

Rapport annuel **2003**
Santé,
pour une politique
de prévention durable

En application de la loi du 11 mars 1957 (article 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans l'autorisation expresse de l'éditeur. Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.

© La Documentation française, Paris 2003.
ISBN: 2-11-005417-4

Préface

« En définitive, la différence entre action préventive et action curative est moins nette qu'on ne le croit généralement. L'erreur fréquemment commise a été de vouloir séparer l'idée prévention-santé d'une part, de l'action maladie-sécurité d'autre part. »

C'est notamment avec ces mots que J Bardeau, chef de l'inspection générale des affaires sociales, présentait le rapport annuel de l'IGAS de 1974 consacré à la prévention. Et un grand quotidien du soir titrait « prévention : du réalisme avant toute chose » et poursuivait : « l'IGAS note qu'il n'a jamais été prouvé que la prévention soit toujours un facteur de diminution des dépenses de santé ; il convient d'abord de miser les deniers de la prévention sur les bonnes causes »

Trente ans plus tard, l'IGAS revient dans son rapport annuel public sur ce thème. Après une approche comparative au Québec, en Finlande et au Royaume-Uni, l'IGAS a notamment analysé la prévention des risques en milieu de travail et celle des risques liés aux pollutions chroniques, l'hygiène nutritionnelle, une approche de la prévention ciblée sur les enfants et adolescents, enfin la prévention des maladies sexuellement transmissibles.

Si face aux grands fléaux, les résultats sont manifestes, l'IGAS, trente ans après, alerte sur trois efforts qui restent prioritaires : la prévention des risques environnementaux et les risques professionnels, avec un impératif de progrès en termes d'observation et de recherche, ainsi que la prévention des difficultés sociales et psychologiques chez les enfants et les adolescents, marque croissante de fragilité de notre société.

L'IGAS revient aussi sur le cloisonnement inopérant entre médecine curative et médecine préventive : dans les trois pays étudiés, le concept de promotion de la santé prend le pas sur celui de prévention, et dans les trois cas, le médecin généraliste est au cœur du dispositif... Et trente ans plus tard, l'IGAS confirme toujours que la promotion est préférable à l'injonction, à travers une éducation pour la santé dès l'école maternelle, auprès des parents, dans les milieux professionnels...

Car si un cadrage politique fort est nécessaire à la réussite de la politique de santé, il ne suffit pas : c'est sa déclinaison et l'implication de tous, acteurs et métiers et générations, qui est facteur de succès durable : si l'Etat stratège doit arrêter les priorités, il doit s'appuyer sur des opérateurs très divers pour les mettre en œuvre, médecins libéraux, hôpitaux, élus, entreprises, enseignants... Pour ce faire, le niveau régional apparaît bien comme le niveau pertinent de la cohérence adapté au territoire, et décliné ensuite.

Le rapport insiste sur les modes d'intervention trop cloisonnés qui caractérisent le système français, et sur la nécessité de développer la multidisciplinarité dans l'action et le partage d'expériences métiers dans les formations. Il constate aussi la qualité des prises en charge au plus près du terrain, dites communautaires et territoriales, pour mieux intégrer et articuler les priorités nationales de santé publique.

2003 est pour l'action politique une année de projets majeurs, présentés au débat parlementaire, tant en matière de décentralisation que d'organisation de la politique de santé publique : les réflexions de l'IGAS préparent, accompagnent et confortent ces débats. Et elles s'inscrivent dans la continuité des rapports publics 2001 et 2002 pour mieux prendre en compte le territoire et sa proximité de l'utilisateur d'une part, l'usager, dans son besoin et sa responsabilité d'autre part.

Marie-Caroline Bonnet-Galzy,
chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Sommaire

Introduction	7
Première partie	
Des enjeux d'importance et de complexité croissantes ..	13
Chapitre 1	
Les problèmes de santé publique actuels mettent en relief l'importance des politiques de prévention	17
Chapitre 2	
La promotion de la santé devient une préoccupation internationale	53
Chapitre 3	
La prévention se prête mal aux modes d'action publique traditionnels	67
Chapitre 4	
Les problèmes éthiques posés par la prévention	101
Deuxième partie	
Une place subsidiaire dans le système de santé français ..	107
Chapitre 1	
Le système de santé français est centré sur l'offre de soins	109
Chapitre 2	
Des compétences enchevêtrées	121
Chapitre 3	
La crise de la médecine préventive	131
Chapitre 4	
Le rôle et la formation des médecins en prévention sont mal appréhendés	153
Chapitre 5	
Les faiblesses de la recherche et de la surveillance	171
Troisième partie	
Des modes d'intervention trop cloisonnés	199

Chapitre 1	
Un processus national de programmation en mal de continuité	203
Chapitre 2	
La dynamique régionale a parfois été entravée par les rigidités centrales	223
Chapitre 3	
Les politiques de prévention peinent à mobiliser les acteurs	253
Chapitre 4	
La politique de prévention est à la recherche de nouveaux cadres d'intervention	263
Quatrième partie	
Pour une politique de prévention durable et partagée	277
Principe d'action	
Fonder la politique de prévention sur des valeurs de responsabilité, et de participation	285
Principe d'action	
Privilégier davantage les approches sélectives, communautaires et territoriales	295
Principe d'action	
Promouvoir une dynamique de la multidisciplinarité plus que de la spécialisation	311
Principe d'action	
Définir des sphères de responsabilités cohérentes et non étanches	317
Principe d'action	
Concentrer l'action de l'État central sur ses missions de stratégie et de garant de l'intérêt général	329
Principe d'action	
Renforcer les connaissances, les savoir-faire et les outils de la prévention	343
Annexes	359
Table des matières	391

Introduction

De plus en plus, la santé publique constitue une préoccupation majeure de l'opinion et des autorités politiques. En témoignent l'attention apportée à la lutte contre le handicap, l'insécurité routière et le cancer, déclarés chantiers pour le quinquennat par le président de la République.

Que la rédaction de ce rapport, dont le thème, la prévention sanitaire, a été choisi dès février 2002, se soit achevée au moment où se préparait, à l'initiative du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, un projet de loi relatif à la politique de santé publique, ne constitue pas un simple concours de circonstances. La conjonction de ces deux textes de portée différente, à vocation diagnostique et réflexive pour l'un, structurante et réformatrice pour l'autre, concrétise, après les avancées de la récente loi relative au droit des malades et à la qualité du système de santé¹, le renouveau des préoccupations de santé publique au sein de la politique de santé.

Un système de santé centré sur le curatif

La prévention n'est certes pas un thème neuf. Depuis la seconde moitié du dix-neuvième siècle et pour ainsi dire jusqu'à la seconde guerre mondiale, le triptyque : hygiénisme, vaccination et lutte contre les fléaux sociaux, a été le fondement de la politique de santé publique. Les travaux d'assainissement et d'équipement urbains, les mesures d'éducation à l'hygiène corporelle, les campagnes de vaccination obligatoire, la création des dispensaires antivénéériens, antituberculeux, anti-alcooliques en sont les réalisations emblématiques.

A partir de 1945, cependant, sous l'effet conjugué de la rénovation urbaine, du développement de la sécurité sociale et de la généralisation de l'accès aux soins, des fulgurants progrès de la médecine, et, d'une manière générale, de l'augmentation continue du niveau de vie, les politiques de santé cessent de s'organiser autour de la démarche préventive. A partir des années cinquante, les indicateurs sanitaires de la population s'améliorent de façon continue et spectaculaire ; l'espérance de vie à la naissance ne cesse de progresser ; les succès de la médecine et l'accélération des innovations techniques reçoivent un large écho : c'est le temps du biomédical triomphant et de la foi en la toute puissance de la médecine curative. La gestion de ces évolutions, via l'hôpital, la démographie médicale, le médicament et les techniques de pointe, occupe dès lors une place centrale dans l'administration du système de santé. La santé publique devient une discipline marginale, et la prévention le « parent pauvre du système de soins ».

¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

La nouvelle actualité de la prévention

Progressivement, cependant, une inflexion se dessine. Les difficultés de régulation financière de l'appareil de soins à partir des années soixante-dix, l'irruption dramatique du SIDA dans le paysage sanitaire au cours des années quatre-vingt, la survenance de graves crises mettant en jeu la sécurité sanitaire au cours des années quatre-vingt-dix, l'acuité croissante des enjeux éthiques du progrès médical, l'incapacité du système à réduire la mortalité prématurée et les inégalités sociales et spatiales de santé, contribuent à susciter sinon une crise de confiance, du moins des interrogations envers un système quasi exclusivement curatif, et font prendre conscience du caractère holistique de la santé.

