient les premiers à demander une communication et des actions de prévention.

Jany BATAILLE estime que le relais régional est également porteur d'une vision du terrain qu'il ne faut pas négliger. Elle s'interroge sur les possibilités de coordination entre les différents niveaux.

Alain GRIMFELD remarque qu'en termes de transmission de l'information et de mise en pratique des décisions, les relations entre institutions ne sont pas satisfaisantes car leurs intérêts divergent souvent fortement. En tant que praticien, il estime que la prévention doit être directement applicable à chaque individu : le but n'est pas « d'agiter des grandes idées ».

Catherine MIR : l'aspect économique des décisions environnementales est essentiel. Elle évoque l'exemple de l'amiante et estime que s'agissant des pesticides et des engrais, l'action doit porter sur la Politique Agricole Commune. L'échelle de la Région permet une bonne prise en compte des enjeux économiques : elle doit donc être mobilisée à ce titre en tant qu'acteur majeur. Cependant, elle ne peut pas agir sur la PAC.

Alain GRIMFELD évoque la crainte de voir les propositions des acteurs de terrain dévoyées par les échelons supérieurs.

Catherine MIR : la Région a une légitimité certaine sur le plan économique, mais elle n'entretient pas le même contact direct avec la population que la Mairie.

Jany BATAILLE : l'action sur la pollution de l'air ne peut passer que par le niveau régional. La question de l'eau se pose au niveau du bassin, celle des pesticides au niveau national. Il faut trouver le niveau pertinent pour chaque problématique.

Dominique RODRIGUEZ remarque que certains problèmes liés à l'eau potable peuvent se poser au niveau de chaque nappe. Il est impossible de définir un découpage général.

Alain GRIMFELD souligne l'intérêt du modèle REXAO (retour d'expérience et apprentissage organisationnel). En tant que praticien pour la prévention, il estime que les remontées d'informations, le retour d'expérience et les propositions des acteurs de terrain ne doivent pas être dilués à chaque échelon. S'agissant du maillage local, le plus important n'est pas la constitution d'un réseau, mais le fait que la population française puisse bénéficier de cette structure de manière efficace.

Frédéric JACQUET (DRASS Languedoc-Roussillon) remarque que mener une action de proximité n'est pas le rôle des organisations régionales. Elles peuvent en revanche harmoniser

les pratiques, bâtir des politiques locales cohérentes et mener des travaux de recherche appliquée. Par ailleurs, les acteurs de proximité, qui représentent la partie distale, « effectrice », du dispositif, sont indispensables pour relayer cette politique sur le terrain. La territorialité choisie dépend donc du thème de travail et de la population visée. En la matière, il faut être opportuniste et pragmatique : la Région ne va pas tout régler, mais il ne faut pas opposer les collectivités entre elles. Il faut caler les différentes organisations et les réguler.

Alain GRIMFELD demande des précisions sur les Groupements Régionaux de Santé Publique et leur mode de fonctionnement. Certains membres de la commission d'orientation ont indiqué que ces groupements étaient censés devenir les points d'ancrage de la prévention, notamment en santé-environnement.

Frédéric JACQUET répond que ces GRSP sont encore en phase de construction administrative. En Languedoc-Roussillon, le premier conseil d'administration se tiendra le 24 octobre. Ces structures devraient fonctionner à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007 dans le meilleur des cas. Leurs travaux portent sur le PRSP, dont le PRSE est une branche, et ses déclinaisons sous forme de programmes. Pour l'instant, les attentes à l'égard de ces structures sont modestes : il s'agit d'instances politiquement encore assez faibles, qui rassemblent le plus grand nombre possible d'acteurs de la prévention et de la santé publique, mais dont les implications financières ne sont pas encore clarifiées. Toutes ces incertitudes fragilisent ces structures : les acteurs font preuve de prudence.

Le GPRS fonctionnera avec les moyens mis à disposition par les institutions-membres, tant pour son animation que pour le financement des programmes de santé publique qu'il pourrait mener. En l'absence de fonds dédiés, chacun risque donc de financer les programmes qui l'intéressent : par exemple, le Conseil Régional de Languedoc-Roussillon emploie ses moyens sur la santé des jeunes. Parallèlement, le Ministre a rappelé que la prévention en santé publique relevait de l'intérêt général, mais les prochaines échéances électorales placent tous les acteurs dans l'expectative. Les GPRS sont encore fragiles, mais ils ont donné lieu à un travail de construction de lien et d'explicitation des PRSP et des PRSE. A ce titre, le travail accompli a été de toute façon très utile.

### **Conclusions et recommandations de l'atelier**

Alain GRIMFELD rappelle l'état d'avancement du PNSE : le comité d'évaluation s'est réuni pour adopter le plan d'évaluation. L'AFFSET, avec l'aide d'un consultant en évaluation des politiques publiques, est en train d'examiner chaque action du Plan National sous l'angle de sa pertinence, de sa cohérence, de sa mise en œuvre et de son éventuel impact. Ces deux derniers éléments seront étudiés dans quatre études de cas portant sur les thèmes suivants :

- Recherche, formation et expertise en santé-environnement ;
- Qualité de l'eau potable et pollutions due aux pesticides ;
- Maîtrise du risque lié aux substances chimiques ;
- Education en santé-environnement dans les écoles primaires.