Cet infléchissement, encouragé par l'organisation mondiale de la santé (OMS), notamment à l'occasion de la première conférence internationale pour la promotion de la santé réunie à Ottawa en 1986 (cf. infra), et nettement perceptible dans nombre de pays développés, n'a commencé à se manifester que dans un passé récent en France. La création, à la fin de la dernière décennie, d'agences de sécurité sanitaire (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, institut national de veille sanitaire, agence française de sécurité sanitaire des aliments, agence française de sécurité sanitaire environnementale) a transformé en profondeur le paysage de la santé publique et les modes d'intervention de la puissance publique en ce domaine. Par ailleurs, les travaux du Haut comité de la santé publique institué en 1991, relayés à partir de 1996 par ceux de la conférence nationale de santé, l'instauration d'un échelon régional de planification en santé publique, ont favorisé l'émergence de la dimension préventive dans les politiques comme dans la législation sanitaires. En témoignent la multiplication des plans nationaux de santé à forte composante préventive (plan national de lutte contre le cancer, plan national nutrition santé, plan diabète, etc.), la création de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'inscription pour la première fois dans la loi française d'une définition de la prévention², entendue comme ayant pour but « d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents, et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie ».

Médecine curative et médecine préventive, le défi d'une approche globale

La prévention n'est pas un domaine autonome et homogène. Selon la définition généralement admise, on distingue en effet trois niveaux de prévention : la prévention primaire (constituée par l'ensemble des mesures, éducatives, prophylactiques, normatives, destinées à lutter contre l'apparition de la maladie : l'éducation qui évitera de tomber dans le risque tabagique, la limitation de

² Article L. 1417-1 du Code de la santé publique.

vitesse censée éviter l'accident, mais aussi la vaccination qui supprimera le risque) ; la prévention secondaire (mesures diminuant la durée et la gravité de la maladie ou évitant la rechute : une action de dépistage qui permettra une prise en charge thérapeutique précoce, le port de la ceinture de sécurité qui va protéger malgré l'accident) ; la prévention tertiaire (mesures réduisant les déficiences ou handicaps dus à la maladie : le traitement d'un diabète qui évitera les complications vasculaires). Cette seule définition met en évidence, à chacun de ces trois niveaux d'intervention, l'intime imbrication de la prévention et du soin. De même, les déterminants de santé auxquels s'intéresse la prévention sont multifactoriels, et dépendent tout à la fois des conditions de vie, de la situation sociale, du milieu professionnel, géographique, communautaire... Pas plus qu'elle n'est isolable de la dimension clinique de la médecine et du soin, dont elle fait partie intégrante, la prévention sanitaire n'est isolable du champ social, où se situent nombre des déterminants sur lesquels elle a vocation à intervenir, et nombre des savoir et savoir-faire qui lui sont nécessaires. La prévention se situe par construction au carrefour du soin et de la promotion de la santé, du sanitaire et du social, du biomédical et des sciences sociales.

Comment la prévention, avec les connaissances et les outils multidisciplinaires qu'elle requiert, les temps longs qui sont les siens, les incertitudes inhérentes à sa nature même, peut-elle trouver sa place dans un système de santé organisé de fait en fonction des logiques de la réparation, de l'offre de soins, de la spécialisation et de la technicisation médicales, de la régulation à court terme ?

C'est le défi auquel devra répondre le système de santé français en ce début de vingt-et-unième siècle. Et la question que l'inspection générale des affaires sociales a souhaité explorer dans le cadre de son rapport annuel.

*

* *

Dans cette perspective, le présent rapport s'efforce de cerner dans leur diversité et leur complexité les enjeux de la prévention ; de poser un diagnostic sur l'adaptation du système de santé aux exigences de cette dimension majeure de la santé publique ; de procéder à une analyse critique des politiques publiques menées en ce domaine au cours des dernières années ; et enfin de tracer les orientations de nature à réaliser un véritable changement de perspective pour la politique de santé et à créer les conditions d'une politique de prévention durable.

Méthode

Le thème du rapport public 2003 a été choisi début 2002, en accord avec les ministres à l'issue d'une concertation ayant mobilisé l'ensemble des membres de l'Inspection générale.

En mars 2002, une assemblée générale de tous les membres de l'inspection a permis de lancer les premières pistes de réflexion. Cette année, nous avons choisi de convier un certain nombre de personnalités scientifiques pour nous aider à asseoir nos choix d'investigations. Le programme de cette réunion figure en annexe 1.

Le champ de la prévention sanitaire est immense. Aussi a-t-il fallu faire des choix.

En premier lieu, il a été décidé de traiter de la prévention plutôt que de la sécurité sanitaire, qui, à maints égards, constitue un univers spécifique tant du point de vue de la nature des risques (l'exceptionnel plutôt que le chronique, le collectif plutôt que le comportemental, l'accident plutôt que la maladie) que des principes mis à l'œuvre (la précaution plutôt que la prévention). En second lieu, même délesté de la dimension de la sécurité sanitaire, le champ de la prévention ne pouvait faire l'objet d'une approche exhaustive. Il est beaucoup trop vaste, beaucoup trop polymorphe, pour se prêter, dans le cadre d'une enquête à temps et ressources limités, à une analyse complète.

En juin 2002, sept missions d'enquêtes thématiques ont été lancées :

- deux missions transversales, l'une sur les métiers de la prévention, l'autre sur des comparaisons internationales, ont travaillé « à façon » pour les autres missions, décrivant notamment comment les différents secteurs explorés en France l'étaient dans les trois pays visités par la mission internationale, la Finlande, le Québec et le Royaume-Uni ;
- cinq missions ont enquêté sur des politiques de prévention menées soit en direction de populations (enfance et adolescence) de milieux (pollutions, santé au travail), de risques particuliers (SIDA, infections sexuellement transmissibles et tuberculose), ou de vecteurs particuliers de risques et de prévention (nutrition et équilibre de vie).

Les deux rapporteurs généraux ont pour leur part été chargés d'une mission d'investigation sur l'économie générale de la prévention, préparatoire au rapport de synthèse, et de la rédaction du rapport public proprement dit.

Enfin, trois « lecteurs généraux » ont procédé à une analyse critique du texte.

Toutes les équipes se sont déplacées sur le terrain, dans deux à quatre régions, et ont rencontré les services déconcentrés, directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et directions régionales du travail de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) ; les représentants des rectorats, des directions régionales de l'industrie et de la recherche (DRIRE), les collectivités locales (villes, départements et régions), des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) ; les professionnels, dont ceux des services de médecine préventive, des comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (CRES et Codes), les responsables des politiques de prévention, notamment à la direction générale de la

santé, mais aussi dans d'autres ministères ainsi que de multiples personnalités qualifiées ont répondu à des questions très approfondies.

Le travail d'enquête de l'IGAS est enrichi par toutes ces collaborations, que toutes les personnes qui ont ainsi participé à ce rapport en soient remerciées.

Les équipes se sont réunies régulièrement, pour confronter méthodes, difficultés premiers résultats, propositions. Les rapports thématiques ont été terminés en février 2003. Leurs résumés figurent en annexe 2.

Tant du point de vue de la méthode d'investigation que du cadrage du thème (très large ou au contraire circonscrit) et bien sûr des interlocuteurs rencontrés, les équipes ont procédé de manière très diversifiée.

Néanmoins, il est frappant de voir combien les principaux constats des enquêtes thématiques, repris dans le présent rapport, convergent vers les mêmes grandes orientations : la nécessité de doter la recherche d'un pôle fort et indépendant, de renforcer la surveillance, de réorienter la médecine préventive vers « l'évaluation du risque du milieu » ; de mieux intégrer la prévention et les soins.

Sur l'organisation des politiques de prévention, si tous les rapports constatent qu'elle est actuellement éclatée et que les rivalités institutionnelles obèrent parfois son efficacité, un consensus se dégage également pour recentrer l'action de l'État sur ses compétences stratégiques et de garant de la sécurité et de la surveillance sanitaire plutôt que celles de maître d'œuvre direct des actions sur le terrain. Il peut ensuite y avoir eu des divergences sur telle ou telle proposition concrète : d'abord parce que les thèmes étaient très différents et appelaient des solutions propres, ensuite parce que, c'est la force de l'IGAS peuvent s'exprimer dans toute leur diversité les différences de sensibilité de ses membres. Ce que pourront constater les lecteurs qui souhaiteront se reporter aux rapports thématiques eux-mêmes.



Première partie

Des enjeux d'importance et de complexité croissantes



Jamais sans doute la population des pays industrialisés les plus développés n'avait atteint un aussi haut niveau de santé qu'en ce début de vingt-et-unième siècle. Trois grandes évolutions y ont concouru : la mise en place de régimes de protection sociale faisant appel à une large solidarité, grâce auxquels ont pu se développer des systèmes de santé efficaces et accessibles aux plus grand nombre ; les progrès médicaux, scientifiques et technologiques qui n'ont cessé d'augmenter depuis la fin du dix-neuvième siècle ; un développement économique et culturel sans précédent, avec l'énorme amélioration du niveau et des conditions de vie qu'il a engendrée.