Pour l'instant, aucun résultat n'est disponible.

Alain GRIMFELD : tous les acteurs se sont mobilisés pour participer à ces assises des Etats Généraux de la Prévention. Il souhaite qu'ils saisissent cette opportunité pour définir des priorités et pour formuler des propositions sur des actions tangibles. Il observe que la Commission a toujours affirmé que les GRSP seraient un point d'ancrage du PNSE, alors que le Ministre a indiqué que le PNSE était déjà mis en œuvre et arrivé à mi-parcours.

Alain GRIMFELD cite un article du *British Medical Journal* repris par l'OMS, qui affirmait que 20 % des morts évitables sont liées à des causes environnementales, ce qui montre l'utilité du travail accompli dans ce champ.

Catherine MIR estime qu'il est nécessaire de préciser le concept d'environnement : la définition de l'OMS est différente de celle du PNSE.

Alain GRIMFELD : l'OMS travaille à la fois sur les pays développés, émergents et en voie de développement, dont les priorités sont différentes, notamment en matière d'eau potable.

Catherine MIR : sur ce point, la situation de la Guyane est différente de celle de la métropole. Par ailleurs, la nutrition entre dans le champ environnemental pour l'OMS, mais pas dans le Plan français.

Alain GRIMFELD : l'alimentation est souvent considérée à la frontière, mais est en réalité un sujet environnemental.

Catherine MIR demande si les accidents de la vie courante, qui constituent une source de mortalité importante, sont comptabilisés par l'OMS.

Jany BATAILLE demande si la qualité des aliments est prise en compte dans la nutrition : on parle souvent des déséquilibres nutritionnels, mais pas des risques posés par la présence de pesticides dans les aliments. Elle estime que les citoyens ont rarement le choix car ils ne savent pas précisément ce qu'ils achètent.

### **Définition du domaine Santé-Environnement**

L'atelier propose la définition suivante : *Tout ce qui n'est pas génétique est environnemental*, tout en précisant bien qu'en santé-environnement et s'agissant du développement des maladies, ces deux dimensions ne sont pas exclusives l'une de l'autre.

### **Participation du public à la prise de décision s'inspirant du document Santé-Canada Niveau 5, et réservant une place aux choix collectifs sur le plan économique (proposition d'Alfred SPIRA)**

Afin de donner un sens concret à ce principe général de consensus, les participants de l'atelier proposent la recommandation suivante : la population et les associations doivent être consultées plus fréquemment et informées. Ils soulignent l'importance de l'étiquetage dans l'information du public.

Il convient par ailleurs de favoriser les contacts entre les associations environnementales et celles travaillant sur les questions de santé, comme les associations de malades, et de leur offrir un espace de rencontre afin de mettre en valeur l'importance de l'environnement dans les problèmes de santé. Leurs expériences doivent être mises en commun. En outre, il serait également souhaitable de favoriser les rencontres entre associations et scientifiques.

Les participants de l'atelier insistent sur la légitimité des acteurs associatifs, dont la reconnaissance passe par des agréments en fonction de critères définis par les pouvoirs publics.

### **Formation en Santé-Environnement : méthodologie de création des filières de formation à l'adresse des professionnels de soins et de la population**

La formation continue des médecins est particulièrement importante pour l'identification et le dépistage des maladies émergentes, qui évoluent constamment. Il convient par ailleurs de développer les nouveaux métiers (« *préventeurs* », « *préventologues* ») permettant d'assurer la prévention en santé-environnement dès le jeune âge et dès le début de la formation des professionnels de soins.

### **Programmes de recherche publique avec appel d'offres**

La santé-environnement est pour l'instant un domaine de recherche peu valorisé : il est difficile de faire publier ces travaux dans les publications anglo-saxonnes de référence, et le soutien universitaire dans ce champ est très faible. Les ministères de tutelle doivent envoyer un signal très fort pour favoriser le financement de recherches et d'équipes alliant environnement et santé. Cet effort est un préalable nécessaire.

L'objectif est le développement d'une recherche publique forte et indépendante, accompagnée d'applications cliniques et impliquant les acteurs de terrain. Par ailleurs, les associations doivent être représentées dans les comités scientifiques pour que les chercheurs puissent tirer un bénéfice constant de leur retour d'expérience.

### **Propositions pratiques**

#### **Détermination des thèmes prioritaires**

Les thèmes prioritaires de l'action en santé-environnement sont déjà définis dans le cadre du PNSE, c'est pourquoi les participants de l'atelier estiment plus judicieux d'insister sur la méthodologie à adopter pour déterminer ces priorités. L'association du public est essentielle : la population doit pouvoir s'approprier ces thématiques pour agir auprès de ses élus.

Les connaissances des professionnels et des scientifiques doivent être sécularisées dans le cadre d'une confrontation avec la population permettant l'appropriation par le public de ces informations.

#### **Mise en œuvre des actions au niveau régional**

Il est souhaitable de définir une territorialisation appropriée pour chaque action concrète et d'établir les liens nécessaires avec les acteurs de proximité.

S'agissant de la détection des zoonoses, les participants de l'atelier mettent l'accent sur l'utilité des réseaux sentinelles, dans lesquels doivent être intégrés les vétérinaires et le ministère de l'agriculture. Il serait en outre utile d'obliger les propriétaires d'animaux à déclarer les mortalités subites anormales.

#### **Création d'unités fonctionnelles en santé-environnement dans les Centres Hospitaliers Universitaires dans un premier temps, avant d'étendre ce concept à d'autres établissements.**

Pour mettre en pratique les propositions précédentes, il est nécessaire de trouver des lieux de rencontre, or il est pour l'instant impossible de le faire dans le cadre des GRSP. Il existe actuellement des médecins concernés par les relations entre santé et environnement, travaillant dans des domaines transverses tels que la cancérologie, la nutrition, l'allergologie et l'infectiologie. La création d'unités fonctionnelles en santé-environnement labellisées, favorisant les échanges entre ces professionnels, permettrait d'intégrer des activités de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche, en relation avec les autres professionnels de l'environnement.

Ces unités fonctionnelles pourraient être lancées sur le mode de l'expérimentation, afin d'évaluer leur valeur ajoutée méthodologique.

La labellisation des Villes-Santé, par exemple celle de Copenhague, correspond à une mobilisation de la population entière de ces villes sur les questions de santé. La définition de critères permettant cette labellisation lancée par l'INPES est une démarche intéressante.

#### **Ciblages des sources et moyens dédiés**

En plus des ministères de tutelle concernés au premier plan, chargé de la Santé et de l'Environnement, il ne faut pas oublier d'associer à la problématique du financement de la prévention les ministères chargés notamment de l'Industrie, de l'Agriculture et des Transports : il s'agit de reprendre le principe du pollueur-payeur, dans la mesure où, par exemple, les pollutions et les accidents de la route ont un coût important, porté par l'Assurance Maladie.

Il est également utile de mentionner le rôle que peuvent jouer les collectivités territoriales qui investissent dans la santé-environnement.

#### **Mise en place de systèmes d'évaluation**

L'élaboration de systèmes d'évaluation devra prendre en compte le rapport d'étape du PNSE, les retours d'expérience du PNNS et du Plan cancer, dont les résultats sont encore inconnus. Il faudra également intégrer les conclusions de l'étude de l'INPES sur les comportements et du Rapport GIRARD, notamment ses préconisations concernant le dialogue avec le public, les associations et les scientifiques.

Dans la mesure où le changement climatique a une forte influence sur le nombre d'animaux réservoirs à l'origine de certaines maladies, il serait souhaitable de mettre en place un système de veille des modifications des écosystèmes et de la biodiversité. Cette surveillance en santé-environnement serait assurée par un personnel diversifié (paramédicaux, médecins, vétérinaires, forestiers...). Le rôle des lanceurs d'alertes dans cette veille est souligné : ces personnes doivent être protégées en termes d'acteurs de communication.

Les politiques publiques menées en santé-environnement devront être évaluées par des équipes pluridisciplinaires et diversifiées. Dans le cadre de cette démarche, les participants de l'atelier recommandent notamment l'utilisation de la documentation des causes et circonstances des décès.

Il serait enfin souhaitable que les universitaires assurent une veille internationale permettant de faire périodiquement le point sur les nouvelles maladies.

## Verbatim Atelier 9

### Ethique et Prévention

*Jeannine CHANTEUR, Professeur émérite de philosophie morale et politique à la Sorbonne*

*Jean-Pierre GIORDANELLA, Praticien conseil, Médecin de santé publique, Responsable de la politique de prévention à la CPAM de Paris*

*Jean-Pierre OLIE, Psychiatre à l'Hôpital Sainte-Anne*

*Jean-Claude AMEISEN, Immunologiste, Président du Comité d'Ethique de l'Inserm et membre du Comité consultatif national d'Ethique*

*Grégory KATZ-BENICHOU, Pharmacien, Philosophe, Professeur de bioéthique et innovation thérapeutique à l'ESSEC*

*Emmanuel HIRSCH, Directeur de l'Espace éthique de l'AP-HP et Directeur du département de recherche génétique de l'Université Paris-XI*

*MM E. RICARD, Société française de santé publique, SUAUDEAU et J-C. AZERAIN*

*L'atelier est animé par Michel HANNOUN, Directeur des études des laboratoires Servier, Vice-président de la Société française d'Economie de la Santé*

M. HANNOUN commence par rappeler que le champ de la prévention, qui fait partie intégrante du système de soins, bénéficie des progrès scientifiques et techniques et s'adresse à des populations encore peu concernées par la réflexion éthique. Elle a pour but, d'une part, d'assurer l'intégrité physique et mentale et de développer les capacités vitales de chaque personne et, d'autre part, de réduire les menaces liées à l'environnement physique, psychologique et social.

En outre, quelques spécificités sont à prendre en compte. Premièrement, la santé est une réalité variable. Deuxièmement, la prévention s'adresse à des personnes en bonne santé. Troisièmement, la prévention est de nature probabiliste. Enfin, l'application d'un outil de prévention est souvent plus complexe que son invention.