Les découvertes médicales et thérapeutiques, les améliorations spectaculaires des méthodes d'imagerie et des techniques d'intervention de plus en plus perfectionnées et de moins en moins invasives, offrent chaque jour aux personnes des chances nouvelles de vivre en bonne santé et plus longtemps. Les seules limites à ce progrès sans fin dans lequel sociétés et gouvernants semblaient montrer une foi inébranlable, n'ont longtemps paru qu'économiques. La part de la richesse nationale consacrée à la santé et, de façon générale, aux politiques sociales au sens large, a commencé à devenir dans les années soixante-dix un sujet de débat et une préoccupation constante des États, en France comme ailleurs. Puis, les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, marquées par l'apparition du SIDA, face auquel il a fallu recommencer à réfléchir autrement qu'en termes exclusifs de thérapeutique de pointe, et la survenue de crises sanitaires qui ont durement touché la France, ont montré les limites et l'envers d'un progrès industrialisé et mal maîtrisé. A ces enjeux économiques et de sécurité sanitaire, qui ont dominé la réflexion sur les politiques de santé dans le dernier quart du vingtième siècle, s'ajoutent de façon croissante depuis plusieurs années et de façon aiguë aujourd'hui, les enjeux éthiques auxquels nous confrontent la révolution du génie génétique et des biotechnologies.

Et voici que, à l'heure des biotechnologies et de la médecine prédictive, les pays riches sont amenés à repenser les fondamentaux de leur politique de santé publique. La montée du consumérisme sanitaire, des valeurs d'hédonisme, le développement du culte du corps et l'intérêt croissant de la société pour la santé, l'élévation générale du niveau de connaissances, la confrontation avec d'autres pays et d'autres approches médicales engendrent la revendication d'un droit à la santé dépassant même la simple exigence de sécurité. Cela ne va pas sans déstabiliser une médecine jusqu'alors protégée par sa technicité et des systèmes de santé qui se découvrent impuissants à anticiper les conséquences de leurs propre développement ou à juguler des pathologies trouvant leur origine dans les modes de vie contemporains. Du risque iatrogène à la résistance des agents infectieux aux antibiotiques, de l'obésité aux maladies du vieillissement, des pollutions aux effets sanitaires des conditions de travail, les défis proposés par la modernité se multiplient. Sans compter les changements du rapport collectif et individuel au risque : déni et fascination coexistent

Des enjeux d'importance et de complexité croissantes

pour exiger à la fois plaisir immédiat et sécurité totale. La politique de santé est dès lors à la recherche de nouveaux objectifs, de nouveaux critères d'évaluation, de nouveaux modes de régulation. La santé publique et la prévention retrouvent leur importance.

Chapitre 1

Les problèmes de santé publique actuels mettent en relief l'importance des politiques de prévention

Comprendre pourquoi la prévention est un déterminant important de l'état de santé des français, inscrire cette analyse dans un contexte international de développement de la promotion de la santé, analyser ensuite les caractéristiques et les limites d'une politique publique de prévention permettra de définir quels en sont les enjeux.

Une tendance commune à la plupart des pays développés, l'amélioration des indicateurs d'état de santé de la population

Une augmentation générale de l'espérance de vie dans tous les pays riches

Le rapport sur la santé pour 2002 du bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) souligne les similitudes entre les pays d'Europe occidentale, en termes d'espérance de vie, de causes de mortalité et d'évolution des modes de vie. Si l'on s'en réfère aux indicateurs synthétiques de mortalité et d'espérance de vie, l'état de santé de la population s'est considérablement amélioré depuis trente ans, même s'il reste menacé par des pathologies spécifiques aux pays développés.

Au cours des dernières décennies, l'ensemble des pays développés, et singulièrement les pays occidentaux et le Japon, ont bénéficié d'une amélioration de leurs principaux indicateurs synthétiques de santé (espérance de vie et taux de mortalité).

En près de trente ans, l'espérance de vie à la naissance ¹, hommes et femmes réunis, est passée de 70 ans environ en 1970 à 80 ans environ en 1999. La France n'a pas échappé à ce mouvement, puisque l'espérance de vie moyenne à la naissance y était de 78,8 années en 2000. (Cf. tableau n° I ci-après).

Un constat similaire peut être fait pour l'espérance moyenne de vie à 65 ans, qui, dans les pays les plus performants du point de vue de cet indicateur, approchait ou dépassait 20 années pour les femmes et 16 années pour les hommes en 1999.

Au sein de l'Union européenne, entre 1970 et 1998, l'augmentation moyenne de l'espérance de vie à été de plus de six années à la naissance (6,6 années pour la France), de près de cinq années à quinze ans, de plus de trois années à soixante-cinq ans.

Tableau n° I : Evolution de l'espérance de vie à la naissance dans 13 pays parmi les plus développés, femmes et hommes, 1970-2000

PAYS	1970	1980	1990	1999	2000
Japon	72,5	76,1	78,9	80,5	81,1
Suisse	73,8	76,2	77,4	79,7	N D
Suède	74,7	75,8	77,6	79,5	79,7
Canada	N D	N D	77,1	79,0	N D
Australie	70,8	74,6	77,0	79,0	79,3
France	72,2	74,3	76,9	78,8	
Espagne	72,0	74,3	76,9	78,7	N D
Norvège	74,2	75,8	76,6	78,4	78,7
Pays-bas	73,7	75,9	77,0	77,9	78,1
Allemagne*	70,4	72,9	75,2	77,7	N D
Finlande	70,8	73,4	74,9	77,4	N D
Royaume-Uni	71,9	73,2	75,7	77,4	N D
États-Unis	70,9	73,7	75,3	76,7	N D

Source : Eco-Santé, OCDE 2002 – OCDE – CREDES

L'espérance de vie en bonne santé, indicateur désormais utilisé par l'OMS pour mesurer le niveau de la situation sanitaire des pays membres, a suivi une courbe favorable comparable ². Selon le rapport sur la santé du bureau européen de l'OMS précité, la plupart des pays industrialisés d'Europe occidentale enregistrent en 2000 une espérance de vie en bonne santé à la naissance d'environ soixante-dix ans, soit le niveau atteint trente ans plus tôt par l'espérance de vie à la naissance dans son acception classique.

¹ L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre, en supposant que les taux de mortalité par âge restent constants.

² L'espérance de vie en bonne santé (qui remplace la notion « d'espérance de vie corrigée de l'incapacité ») tient compte à la fois de l'espérance de vie (mesure composite de la mortalité) et d'une estimation des années passées en mauvaise santé, corrigées de la gravité de l'état de santé.

La France très bien placée en termes d'indicateurs globaux

La France peut s'enorgueillir de s'être dotée d'un système de santé que l'OMS, à partir d'un ensemble complexe d'indicateurs quantitatifs et de critères qualitatifs³, a classé en 2000⁴ comme le plus performant.

Il convient de rappeler à cet égard que la France consacre à la santé quelque 9,1 % de sa richesse nationale (140 milliards d'euros en 2000), ce qui en fait le quatrième pays pour le montant des dépenses de santé rapporté au produit intérieur brut (PIB), derrière les États-Unis (13 %), la Suisse (10,7 % en 1999) et l'Allemagne (9,5 %)⁵. Notre pays a en outre procédé au cours de ces dernières années à plusieurs réformes d'envergure, en particulier destinées à améliorer l'accès aux soins et à lutter contre l'exclusion (instauration de la couverture maladie universelle – CMU – en 1999), à faciliter la prise en charge des personnes dépendantes (instauration de l'allocation personnalisée d'autonomie – APA – en 2001), à enrichir la démocratie sanitaire (loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de soins).

Indéniablement, cet effort produit des résultats, puisque la France possède parmi les meilleurs indicateurs globaux du monde. Parmi les plus significatifs, rappelés notamment dans le dernier rapport du Haut comité de la santé publique, il convient de relever :

- une espérance de vie à la naissance de soixante-dix-huit ans, la quatrième au sein de l'Union européenne et l'une des meilleures au monde ;
- un taux brut de mortalité, 9,1 décès pour 1000 en 2000, qui est l'un des meilleurs enregistrés dans les pays développés, derrière le Japon (7,4/1000), la Suisse (8,7/1000) et les Pays-Bas (8,8/1000) ;
- une mortalité infantile qui a diminué de moitié en sept ans, et se situe désormais à un niveau très bas (cinq décès d'enfants avant leur premier anniversaire sur mille enfants nés) ;
- une espérance de vie à soixante-cinq ans élevée, plus de seize ans pour les hommes, vingt ans pour les femmes, nettement la meilleure au sein de l'Union européenne ;
- un taux de mortalité cardiovasculaire relativement bas, en tout cas le moins élevé de l'Union européenne, et qui a continué à décroître au cours des dernières années, à la fois sous l'effet des efforts de prévention des facteurs de risques (plan national de lutte contre les maladies vasculaires, plan national de prise en charge du diabète), et des progrès thérapeutiques, médicaux et chirurgicaux

³ L'espérance de vie corrigée de l'incapacité les inégalités de santé, mesurées à travers la mortalité et les incapacités ; la capacité de réponse aux attentes de la population, évaluée à partir d'une enquête menée auprès de professionnels de santé ; l'égalité de la réponse donnée aux attentes de la population ; l'équité de la contribution financière et la protection sociale contre le risque financier.

⁴ Rapport de l'OMS : La santé dans le monde -2000.

⁵ Source : OCDE 2002.

(même si les maladies cardiovasculaires continuent à constituer, tous âges et sexes confondus, la première cause de décès, devant le cancer).

Une importante mortalité prématurée évitable en France

La position favorable de la France en matière de mortalité et d'espérance de vie par rapport à celle des autres pays développés s'explique surtout par la faible mortalité des personnes âgées.