Face à ces contraintes, un certain nombre de repères peuvent être définis : tenter de concilier intérêt particulier et intérêt général, d'assurer la sécurité des actions de prévention et de veiller à l'équité, dans l'application de la prévention.

L'objectif de cet atelier sera de faire émerger les questions qui se posent en termes éthiques, dans une perspective de prévention.

### Interventions

#### Mme Jeannine CHANTEUR

Le Professeur J. CHANTEUR évoque le principe de précaution en lien avec la prévention. Tout d'abord, la prévention est devenue une nécessité et même une obligation morale, car prévenir vaut mieux que guérir et l'homme est capable de comprendre les conséquences de choix scientifiques et techniques, dans certaines limites.

Différents concepts entourent cette obligation. La prévention, qui signifie venir avant, est action de devancer les conséquences fâcheuses ou dramatiques d'une décision ou d'un laisser-aller. Elle est aussi une prévision, qui signifie voir avant. Ces deux notions renvoient à l'idée de connaissance en vue d'une action bénéfique ou de l'interruption d'une action nuisible. De plus, la prévision est toujours relative au degré de certitude possible sur les conséquences des actes humains. Or, la vie a « *le visage de l'imprévisibilité* » (Bergson). C'est pourquoi une action spécifiquement humaine doit être assortie de précautions avant tout engagement. La

précaution, qui signifie prendre garde, implique d'arrêter un mouvement prêt à se développer. Enfin, la vertu de prudence, celle de voir en avant, est tournée vers l'avenir, à l'inverse des trois notions précédentes, et permet d'engager sa responsabilité dans la conduite à tenir. Pour la prévention, la prudence permet, au travers de précautions, la prise raisonnée d'un risque inhérent à la vie, respectant ainsi la liberté caractéristique de l'homme.

Le Professeur J. CHANTEUR indique que le principe de précaution actuel est allé bien au-delà de la prudence. Il revient en effet à transformer un moyen en principe, aboutissant à tourner le dos à l'avenir pour s'en protéger. Il se présente comme un butoir sur le chemin de la vie, alors qu'un principe est universel et permet le déroulement cohérent de la pensée et de l'action, montrant par là son caractère contradictoire dans l'ordre éthique, logique et économique. En vertu de ce principe, une action peut être arrêtée sans autre raison qu'une possibilité imprécise d'erreur, ce qui revient à refuser de prendre la responsabilité d'un futur. Cette lâcheté ne va pas sans risques. Le principe de précaution interrompt en effet tout débat et a fait une entrée redoutable dans l'enceinte de la justice. Sous des dehors rassurants, ce principe est un principe de mort et le contraire d'un moyen efficace de prévention, le cache misère de la peur, dans un monde où tout devient terrifiant.

En revanche, la prudence invite à prendre garde à ses actions, aux autres et surtout aux plus faibles puis à prendre avec courage ses responsabilités ; elle invite à prévenir autant que possible les catastrophes et à avancer et faire avancer l'humanité, qui n'est pas donnée, mais se conquiert.

### **Jean-Pierre OLIE, Psychiatre à l'Hôpital Sainte-Anne**

Le Docteur J-P. OLIE aborde les spécificités des personnes atteintes de troubles mentaux, pour lesquelles un débat quotidien sur la liberté individuelle du patient et sa capacité à l'exercer existe, à travers le recueil incertain de son consentement ou la contrainte à recevoir des soins.

En outre, les notions de dangerosité, de conduites à risques et de criminalité interviennent, les personnes handicapées étant vulnérables à l'environnement. Le lien entre prévention et précaution s'avère alors délicat.

Par ailleurs, la prévention par le travail sur les signes de risque d'émergence de comportements anti-sociaux chez les enfants et les adolescents apparaît pertinente, mais délicate. Chaque comportement individuel est en effet multidéterminé par une histoire et un environnement. Entre précaution et prévention, le débat est là encore ouvert. De même, l'utilisation des toxiques, et particulièrement du cannabis, est un facteur de risque sur lequel la société n'a pas été responsable, car il est prouvé que sa consommation entre 18 et 35 ans induit des risques qu'elle n'induit pas à d'autres âges de la vie.

De plus, la possibilité de prévenir des pathologies, par des thérapeutiques préventives, en psychiatrie est démontrée, à l'instar du recours aux sels de lithium. Autre exemple, le traitement de l'hyperactivité avec instabilité psychomotrice peut être un moyen de prévenir certains comportements pathologiques à l'âge adulte.

Enfin, les malades mentaux ont une espérance de vie réduite de 20 % et un accès aux soins réduit par rapport à la population générale, du fait de la difficulté des médecins psychiatres et somaticiens à travailler de concert. De surcroît, 20 % à 30 % des détenus dans les prisons sont schizophrènes et en ressortiront non soignés, ce qui révèle un manque de précaution évident.

### **Jean-Claude AMEISEN, Immunologiste, Président du Comité d'Éthique de l'Inserm et membre du Comité consultatif national d'Éthique (CCNE)**

Le Professeur J-C. AMEISEN commence par souligner que le principe du consentement libre et informé des patients, qui ont le droit de refuser un traitement, même si celui-ci permet de sauver leur vie, constitue le cadre de la réflexion. La prévention doit ainsi aider l'autre à

protéger sa santé, sans le lui imposer. A cet égard, la question d'une prévention dédiée à tous ou destinée à ce qu'une partie de la population puisse protéger sa santé des autres ou indépendamment des autres se pose. De même, il importe de mettre en avant la perception de chacun comme acteur de la prévention et non seulement comme sujet.

En outre, plus la prévision se croit scientifique, plus elle se rend indépendante du sentiment de la personne concernée. Or, elle relève souvent d'une question statistique et ne possède donc pas de pouvoir pour une personne donnée. Il convient ainsi de se garder de la tendance au réductionnisme et à la déshumanisation, qui fait croire à certains que le patrimoine génétique permet de prévoir l'identité et le futur de l'être humain.

De plus, le regard de l'observateur peut avoir une influence. Ainsi, des tests d'aptitude ont été effectués auprès d'étudiants américains blancs et noirs. Pour les Blancs, le fait de préciser la couleur de leur peau n'influe pas sur les résultats, alors que les Noirs qui se signalent comme tels obtiennent de moins bons résultats que si le test était resté anonyme. Il convient ainsi de se méfier de l'effet du préjugé anticipé par les personnes considérées.

Par ailleurs, des inégalités se manifestent en matière de prévention et donc de protection de la santé, selon le contexte socioéconomique, culturel, géographique. De même, le statut de la personne, handicapée, âgée, malade mentale, détermine son accès aux soins et en particulier à la prévention. La prison intervient comme une alternative à la prise en charge, en raison notamment de la déshérence de la psychiatrie, révélant une faille dans le système de prévention. Le malade est soigné ou puni selon qu'il a enfreint la loi. Parallèlement, l'existence d'un tissu social dense autour des personnes constitue un élément essentiel de la prévention.

Ainsi, les personnes vivant dans des conditions précaires sont beaucoup plus vulnérables aux catastrophes naturelles.

S'agissant des maladies infectieuses, la personne qui souffre représente également une menace et une ambiguïté apparaît dans la tentation de prévenir la collectivité, aux dépens de la personne malade. A cet égard, un besoin de réflexion sur les comportements devant faire l'objet d'un traitement s'impose, comme le montre l'exemple de l'homosexualité, considérée pendant longtemps comme une maladie.

En définitive, la prévention constitue un levier de promotion des droits de l'homme, permettant d'augmenter le degré de liberté, d'information et de discussion de la société dans son ensemble.

### **Grégory KATZ-BENICHOU, Pharmacien philosophe, Professeur de bioéthique et innovation thérapeutique à l'ESSEC**

Evoquant l'origine des deux branches de la médecine avec les déesses Panacée et Hygée, G. KATZ-BENICHOU présente les tests génétiques comme le nouvel hygiénisme, défini comme action de l'apparition des maladies, et dans la médecine des cellules souches régénératives, la nouvelle thérapeutique.

S'agissant des tests génétiques, il signale l'existence d'appareils produits par nanotechnologie et commercialisés aux Etats-Unis entre 300 dollars et 3 000 dollars, capables de cartographier une séquence génétique de l'ADN, aisément prélevable, et d'alerter par un signal fluorescent sur une éventuelle mutation. Ces tests présentent une fiabilité inédite, avec 1 risque d'erreur sur 100 000 cas.

Deux applications des tests génétiques sont possibles. Tout d'abord, l'application *in vivo* chez l'adulte vise à révéler des prédispositions génétiques pour prévenir l'apparition d'une pathologie à travers un mode de vie différent ou pour préparer un traitement. Elle ne pose a priori pas de problème éthique particulier.

En revanche, les tests pratiqués *in vitro* lors de la FIV sont plus préoccupants. La pratique du diagnostic préimplantatoire est en principe réservée à des maladies d'une particulière gravité, réputées incurables au moment du diagnostic. Or, la particulière gravité est difficile à définir et pourrait concerner des maladies létales, mais aussi des maladies viables et curables, comme le cancer du sein.

La pratique de tests génétiques n'étant pas légale en France, des patients français se sont rendus aux Etats-Unis pour réaliser des tests de prévention du cancer du colon. Il est également possible de pratiquer ces tests à distance, en envoyant des échantillons à Salt Lake

City, sachant que l'entreprise Myriad Genetics constitue une banque de données qu'elle utilise à sa convenance. La firme a ainsi noué un partenariat avec les deux principales entreprises d'assurance santé américaines, lesquelles proposent des tests à leurs souscripteurs, en vue de démarrer un traitement de manière préventive.

De même, certaines cliniques proposent aux futurs parents une FIV, même si la femme est fertile, afin d'utiliser les tests génétiques pour choisir l'enfant qui sera implanté. Elles s'inscrivent ainsi dans une logique sélective eugéniste consentie par les parents. Or, si la collectivité s'accorde pour refuser l'eugénisme, les individus sont peut-être prêts à accepter l'exception pour eux-mêmes, en vue de faire bénéficier leur enfant des nouvelles technologies.