En effet, au regard de la mortalité prématurée évitable, indicateur qui exprime le risque de décès avant soixante-cinq ans, la France se situe dans une situation moins flatteuse, et même critique pour la mortalité prématurée évitable des hommes, l'une des plus élevées d'Europe après celle du Portugal, et 2,5 fois plus élevée que celle des femmes. Les décès avant soixante-cinq ans représentent un cinquième du total des décès, soit 110 000 décès par an en 1998 (70 % pour les hommes, 30 % pour les femmes).

Certes, le calcul du taux de mortalité prématurée et surtout du taux de mortalité prématurée évitable est sujet à débat.

Tel quel, cet indicateur a néanmoins, s'il est assorti de précautions de lecture, le mérite de permettre des évaluations plus riches que le seul indicateur d'espérance de vie.

Pour une grande part, cette mortalité prématurée est donc susceptible d'être prévenue à la fois :

- par un meilleur dépistage et, plus généralement, une meilleure prise en charge par le système de soins, de nature à réduire le nombre de décès prématurés dus aux cardiopathies, aux cancers du sein, aux maladies vasculaires et à l'hypertension, par exemple ;
- par une action sur les risques liés aux comportements (conduite dangereuse sur la route, consommation de tabac, d'alcool...), de nature à diminuer la prévalence des décès dus aux cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures (VADS), aux accidents de la circulation, aux chutes accidentelles, aux suicides, au SIDA, etc.

Dans un document préparatoire ⁶ au projet de loi relatif à la politique de santé publique établi à l'attention du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le Haut comité de la santé publique a identifié :

⁶ Recueil des principaux problèmes de santé en France, HCSP, décembre 2002.

Mortalité prématurée, un indicateur qui mérite d'être manié avec précaution ⁷

« ... Les responsables de la santé publique s'intéressent de plus en plus en France, comme dans la plupart des pays comparables, à la mortalité prématurée, définie comme la mortalité survenant avant 65 ans. Sur quoi doit-on agir pour que les individus ne décèdent pas avant les âges extrêmes de la vie ?...

Pour pouvoir effectuer une analyse pertinente de la mortalité évitable, il est donc nécessaire de disposer des taux de mortalité standardisés chez les moins de 65 ans, seuil généralement retenu....

Tous les décès avant 65 ans sont-ils évitables ?

L'évitabilité est liée aux comportements à risque des patients, aux pratiques de prévention et de dépistage ainsi qu'au système de soins. Elle dépend également de la nature de la maladie.

L'étude de la mortalité prématurée évitable implique nécessairement d'en préciser les contours et les méthodes de calcul utilisées. Cette exigence paraît d'autant plus justifiée qu'elle peut être l'objet de définitions différentes selon les auteurs.

Il faudrait donc adopter des critères homogènes et clairs, accessibles à tous et ayant fait l'objet d'un consensus. Seule la définition de tels critères permettra d'effectuer des comparaisons sur différentes échelles géographiques ainsi que dans le temps.

Nous constatons qu'il est difficile d'analyser l'évolution d'un taux de mortalité pour une seule pathologie

Parce que les causes de décès interagissent entre elles

Parce que certaines pathologies sont « décalées » dans le temps....

Seule l'évolution future d'une maladie potentiellement mortelle et liée à une exposition présente de facteurs de risques peut faire l'objet de prédiction de tendance sur le long terme. Encore faut-il que cette exposition soit continue ».

S'ajoutent à cette imprécision des concepts estimés scientifiques, les problèmes liés à la qualité des données. Ainsi en termes de mortalité, la sous déclaration des morts violentes, l'importance des causes de mortalité non renseignées (autres)...

– quatorze problèmes de santé et pathologies pouvant être des priorités de santé publique : accidents de la circulation, accidents de la vie courante, allergies et asthmes, cancers, démences, douleurs, telles que le mal de dos et les céphalées, maladies professionnelles et accidents du travail, maladies cardiovasculaires, maladies sexuellement transmissibles, ostéoporose et ménopause, affections liées à la périnatalité, affections bucco-dentaires, troubles sensoriels, problèmes de santé mentale (dépression, suicide et pathologies mentales) ;

⁷ Reprise de la contribution de l'observatoire régional d'Ile de France à la consultation régionale pour la préparation de la loi quinquennale.

- deux domaines de la santé dans lesquelles l'amélioration des conditions de recours au système de soins constitue une priorité de santé publique : interruption volontaire de grossesse (IVG) et couverture vaccinale pour la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR) ;
- quatre problèmes de santé, facteurs de risque de pathologies évitables : diabète, dyslipidémies, hypertension artérielle, surpoids et obésité ;
- sept autres déterminants⁸, facteurs de risque de pathologie évitables : comportements sexuels à risque, consommation d'alcool, consommation de tabac, consommation de drogues illicites, inégalités sociales et géographiques, malnutrition, risques liés à l'environnement physique et professionnel ;

Parmi ces nombreux grands problèmes de santé publique⁹, plusieurs pathologies et facteurs de risque ont un impact majeur sur la mortalité évitable, et posent avec acuité la question de la place des politiques de prévention, non seulement secondaire (dépistage) et tertiaire (accompagnement des maladies chroniques), mais aussi et surtout primaire.

Les cancers, les accidents et les suicides, principales causes de la mortalité prématurée

Les cancers : une augmentation du risque de plus de 35 % en vingt ans

Avec 150 000 décès par an, les cancers représentent : la deuxième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires (ensemble de la population) ; la première cause de décès chez les hommes (près d'un décès sur trois) ; la deuxième cause de décès chez les femmes (près d'un décès sur quatre) ; la première cause de mortalité avant soixante-cinq ans, avec plus d'un décès prématuré sur trois pour les hommes et presque un décès sur deux pour les femmes.

Les nouveaux cas de cancer touchent pour 60 % d'entre eux l'ensemble de la tranche d'âges 45-74 ans (tous sexes confondus), et pour 56 % les hommes. Toujours selon cette étude, cinq localisations anatomiques regroupent plus de la moitié des nouveaux cas annuels :

- le sein (34 000 cas nouveaux par an) ;
- le côlon et le rectum (33 500 nouveaux cas par an) ;

⁸ Les déterminants sont les facteurs ayant une influence sur l'état de santé, soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs. Il peut s'agir de déterminants liés aux comportements, de déterminants liés à l'environnement (milieu ouvert, domestique et professionnel), de déterminants biologiques, génétiques ou héréditaires, de déterminants sociaux, de déterminants liés aux systèmes de santé.

⁹ Cf. également, le rapport du groupe technique national de définition des objectifs de santé publique, établi en février 2003 sous la direction de la direction générale de la santé (DGS) en collaboration avec l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), qui recense l'ensemble des déterminants, pathologies et problèmes de santé responsables de morbidité et de mortalité évitable, et, pour chacun d'eux, les connaissances disponibles ou manquantes, ainsi que les stratégies de santé publique envisageables.

- la prostate (26 500 nouveaux cas par an) ;
- le poumon (22 000 nouveaux cas par an) ;
- les voies aérodigestives supérieures (22 000 nouveaux cas par an).

Pour 170 000 nouveaux cas incidents de cancer enregistrés en France en 1980, on en a dénombré 278 000 en 2000, soit une augmentation de plus de 60 %, liée en partie au vieillissement de la population, mais également à une augmentation du risque estimée à plus de 35 %.

Les localisations qui expliquent l'essentiel de l'augmentation du nombre de cas au cours des vingt dernières années sont la prostate et le sein (cancers très liés à l'âge). Toutefois, certains types de cancer sont en augmentation forte, comme les lymphomes, les mélanomes, les cancers de la thyroïde dans les deux sexes, ce qui pose la question de l'influence éventuelle de l'environnement et du milieu professionnel, et le cancer du poumon chez la femme (du fait de l'augmentation du tabagisme féminin).

En revanche le nombre de décès a moins augmenté que ce qui était attendu du fait du vieillissement de la population, ce qui constitue un indice des progrès thérapeutiques et de dépistage réalisés. Ce résultat correspond en fait à une diminution du risque de décès par cancer, estimée à environ 8 %, plus marquée chez la femme que chez l'homme. Les localisations les plus liées à cette diminution sont l'estomac, le côlon et le rectum dans les deux sexes, les voies aérodigestives supérieures chez l'homme, le col utérin chez la femme¹⁰.

L'augmentation relative de l'incidence de certains cancers et, partant, du taux de mortalité prématurée par cancer induit des conséquences importantes en matière de prévention. Prévention des comportements à risques, notamment tabagique, s'agissant de l'augmentation qui ne fait que commencer de l'incidence du cancer du poumon chez les femmes et en général des cancers des voies aéro-digestives supérieures, pour lesquels il existe peu de traitements efficaces ; amélioration de la qualité des dépistages des cancers pour lesquels le traitement précoce est efficace : cancer du sein, avec une meilleure diffusion de ce dépistage vers les populations à risque (notamment du fait de l'âge) ; cancer du col de l'utérus, par la généralisation du dépistage à toutes les femmes à partir de 25 ans¹¹ ; enfin, amélioration de la connaissance et de la surveillance des risques collectifs liés à l'environnement, y compris professionnel, du fait de l'augmentation jusqu'ici inexpliquée de l'incidence de certains cancers.

¹⁰ Rapport sur la surveillance épidémiologique des cancers, fourni dans le cadre du rapport de la commission d'orientation du cancer, L. Cherie-Challine, I.N.V.S.

¹¹ Il y a encore 5000 décès par an par cancer du col de l'utérus, alors que ce cancer traité tôt guérit ; le dépistage est socialement inégal.

Les accidents de la circulation : la mortalité routière la plus élevée de l'Union européenne

La mortalité générale entre 25 et 44 ans est en France de 234 pour 100 000 ; elle est de 128 pour 100 000 en Angleterre. Pour l'essentiel, cet écart est dû à l'importance des décès par accident de la circulation ou du travail et, dans une moindre mesure, par suicide, ces trois causes de décès expliquant l'ampleur de la surmortalité masculine prématurée constatée dans notre pays.

Après la Finlande, la France présente en effet le nombre de décès d'origine traumatique (accidents et suicides) le plus important de l'Union européenne : 58,1 décès standardisés pour 100 000 hommes ou femmes (tous âges confondus) en 1988¹². Ce résultat est essentiellement imputable aux hommes : 83,2 décès standardisés d'origine traumatique pour 100 000 hommes en France, contre 52,8 en Italie, 39,2 au Royaume-Uni, 36 aux Pays-Bas.

Les accidents de la circulation, dans les déterminants desquels la consommation d'alcool joue un rôle majeur, représentent de ce point de vue le facteur de risque principal. Selon les données de l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR), en 2001, on a enregistré 116 745 accidents corporels ayant provoqué plus de 8 000 tués à trente jours¹³. Chaque jour, on dénombre en moyenne vingt-deux tués et soixante-quatorze blessés graves¹⁴. Sans doute, sous l'effet des mesures de prévention et de sécurité routière mises en œuvre depuis le début des années soixante-dix (abaissements successifs du seuil légal d'alcoolémie au volant, port obligatoire de la ceinture de sécurité et du casque, instauration du permis de conduire à points, campagnes de communication, etc.) le nombre de blessés de la route a pu être divisé par 2,2 au cours des vingt dernières années, et celui des tués à six jours par 1,6. La France n'en continue pas moins à présenter, de manière constante depuis deux décennies, l'un des taux de mortalité routière, tant rapportée à la population qu'à la mobilité (nombre de kilomètres parcourus par habitant), les plus mauvais d'Europe. (Cf. tableau n° III ci-dessous.)

Tableau n° II : Nombre de tués de la route à 30 jours par million d'habitants dans les quatre plus grands pays de l'Union européenne par la population et la superficie

	Année 1990	Année 1994	Année 1999	Evolution 1990/1999
Royaume-Uni	94	65	60	-36,0 %
Allemagne	126	121	95	-24,6 %
France	199	156	143	-28,1 %
Espagne	232	144	146	-37,0 %

Source : Bernard Junot, Ecole nationale de la santé publique, pour le HCSP

¹² 68,6 pour la Finlande, 35,9 en Italie, 27,4 au Royaume Uni, 26,5 aux Pays Bas ; Source : Eco-Santé, OCDE 2002

¹³ 7 720 tués à 6 jours, 8 160 à 30 jours.

¹⁴ Un blessé est considéré comme grave lorsque son état nécessite plus de six jours d'hospitalisation.

Les accidents de travail et les maladies professionnelles : une réalité sous-estimée

La focalisation légitime, du fait de leur importance et de leur caractère dramatique, sur les conséquences sanitaires des accidents de la voie publique, ne doit cependant pas occulter l'impact des accidents de travail, dont le nombre reste élevé depuis de nombreuses années, malgré une diminution régulière (d'un tiers entre 1970 et 2000), et celui des maladies professionnelles, dont les experts s'accordent à dire qu'elles ne font pas, dans l'ensemble, l'objet d'une juste reconnaissance. Ainsi les cancers dus à l'amiante : alors que selon une estimation prudente, le nombre de décès dus à une exposition à ce produit serait de presque 2 000 personnes en 1996, seulement 413 cancers d'origine professionnelle attribués à l'amiante ont été reconnus par le régime général de sécurité sociale en 1998.

Les suicides : un manque de données d'analyse

Le suicide, qui ne constitue qu'un versant parmi de nombreux autres de l'enjeu de santé publique que représente l'ensemble des troubles mentaux¹⁵, a causé plus de 10 000 décès en 1999, soit 2 % des causes de décès (chiffre probablement sous-évalué, de l'ordre de 20 à 25 % selon certains experts, en raison d'un nombre de déclarations inférieur à celui des cas réels). La mortalité par suicide est la deuxième cause de décès pour la tranche d'âge 15-24 ans, la première pour la tranche d'âge 25-34 ans, et elle ne diminue pas.

On estime par ailleurs à 160 000 le nombre annuel de tentatives de suicide. En France, le taux standardisé de mortalité par suicide des hommes et des femmes est non seulement parmi les plus élevés de l'Union européenne, après la Finlande et l'Autriche, mais présente un écart considérable avec les taux affichés par les pays les mieux classés pour cet indicateur : 15,4 décès standardisés par suicide pour 100 000 en France, 11,7 en Allemagne, 6,9 au Royaume-Uni, 6,3 en Italie, 4,7 au Portugal.

¹⁵ Tous les suicides ne sont pas des symptômes d'un trouble mental, mais nombre d'entre eux, notamment ceux des jeunes gens et filles pourraient être évités par une prise en charge précoce de la souffrance psychologique et un dépistage des pathologies mentales, telles la psychose maniaco-dépressive, la schizophrénie...

Des inégalités sociales de santé marquées

Des inégalités sociales et spatiales de santé

Ainsi que l'a mis en évidence le Haut comité de la santé publique dans son dernier rapport (La santé en France, 2002, précité), ces inégalités constituent un autre aspect du « paradoxe français ». Alors que les dépenses de santé sont dans notre pays parmi les plus élevées du monde, et qu'il est reconnu par l'OMS comme possédant l'un des systèmes de santé les plus performants, grâce notamment à l'étendue de sa couverture sociale et à la possibilité accordée à tous d'accéder aux soins, la France est caractérisée par de fortes inégalités sociales et spatiales de santé.

Complètes pour la mortalité et quelques éléments de morbidité, les informations disponibles sur l'état de santé en fonction du milieu social laissent encore dans l'ombre de nombreux paramètres des inégalités de santé.

Du point de vue de la mortalité et de l'espérance de vie, ces inégalités de santé sont marquées, à la fois entre :

- sexes : l'écart d'espérance de vie entre femmes (82,7 années) et hommes (75,2 années) est de 7,5 ans ;
- catégories sociales : la mortalité prématurée des ouvriers est trois fois supérieure à celles des cadres et membres d'une profession libérale ; l'écart masculin d'espérance de vie à trente-cinq ans entre ces derniers (44,5 années) et les ouvriers non qualifiés (38 années) est supérieur à six ans ;
- régions¹⁶ : l'écart d'espérance de vie à la naissance entre un homme de Midi-Pyrénées (76 années) et un homme du Nord-Pas-de-Calais (71 années) est de cinq ans.

Sans doute, l'existence d'inégalités de santé importantes entre catégories socio-économiques est-elle un trait commun des pays industrialisés disposant de données exploitables en ce domaine¹⁷. Sans doute aussi ces inégalités y sont-elles dans l'ensemble d'ampleur comparable. Il existe cependant des particularités nationales, et incontestablement, françaises.

Des différences sociales de mortalité prononcées

L'inégalité des français devant la mort est une situation ancienne et connue, qui évolue peu, si ce n'est dans le sens d'une certaine aggravation. Si l'on doit

¹⁶ La notion d'inégalités régionales est complexe, une large fraction de ces inégalités étant à renvoyer sur les inégalités sociales et économiques.

¹⁷ Maeknabach et al., 2002.

interpréter avec prudence les indicateurs d'évolution des écarts de mortalités entre groupes sociaux, en raison de problèmes de méthode liés aux modifications intervenant dans le temps dans la composition et la taille relative de ces groupes sociaux, les études récentes¹⁸ tendent à indiquer que pour certaines catégories les écarts de mortalité se sont plus creusés que réduits en vingt ans (cf. tableau n° IV ci-dessous).

Comme l'écrivent Marcel Goldberg, Maria Melchior, Annette Leclerc et France Lert dans un article récent¹⁹ : « *Le constat d'inégalités sociales de santé et l'intérêt qui y est porté sont forts anciens... mais ils ont pris durant les vingt (dernières) années une dimension nouvelle, tant les faits observés d'une façon plus fine qu'auparavant ont suscité de nombreuses questions de recherche. C'est, notamment, l'observation épidémiologique d'une persistance, voire d'une aggravation, des inégalités sociales de santé, qu'il s'agisse de l'état de santé à travers des indicateurs d'incidence, de létalité et de mortalité, ou du recours à la prévention, au dépistage et aux soins, et pour des problèmes de santé de plus en plus diversifiés, qui a amené à poser des questions renouvelées sur ces inégalités.* »

Ainsi, selon les données de l'INSERM, la surmortalité des ouvriers et employés par rapport aux cadres supérieurs et membres des professions libérales a augmenté, passant du multiplicateur 2,6 au cours des années 1979-1985 à 2,9 au cours des années 1987-1993.