En définitive, une utilisation bénéfique et curative coexiste avec une logique de mort, visant à prévenir l'apparition du malade et non de la maladie, faisant renaître le spectre d'un eugénisme par précaution. La Santé publique y trouverait son compte, car les tests sont peu coûteux, au regard des coûts de traitement, parfois pharamineux et les intérêts des firmes de biotechnologies, des parents, des compagnies d'assurance, qui travaillent avec les gynécologues obstétriciens, dont les primes ont quadruplé après l'affaire Perruche, convergent.

Le Professeur J-C. AMEISEN précise qu'il n'existe pas aujourd'hui de tests génétiques permettant de mieux soigner de manière suffisamment significative.

### **Emmanuel HIRSCH, Directeur de l'Espace éthique de l'AP-HP et Directeur du département de recherche génétique de l'Université Paris-XI**

Le Professeur E. HIRSCH commence par souligner qu'un cumul de connaissances de probabilités ne peut suffire à prendre une décision. Pourtant, la nécessité d'une protection et d'une sécurité s'impose, d'autant plus en matière de technologies biomédicales, particulièrement dangereuses. Il convient ainsi de s'interroger sur la finalité de la prévention, la qualité de vie et le bien-être étant des concepts discutables.

De fait, la réflexion éthique est un monde de prévention en soi et un impératif en amont. L'interrogation est en effet préventive, au sens de la prudence aristotélicienne. La Santé publique devrait intégrer cette dimension dans ses procédures. Parallèlement, en aval, lorsque la décision intervient, elle doit être démocratique et politique. A cet égard, l'exclusion politique et sociale de la prévention marginalise encore davantage ses victimes.

Par ailleurs, outre la proportionnalité des décisions, il importe de prendre en compte la proportionnalité entre le discours et les possibilités. L'incapacité de certains à mettre en pratique les conseils de prévention édictés a des effets culpabilisants. Le discours préventif apparaît ainsi souvent sécuritaire et n'intègre pas les droits des personnes.

Enfin, des modes de prévention se manifestent, donnant davantage l'impression de relever de la manipulation des esprits que de la responsabilité des personnes, qui impliquerait plus de solidarité. De plus, la prévention ne doit pas être vécue comme destinée aux uns, au détriment des autres. De même, les questions de maltraitance des personnes âgées et d'eugénisme social renvoient au mythe de l'autonomie qui règne dans la société, dont le souci devrait au contraire être l'interdépendance.

Pour terminer, le Docteur J-P. GIORDANELLA souligne la nécessité de s'interroger, pour chaque intervention, sur le fait de savoir si le service attendu a été rendu. En matière de prévention, il convient de trouver un équilibre entre ne pas inquiéter inutilement les personnes et leur permettre de prendre des décisions informées. De plus, la dimension de prévenance s'ajoute aux notions évoquées, dans le respect de la liberté des personnes.

## Débats

Le Docteur M. HANNOUN s'interroge sur l'intérêt de la vie dans une société où tout devient interdit, boire, manger, fumer, et sur les liens entre prévention, droits et libertés des individus.

J-C. AZERAIN, responsable d'un espace de prévention pour enfants de deux à douze ans à Montpellier, souligne la nécessité de s'interroger, pour chaque acte qui a la prétention de faire de la promotion ou de la prévention, sur son caractère vrai scientifiquement, juste moralement ou légalement et bon, au risque d'avoir un effet anxiogène.

Pour le Professeur J-C. AMEISEN, il convient de mesurer la qualité d'une approche de prévention à travers la façon dont elle s'exerce sur les plus vulnérables. Comme le dit Amartya Sen, la question de l'accès aux droits importe tout autant que celle des droits. Bien souvent, une partie privilégiée de la population se dit qu'on la force à aller vers une santé parfaite, alors qu'une autre partie n'a pas même les moyens d'accepter cette démarche.

Par ailleurs, il insiste sur la distinction à opérer entre les comportements proscrits dans les lieux publics ou en voiture, pour protéger l'autre ou soi-même, et les actions purement privées. De plus, il rappelle que la classification des dangers est tributaire de facteurs socioculturels.

Le Docteur J-P OLIE place la prévention dans la perspective d'une pédagogie de la responsabilité, *via* une information complète et l'éducation pour la santé. A titre d'exemple, le cannabis comporte des risques de dépendance différents de ceux du tabac, même si ce dernier apparaît plus toxique. A cet égard, il déplore le mauvais usage des travaux de la commission Roques.

En outre, les informations relatives aux éléments de vulnérabilité et de prédisposition à certaines pathologies peuvent délivrer des indications très intéressantes sur les mesures de protection utiles.

Au risque de se montrer provoquant, il ajoute qu'il n'était peut-être pas erroné de ranger l'homosexualité parmi les maladies mentales, à une certaine époque, car cet élément était un indice, les sujets concernés se suicidant autrefois beaucoup plus et ayant une espérance de vie inférieure. Le regard de la société ayant changé, il n'est pas plus erroné d'avoir fait sortir l'homosexualité des maladies. Parallèlement, il observe actuellement un nombre considérable de troubles du comportement sexuels, qui s'accompagnent des mêmes effets de marginalisation et de propension au suicide que l'homosexualité hier. L'état des connaissances médicales du moment, qui ne sont pas scientifiques, détermine un classement différent.

Enfin, si la loi de 1938 avait pour philosophie de protéger les malades mentaux, la loi de 1990 a mis en avant les libertés individuelles et renvoyé la maladie en arrière-plan. Or, en s'identifiant au malade, il est possible de considérer que le souci d'être protégé plutôt que de voir sa liberté protégée prime, sachant que cette liberté en sera finalement mieux protégée.

De son côté, le Professeur E. HIRSCH déclare que dans un contexte anémique où chacun définit sa morale, les règles de prévention peuvent jouer le rôle d'une morale par défaut, morale publicitaire, parfois, en vue d'un consumérisme préventif.

L'identité de l'autorité légitime en matière de règles de prévention constitue en réalité le nœud du problème. Les médecins, comme les politiques apparaissent délégitimés et divers acteurs parallèles interviennent, suscitant les inquiétudes.

Or, la crédibilité des acteurs de la prévention se révèle essentielle et la prévention de proximité, faisant intervenir la notion de sollicitude dans le champ politique, se révèle à cet égard plus efficace qu'une prévention générale, à coups de grandes campagnes.

Enfin, pour être réceptif à une politique de prévention, il est nécessaire d'avoir des perspectives dans la vie. Les marginaux font ainsi preuve d'une plus grande résistance aux campagnes de prévention. La crédibilité de la prévention implique donc la crédibilité de la société pour créer et entretenir le lien social. A cet égard, la légitimité à imposer un comportement à autrui s'efface, dès lors que l'on n'est pas capable de lui permettre d'être ce qu'il est. Ainsi, la société a tendance à se donner bonne conscience publiquement par une prévention, qui masque en réalité les véritables carences issues de l'indifférence sociale.

Le Docteur E. RICARD, de la Société française de santé publique, pointe la nécessité de décroiser la prévention en santé des autres champs sociaux. La prévention ne doit pas se limiter à un marketing social, mais s'inscrire dans une démarche construite, partant de l'identification du problème et impliquant la discussion, ainsi que la participation comme l'adhésion des citoyens. La spécialisation désincarne ; or, la dimension humaine apparaît encore plus importante dans la prévention que dans le soin.

En outre, il convient de prendre en compte l'ensemble de la population et non sa partie la plus visible, en proposant des règles relatives comme universelles, au risque d'aggraver les inégalités.

Enfin, l'approche par la réduction des risques pratiquée dans le cadre de la prévention VIH est préférable à une analyse binaire en termes de normalité et de pathologie. Les normes à atteindre sont en effet décourageantes, alors que la réduction des risques introduit une dynamique favorable.

Le docteur M. HANNOUN engage alors la réflexion sur le message adressé, ses destinataires, l'identité des acteurs légitimes pour le délivrer. Différents niveaux d'objectifs peuvent en outre exister, du simple bilan de santé régulier à la sphère de la transmission de la vie et ces objectifs peuvent être le bien-être, comme masquer une logique assurantielle.

I. SUAUDEAU livre son expérience d'agent dans un Centre d'examen de santé de la Sécurité sociale. La première étape pour les publics particulièrement vulnérables consiste à prendre conscience que la démarche de prévention ne leur est pas imposée, mais qu'ils peuvent se l'approprier. Au souci de se mettre en règle avec l'institution et à la peur de découvrir des maladies, succède l'engagement dans une démarche d'accès à une qualité de vie, qui valorise l'estime de soi.

De son côté, le Professeur J. CHANTEUR souligne le rôle essentiel de la famille, des parents et de la présence de l'un à la présence de l'autre. Dans une société de consommation et de compétition, il importe de se rappeler qu'il est impossible d'être des hommes sans la relation. Pour autant, l'homme est également un être de manque, qui ne peut que tendre vers la perfection. L'objectif de la prévention devrait donc être non pas de former une société parfaite, mais une société humaine où chacun entre en relation avec les autres.

J. RENDU, bénévole dans un mouvement d'entraide auprès des alcooliques, souligne le rôle des associations auprès des consommateurs à risque. En matière de prévention, il estime également que l'information passe par un travail de proximité, plus que par des campagnes moralisatrices et culpabilisantes. En effet, il s'agit davantage de déceler la souffrance de la personne que de s'attaquer à un produit.

Dans cette entreprise, les associations bénéficient du vécu des anciens malades alcooliques et de la compétence comme de la méthodologie, liées à l'expérience. C'est pourquoi il dénonce le fait que leur capacité à être des acteurs de la prévention soit déniée, alors que des besoins considérables se manifestent. Les effectifs des mouvements d'entraide devraient devenir l'équivalent de ceux des pays anglo-saxons, dont le rôle est reconnu.

Le Docteur J-P. GIORDANELLA ajoute que la prévention est avant tout un humanisme, au-delà des possibilités de mesure scientifique. Le programme de prévention de chaque pays dépend de sa réalité socioéconomique et relève d'une responsabilité politique, mais les responsables politiques se doivent de proposer un projet permettant à chacun d'être acteur, dans un objectif de sollicitude les uns pour les autres.