Cette analyse semble confirmée par d'autres études (Mesrine), comme en témoigne le tableau ci-après.

Tableau n° III : Evolution de la mortalité des hommes en France selon les groupes sociaux de 1975 à 1995			
	1975-1980	1982-1987	1990-1995
Agriculteurs exploitants	1,3	1,2	1,3
Artisans, commerçants	1,4	1,3	1,3
Cadres et professions libérales	1	1	1
Professions intermédiaires	1,2	1,2	1,2
Employés	2,0	1,9	2,2
Ouvriers qualifiés	1,9	1,8	2,0
Ouvriers non qualifiés	2,6	2,5	2,4

Source : HCSP, d'après Mesrine

¹⁸ Mesrine, in Haut comité de santé publique, inégalités et disparités de santé en France, 2002 ; les Inégalités sociales de santé, ouvrage collectif de l'INSERM, 2000.

¹⁹ Marcel Goldberg et al., Les déterminants sociaux de santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé, in Sciences sociales et santé, décembre 2002.

Si la surmortalité des ouvriers non qualifiés par rapport aux cadres, qui était très importante au début des années soixante-dix, a diminué, et si celle des représentants des professions indépendantes s'est stabilisée, la surmortalité des employés et des ouvriers qualifiés, qui représentent le cœur des classes moyennes en France, semble bien s'être dégradée.

Si on la compare à d'autres pays développés, la France est mal placée pour certains indicateurs, notamment de mortalité. Par exemple, la différence de mortalité entre les hommes exerçant une activité manuelle et les autres y est la plus forte d'Europe : dans la tranche d'âge 45-59 ans, elle est deux fois plus importante que dans des pays comme l'Italie, l'Espagne, le Portugal, la Suède, le Danemark. Nombre d'études réalisées au cours de ces dernières années montrent non seulement que les écarts observés en France sont plutôt supérieurs à ceux constatés dans les pays européens²⁰, mais encore qu'ils ont tendance, pour certains déterminants ou pathologies, à s'accroître. Ainsi, alors que les écarts sociaux de mortalité par maladies coronariennes chez les hommes actifs de trente-cinq à cinquante-quatre ans étaient réduits en France en 1970, en 1990 on observe pour ce type de mortalité un risque nettement accru pour les ouvriers par rapport aux cadres, puisque multiplié par 1,8²¹.

Une étude comparative des taux de mortalité respectifs des travailleurs manuels masculins et des travailleurs non manuels masculins en Europe²² tend à montrer, à partir de quatre types de pathologie, que la France se situe bien dans une position défavorable :

Tableau n° IV : Rapports entre le taux de mortalité des hommes travailleurs manuels et celui des travailleurs non manuels âgés de 45 à 59 ans en Europe.				
	Cancer du poumon	Autres cancers	Pathologies cardiovasculaires	Pathologies gastro-intestinales
France	1,65	1,75	1,14	2,20
Angleterre, Pays de Galles	1,54	1,07	1,50	nd
Irlande	1,95	1,17	1,23	1,08
Finlande	2,20	1,14	1,47	1,37
Suède	1,46	1,11	1,36	1,58
Norvège	1,62	1,15	1,35	1,42
Danemark	1,51	1,09	1,28	1,65
Suisse	1,73	1,29	0,96	1,62
Italie	1,26	1,17	1,08	1,85
Espagne	1,38	1,31	0,98	1,59
Portugal	1,07	1,15	0,76	1,59

Source : Kuntz, 1997

²⁰ Drever et al. 1996 ; Kuntz, 1997.

²¹ Lang et Ribet, 2000.

²² Kuntz, 1997.

Pour les décès dus à des maladies cardiovasculaires – l'on retrouve ici un reflet de la spécificité française d'un taux de mortalité cardiovasculaire global inférieur à celui des autres pays européens –, la France occupe une position moyenne en Europe, mais derrière les autres pays méditerranéens. Ce résultat est à rapprocher d'un autre constat : la mortalité due aux maladies coronariennes a globalement diminué en France, de 32 % entre 1970 et 1990, grâce à l'amélioration indéniable de la prévention et de la prise en charge. Cette amélioration a cependant davantage profité aux cadres qu'aux employés et ouvriers, puisque par rapport à un cadre, le risque de mourir d'une maladie coronarienne est encore multiplié par 1,8 pour un ouvrier, et par 3,5 pour un employé.

Pour les autres causes médicales de décès de l'étude, la France présente l'écart de mortalité de loin le plus élevé pour deux pathologies, les cancers autres que celui du poumon et les pathologies gastro-intestinales, et le quatrième écart le plus important des pays de l'échantillon pour le cancer du poumon. Pour ce cancer, le risque est deux fois plus important pour un salarié ayant des tâches d'exécution que pour un cadre ²³.

Les inégalités de morbidité : peu de données françaises

Comme indiqué précédemment, il existe assez peu de statistiques sur les inégalités sociales de morbidité. Cependant, quelques données disponibles montrent que les inégalités sociales de santé se maintiennent dans des domaines spécifiques considérés comme prioritaires par la politique de santé. Trois exemples tirés des travaux du Haut comité :

- dans le domaine de la périnatalité : en fonction du niveau scolaire de la mère, le taux de prématurité varie du simple au triple, le poids de l'enfant à la naissance du simple au double ;
- dans le domaine du SIDA : 32 % des maghrébins et 54 % des africains vivant en France ignorent leur séropositivité au moment où ils tombent malades, contre 21 % des personnes de nationalité française (cf. infra, §) ;
- dans le domaine du handicap : à handicap de gravité équivalente, la proportion d'enfants handicapés entrant en institution est trois fois plus élevée chez les ouvriers et employés que chez les cadres et membres des professions intermédiaires. Ce qui ne traduit pas forcément une inégalité dans l'incapacité, mais sûrement dans sa prise en charge et peut-être d'ailleurs un effet pervers de notre système de prise en charge.

Les inégalités sociales de santé recouvrent toutefois des phénomènes complexes. Moins prononcées en France chez les femmes, elles s'expriment parfois au détriment des classes sociales élevées : s'agissant du cancer du sein, par exemple, ce sont les femmes issues d'un milieu favorisé qui apparaissent les

²³ (Leclerc et al., Inserm, Inégalités sociales de santé, précité).

plus à risque, même si les écarts tendent à se réduire, probablement sous l'effet de la politique de dépistage. Il existe par ailleurs des différences dans l'expression des inégalités selon les milieux : ce sont surtout les maladies cardio-vasculaires qui montrent un fort gradient social dans les pays du nord de l'Europe, alors que ce sont essentiellement les cancers qui sont dans ce cas en Europe méridionale. (Goldberg et al., précité.)

L'analyse de l'ensemble de ces données comme de la littérature française et étrangère ne permet pas d'expliquer précisément les déterminants sociaux de la santé. Elle suggère cependant qu'il existe certainement plusieurs voies d'explication et de compréhension de ces phénomènes, et qu'elles méritent une stratégie de recherche ambitieuse. Car le tout n'est pas de constater que les comportements à risque (tabagisme, alcoolisme par exemple) sont socialement stratifiés, pour agir efficacement, il faut pouvoir expliquer pourquoi ils le sont. De plus, ce phénomène doit conduire autant à accentuer les efforts faits pour faciliter l'accès aux soins de prévention pour tous qu'à rappeler qu'une action sur les modes de vie, le logement, l'éducation, les conditions de travail, de transport est souvent aussi, sinon plus efficace qu'une extension du domaine des soins.

La montée des facteurs de risque liés aux modes de vie des pays contemporains

La progression des maladies chroniques liées au vieillissement et des pathologies liées à la santé mentale, ainsi que la réapparition de maladies infectieuses mettent en évidence l'importance des facteurs de risque liés aux modes de vie dans les problèmes contemporains de santé publique.

Consommation de tabac et d'alcool, deux facteurs importants de risque de pathologies évitables

L'adoption de la loi Evin a constitué une étape clé pour la politique de santé publique dans le domaine de la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme²⁴. Pour la première fois en France, le législateur encadrait sévèrement les conditions de promotion et de consommation du tabac et de l'alcool : interdiction de toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac ; réglementation précise de la taille et du contenu des informations figurant sur les unités de conditionnement ; interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif ; encadrement juridique de

²⁴ Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

la publicité en faveur des boissons alcoolisées ; renforcement des mesures de protection des mineurs à l'égard de la distribution d'alcool. Cette loi a incontestablement été un signal, l'occasion d'une prise de conscience collective sur les dangers du tabac et de l'alcool, une source d'inspiration et de stimulation des initiatives à l'échelle internationale (convention cadre de lutte contre le tabac sous l'égide de l'OMS, déclaration du bureau régional européen de l'OMS sur les jeunes et l'alcool, directives européennes sur l'étiquetage des produits du tabac, recommandation de l'Union européenne sur les jeunes et l'alcool).

En un peu plus d'une décennie, les dispositions de cette loi, en particulier dans le domaine de l'alcool, ont été modifiées, enrichies. Le paysage de la lutte contre les addictions s'est profondément modifié. Les missions de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (MILDT), désormais chargée d'une approche transversale de toutes les formes de toxicomanie et de dépendances, ont été élargies au tabac et à l'alcool. Les rapports scientifiques ou administratifs sur les drogues et dépendances se sont multipliés. Les plans gouvernementaux se sont succédés.

Force cependant est de constater que le niveau de la consommation de tabac et d'alcool reste aujourd'hui, en France, un problème prioritaire de santé publique.

La consommation de tabac : des pratiques bien ancrées

A la fin des années quatre-vingt-dix, la France se situait, du point de vue du niveau de consommation, dans une position moyenne au sein de l'Union européenne.

On estime cependant que la consommation de tabac est responsable de 60 000 décès par an (soit plus d'un décès sur neuf), les deux tiers environ de ces décès pouvant être considérés comme prématurés. Selon le Haut comité de santé publique, 21 % des décès masculins, tous âges confondus, seraient attribuables au tabac. Il a été estimé qu'un fumeur régulier sur deux ayant commencé à fumer à l'adolescence mourra d'une cause associée au tabac, dont la moitié avant soixante-neuf ans²⁵.

Nul besoin de dresser la liste exhaustive des pathologies associées au tabac. Il suffit de rappeler que plus du quart des décès par cancer lui sont attribués : 85 % des décès par cancer bronchique ; 54 à 87 % des décès par cancer des voies aérodigestives ; 40 % des décès par cancer de la vessie ; 30 % des décès par cancer du pancréas. En outre, durant les deux dernières décennies, l'incidence du cancer du poumon a augmenté en moyenne de 4,4 % par an chez les femmes, alors qu'elle s'est presque stabilisée chez les hommes (+0,6 % par an).

²⁵ (Rapport du groupe technique national de définition des objectifs de santé publique, direction générale de la santé, février 2003).

Or, la diminution de la consommation de tabac est lente, et inégale selon les âges et les milieux sociaux. Les ventes de tabac ont commencé à diminuer à partir de 1991, d'un peu plus de 11 % entre 1992 et 1997, pour se stabiliser jusqu'en 2001²⁶. En 2002, 37 % des hommes et 30 % des femmes âgés de 15 ans et plus déclarent fumer.

C'est le tabagisme des jeunes qui est le plus inquiétant : leur consommation de tabac est en augmentation, et celle des filles a dépassé celle des garçons (41 % contre 39 % à 17 ans).

Le tabac est un facteur de risque différé. Aussi l'évolution de l'incidence des cancers suit-elle celle de la consommation de tabac, l'incidence actuelle des cancers reflétant par exemple la consommation des années soixante et soixante-dix. La moitié des hommes et des femmes de dix-huit ans étant des fumeurs réguliers, des experts prévoient, sans inversion brutale et massive des pratiques, un doublement des décès masculins et un décuplement des décès féminins, ce qui représenterait quelque 165 000 décès supplémentaires par an du fait du tabagisme. (Rapport du groupe technique national de définition des orientations de santé publique précité)

La consommation d'alcool : la plus élevée de l'Union européenne

On estime entre 35 000 et 45 000 le nombre de décès attribuables²⁷ à la consommation d'alcool, soit environ 10 % de l'ensemble des décès (expertise collective de l'INSERM). Si la mortalité directement liée à l'éthylisme chronique a sensiblement diminué au cours des vingt dernières années, de 40 % environ, on dénombrait encore en 1999 plus de 22 000 décès directement liés à la consommation excessive chronique d'alcool (psychose alcoolique, cirrhose, cancer des voies aérodigestives supérieures), dont huit sur dix concernaient des hommes. De plus, en 1995, on estimait à 2 860 le nombre des décès par accidents de la route attribuables à l'alcool.

On observe depuis la fin des années cinquante une décroissance régulière des ventes d'alcool. Au cours des dix années écoulées, les indicateurs de consommation d'alcool sont en outre relativement stables, aussi bien pour les adultes que pour les jeunes²⁸. La France n'en continuait pas moins à occuper, en 1999, la première place des pays de l'Union européenne pour la consommation d'alcool pur par habitant et par an.

²⁶ En revanche, les six premiers mois de l'année 2002, année qui a été l'occasion d'une nouvelle hausse moyenne du prix du tabac, enregistrent une diminution des ventes de l'ordre de 4,5 %.

²⁷ Il s'agit d'un total regroupant les décès directement attribuables à l'alcool et les fractions de décès attribuables à l'alcool avec d'autres facteurs, tabac, notamment, mais aussi prédisposition génétique, environnement, pas de chance.

²⁸ Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) – Indicateurs et tendances 2002.

Le nombre des consommateurs à problèmes est estimé entre quatre et cinq millions, dont deux millions seraient dépendants. Enfin, la prévalence des problèmes d'alcool parmi les usagers du système de soins a été estimée, en 2000, par la direction de l'évaluation, de la recherche et des études statistiques (DREES) du ministère de la santé, dans le cadre d'une enquête menée auprès des médecins généralistes libéraux et des établissements de santé : un risque d'alcoolisation excessive a pu être repéré chez environ un cinquième des patients ayant eu recours au système de soins un jour donné.

Si, comme le souligne l'expertise de l'INSERM citée ci-dessus, les études précises et récentes sur l'implication de l'alcool dans les accidents du travail font défaut²⁹, il semble que la modification intervenue dans les processus de production, substituant progressivement à la charge physique de travail une augmentation importante de la charge mentale et psychologique, soit de nature à engendrer un stress que l'alcoolisation peut contribuer à soulager. Ainsi, une étude américaine révélait en 1995 que « les hommes ayant un travail à forte pression psychologique ont 27,5 fois plus de risque de développer une dépendance à l'alcool si ce travail stressant ne leur donne sans aucune latitude de décision ». (INSERM, enquête précitée)

Au-delà des incertitudes tenant au caractère plus ou moins récent, complet ou scientifiquement établi des données concernant l'impact réel de l'alcool en termes de mortalité, de morbidité et de fractions du risque attribuables, la quasi-totalité de la mortalité par alcoolisme est par nature évitable

SIDA, infections sexuellement transmissibles, tuberculose, un danger qui perdure

L'épidémie de Sida a bouleversé le système de santé français, tant en ce qui concerne les rapports entre médecins et malades, qu'en ce qui concerne la place de la prévention, érigée en priorité de santé publique. Les progrès du traitement ont pu faire croire à l'inutilité de poursuivre cet effort de discipline individuelle et collective. Les données récentes montrent qu'il n'en est rien.

Le SIDA : stabilisation globale et accroissement du risque parmi les populations migrantes

Le dispositif national d'information épidémiologique sur le Sida restait incomplet lors de la préparation de ce rapport, puisque la surveillance de l'infection par le VIH (enregistrement des séropositivités) n'a été mise en place par

²⁹ Les chiffres fournis par l'association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA) pour 2000 et 2001 sont alarmants : selon cette association, « l'alcool serait directement responsable de 10 à 20 % des accidents de travail, toutes les catégories professionnelles étant touchées... A la SNCF, l'alcool serait présent dans 20 % des 13 500 accidents du travail annuels... ».

voie réglementaire qu'en janvier 2003. Seule la notification des cas de SIDA – maladie, stade avancé de l'infection, était jusqu'à cette date obligatoire.

Or, l'utilisation large des multithérapies antirétrovirales a, depuis 1996, retardé notablement l'apparition des premiers symptômes et prolongé de façon rapide et sensible l'espérance de vie, modifiant considérablement l'histoire de la maladie. Le système de déclaration obligatoire de la maladie ne donnait plus que des informations décalées par rapport à la dynamique actuelle des contaminations, ne reflétant pas les tendances évolutives mouvantes de l'épidémie.

Le nombre des nouveaux cas de SIDA s'est stabilisé. Après une augmentation régulière jusqu'en 1994, une diminution s'est amorcée en 1995, diminution très fortement marquée en 1996 et 1997 avec la diffusion large des nouveaux traitements. Toutefois, cette tendance se ralentit depuis 1998 avec une stabilisation des nouveaux cas de SIDA depuis trois ans. Parallèlement, la mortalité liée à la maladie, après une forte diminution, s'est stabilisée. Le nombre de personnes vivantes atteintes de SIDA est estimé entre 24 000 et 26 000, et le nombre de décès cumulés entre 37 000 et 40 000. Parmi les nouveaux cas de SIDA, plus des trois quarts n'ont pas bénéficié d'un traitement pré-SIDA ; il s'agit, soit de personnes découvrant leur séropositivité lors de l'entrée dans la maladie (51 %), soit de personnes qui, se sachant séropositives, n'ont pas reçu de traitement, soit, enfin, d'échecs de traitement. Ce retard au dépistage, et l'absence de prise en charge au stade pré-SIDA, sont révélateurs des insuffisances du dispositif de prévention et d'accès aux soins précoces pour certaines populations.