Le Professeur J-C AMEISEN évoque la définition de la santé par l'OMS, qui renvoie à la notion de bien-être général. En matière de prévention, il réitère sa conviction de la nécessité de tisser le lien social, afin de permettre à chacun de s'exprimer et de favoriser l'accès aux soins préventifs, plus que d'imposer des règles. La seule universalité existant aujourd'hui à son sens est basée sur la réciprocité et non sur des valeurs.

En outre, la prévention est une question culturelle. Les Français ont ainsi le réflexe d'isoler les personnes âgées ou malades mentales dans des institutions spécialisées, alors que dans certains pays, comme la Suède, ce procédé est considéré comme une négation de droits. De même, 70 % des personnes meurent à l'hôpital en France, contre 20 % en Hollande. La canicule a également révélé l'indifférence de certaines familles. Dans ce domaine, le seul fait de penser que l'intégration de ces personnes est impossible produit l'effet d'une prophétie autoréalisatrice et une société uniforme se construit. A l'inverse, la prévention peut être conçue comme une démarche d'inclusion et d'accompagnement. L'objectif est ainsi de soulager la souffrance, sans faire de la santé le seul but à atteindre. Il est ainsi choquant de constater que la France ait attendu 2006 pour organiser les soins palliatifs.

Le Docteur J-P. OLIE considère également que la définition de la santé doit être l'affaire de tous et non seulement de la médecine.

En outre, s'il convient de ne pas se priver des moyens de détection médicaux, ceux-ci ne suffiront pas. Les réseaux de proximité sont ainsi les gages de réussite d'une politique de prévention, notamment vis-à-vis des plus vulnérables, et permettent l'appropriation des actions par chacun.

Enfin, il est important que des endroits d'accueil existent pour les malades mentaux, adaptés à la dangerosité du risque. Quel que soit l'espace, il importe qu'un espace d'attention existe.

De son côté, le Docteur CHANTEUR souligne que la question de la prévention se pose différemment sur le long terme et en situation d'urgence.

Le Docteur E. RICARD souligne la nécessité d'offrir un cadre d'action aux associations de consommateurs ou de patients et leurs rassemblements. Des diplômes se mettent en place actuellement, à l'instar de celui de préventologue, mais les perspectives de carrière manquent encore. A cet égard, les coupes pratiquées dans les budgets des associations et dans le champ de la prévention ont eu des effets néfastes pour la nécessaire continuité de la politique.

Le Docteur M. HANNOUN s'interroge sur les priorités qu'il est possible de fixer, sachant que les associations sont extrêmement nombreuses et que les moyens budgétaires ne seront jamais extensibles.

Le Docteur E. RICARD évoque simplement le cadre de la loi de 2002.

I. SUAUDEAU répond en outre qu'il ne revient pas à cet atelier de revenir sur les politiques de santé publique mises en place, après consultation des nombreuses assemblées de santé publique existant en France. En outre, les associations sont regroupées en collectifs et siègent dans certaines instances.

J-C. AZERAIN ajoute que la prévention devrait passer d'un champ de discipline à un champ professionnel.

Constatant la croissance exponentielle du recours aux tests génétiques, G. KATZ-BENICHOU souligne la nécessité d'aborder ce sujet et recommande l'établissement de règles visant à un recueil systématique du consentement des patients et la garantie de confidentialité des données.

De son côté, le Docteur J-P. GIORDANELLA estime qu'il convient de relativiser cet outil, l'essentiel résidant dans la façon de l'utiliser. Si l'homme parvient à tout dépister, il ne restera plus une personne viable. La véritable question en matière de prévention est de savoir jusqu'où il est possible d'aller dans le cadre d'un projet de société intégrant les dimensions biomédicale, sociale et humaniste.

Par ailleurs, le Professeur AMEISEN indique que la continuité des soins constitue un moyen de prévention. En outre, il déplore que seuls 3 % à 7 % du budget de la santé soit consacré à la prévention, face à la guérison. De plus, il évoque l'éventualité d'un droit à la protection de la santé opposable, ce qui impliquerait de tisser le lien social, plus qu'une situation de réclamation. Enfin, il convient d'ouvrir le débat à tous les partenaires, y compris associatifs, et à insérer la médecine dans un tissu, car cette dernière ne suffit pas à faire face à certains problèmes.

Le Professeur E. HIRSCH termine en rappelant qu'une prévention sans solidarité est inutile et se transforme en manipulation. La dimension épistémologique de l'éthique, qui vise la cohésion, se révèle ainsi dans le champ de la prévention. Il s'agit de témoigner une attention

particulière aux personnes habituellement exclues, la question de fond se situant aux marges. De même, la tentation eugéniste du discours préventif ne doit pas être prise à la légère.

Quant aux règles éthiques à prendre en compte, elles comprennent l'équité et la justice distributive, la transparence et la déspecialisation, l'intégrité, la proportionnalité et l'anticipation des conséquences, la non-discrimination. Enfin, demeure la question de savoir qui, à part les philosophes, est capable d'identifier les critères et quelle est l'instance capable de poser la question de manière non instrumentalisante.