Par ailleurs, la répartition des cas de SIDA par voie de contamination s'est beaucoup modifiée. La proportion des contaminations par rapports hétérosexuels augmente régulièrement (49 % des cas en 2001), dépassant très largement celle des contaminations homosexuelles (24 %) ou liées à l'usage de drogues par injection intraveineuse (15 %). Parmi les patients contaminés par voie hétérosexuelle, plus de quatre sur dix sont originaires d'un pays d'Afrique sub-sahélienne. Chez ces malades d'origine africaine, l'augmentation constatée est encore plus marquée pour les femmes que pour les hommes.

Depuis le début de l'épidémie, les trois régions les plus touchées restent les Antilles et la Guyane (2,5 cas pour 1 000 habitants) l'Ile-de-France (2,3) et la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (1,5) Ces trois régions regroupent 60 % de l'ensemble des cas de SIDA diagnostiqués en 2001.

L'incidence des nouvelles contaminations (séropositivité) paraît connaître, elle aussi, une stabilisation globale. Certes, actuellement, le nombre de séropositifs asymptomatiques n'est pas chiffré avec précision. Il serait trois fois supérieur à celui des cas de SIDA, et concernerait pas un tiers des femmes. Les informations relatives à l'évolution de ces contaminations reposaient jusqu'alors sur des données non exhaustives recueillies en particulier auprès des centres de dépistages anonyme et gratuit (CDAG). Les tendances observées à partir des données recueillies auprès de ces CDAG sont à rapprocher de celles constatées

sur les cas de SIDA : stabilisation des séropositivités résultant d'une diminution des cas chez les homosexuels et d'une augmentation chez les femmes – notamment d'origine africaine – contaminées lors de pratiques hétérosexuelles. La convergence de ces tendances souligne l'émergence d'un groupe de personnes vulnérables à l'infection à VIH, qui reflète le poids croissant en France – en particulier à Paris – de l'épidémie flambant sur le continent africain. Ce constat doit conduire à élaborer des stratégies de prévention spécifiques en direction de ces personnes, s'appuyant sur des actions et des relais de proximité.

Les IST : une recrudescence appelant à la vigilance

En 1984, la réorganisation du système de déclaration obligatoire des infections sexuellement transmissibles (IST) avait limité l'obligation de déclaration à quatre d'entre elles : la syphilis, les gonococcies, le chancre mou, la maladie de Nicolas Favre. Leur incidence avait si considérablement décliné au fil des années que l'obligation de déclaration n'était depuis longtemps plus respectée. Elle a officiellement été supprimée en 2000. La fréquence des différentes IST ne peut donc être estimée qu'à partir des dispositifs de surveillance mis en place en 1985, ou extrapolée à partir d'études ponctuelles.

De 1985 à 1997, la décroissance du nombre de cas d'IST classiques observés a été régulière : la syphilis avait quasiment disparu, et les gonococcies et chlamydioses symptomatiques avaient considérablement diminué. Ainsi, le réseau des médecins du réseau « Sentinelle » estimait à 0,2 % le pourcentage d'hommes entre quinze et soixante-quatre ans ayant consulté pour un épisode d'urétrite masculine, contre 2,5 % en 1985.

Depuis 1998, tant les réseaux de surveillance (laboratoires du réseau RENAGO, dispensaires anti-vénériens) que les médecins du réseau « sentinelle » (via le nombre de consultations pour urétrite) enregistrent une brutale augmentation des cas d'IST, et en particulier du nombre de gonococcies identifiées (+64 % en Ile-de-France en 1998, +65 % en 1998 et +50 % en 1999 dans les Bouches-du-Rhône), une tendance généralisée à la hausse, quoique moins brutale, étant observée dans l'ensemble des départements.

Par ailleurs, une enquête épidémiologique, menée auprès de dispensaires anti-vénériens volontaires, a révélé une poussée de la syphilis à Paris, où le nombre de cas diagnostiqués dans les dispensaires ayant participé à l'enquête est passé de 4 en 1998, à 30 en 2000, 148 en 2001, 203 au cours des dix premiers mois de 2002.

La recrudescence des gonococcies observée depuis près de quatre ans, et la survenue de cas groupés de syphilis à Paris en 2001, incitent donc à maintenir la vigilance.

Ces infections sexuellement transmissibles (IST) « classiques » étaient autrefois bien connues des dermatologues et des généralistes. Aujourd'hui, elles

sont parfois tardivement diagnostiquées du fait de leur relative rareté. De plus, sont apparues de nouvelles formes d'infections de ce type, bien plus insidieuses, comme l'herpès génital, les lésions à papillomavirus humain (PVH) et les infections génitales à Chlamydiae. Souvent moins bruyantes cliniquement, voire asymptomatiques, elles connaissent une diffusion croissante dans la population générale et plus particulièrement chez les jeunes de moins de vingt-cinq ans.

L'émergence récente de techniques modernes de diagnostic a permis de prendre conscience de l'insuffisante connaissance de plusieurs de ces IST latentes, qui échappaient jusqu'alors au dépistage et à une prise en charge précoce. Or ces IST constituent un redoutable problème de santé publique par les complications sévères qu'elles sont susceptibles d'entraîner à terme ; les infections à Chlamydiae seraient responsables de 75 % des stérilités tubaires ; les infections à papillomavirus humain (PVH) sont impliquées dans l'oncogenèse des cancers du col utérin ; l'infection à VIH est en elle-même une IST, mais en outre, le risque de transmission sexuelle du virus du SIDA est de trois à cinq fois plus fort en cas d'antécédent récent de IST

L'ensemble de ces constats met en évidence la nécessité d'insérer la lutte contre le SIDA dans un dispositif de prévention élargi à l'ensemble des infections sexuellement transmissibles (IST), passant, au-delà d'une prise en charge efficace et précoce des personnes atteintes, par une large information et un dépistage des partenaires, seul moyen de rompre la chaîne de contamination.

Deux phénomènes rendent d'autant plus nécessaire un accroissement de l'effort de prévention : l'arrivée continuelle, en début d'autonomie face au risque, de populations jeunes ; le relâchement de l'usage du préservatif et la méconnaissance des modes de contamination, notamment par certaines populations très exposées. (populations arrivant en France, notamment d'Afrique).

L'enquête KAPB 1999-2001³⁰ apporte à cet égard des conclusions intéressantes pour orienter les politiques futures de prévention. Alors que, selon les résultats de l'enquête 1990-1993, les modes de contamination étaient largement connus de la population générale, selon ceux de l'enquête publiée en 2001, près de 15 % des personnes interrogées méconnaissent les modes de transmission de l'infection et les moyens de la prévenir (utilisation d'une seringue propre ou du préservatif lors des rapports sexuels). En Ile-de-France, cette méconnaissance est plus marquée encore : les résultats de l'enquête révèlent une augmentation du nombre de personnes croyant à un risque de transmission dans les toilettes ou en buvant dans le même verre qu'une personne contaminée. De même, les professionnels travaillant dans les secteurs de l'éducation et de l'information dans les foyers de migrants soulignent le niveau très bas des connaissances sur le sujet des nouveaux arrivants, nombreux à véhiculer de fausses idées ou des

³⁰ Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-SIDA en France et en Ile-de-France, étude coordonnée par Isabelle Grémy et réalisée par Nathalie Beltzer, Nathalie Vongmany, Julien Chauveau et Frédéric Capuano de l'observatoire régional de santé (ORS) d'Ile-de-France.

tabous constituant des freins puissants aux actions de prévention traditionnelles. D'où la nécessité de renouveler sans cesse les messages de prévention, mais aussi d'adapter la communication et l'information sur la maladie à ces populations exposées, en tenant compte de leurs croyances et de leurs représentations de la maladie.

La tuberculose : une petite résurgence concentrée sur les populations en situation de précarité

Si la tuberculose continue à constituer un problème majeur à l'échelle mondiale, elle est devenue beaucoup moins préoccupante dans les pays développés, du moins en population générale.

Depuis une vingtaine d'années, la décroissance de l'incidence de la tuberculose dans ces pays a été très sensible, celle-ci n'étant plus concentrée que dans des populations en difficulté sociale. La précarité apparaît comme un facteur de risque important, par le cumul des éléments responsables de la persistance de foyers : logements insalubres, promiscuité voire surpeuplement, provenance de pays à forte incidence de tuberculose, mais aussi de SIDA. En effet, l'infection par le VIH constitue, elle aussi, un facteur de vulnérabilité important face à la contamination tuberculeuse³¹ (toutefois seuls 10 % des cas de tuberculose concernent des personnes séropositives).

S'ajoute à ces facteurs de risques celui de l'insuffisante compliance au traitement antituberculeux (prise irrégulière ou arrêt trop précoce du traitement, non-respect de la période d'isolement...) entraînant la persistance de cas contagieux dans la collectivité ainsi que l'émergence de souches multirésistantes. Une mauvaise compliance est observée dans 10 à 20 % des cas en moyenne, la précarité en étant la cause principale, avec des taux de « perdus de vue » de l'ordre de 50 % dans certaines populations à très bas niveau socio-économique.

Par ailleurs, l'évolution de la contamination tuberculeuse connaît une hétérogénéité géographique de plus en plus nette. Si l'incidence moyenne est de onze nouveaux cas déclarés en France métropolitaine pour 100 000 habitants et est régulièrement décroissante, cette incidence est beaucoup plus élevée en région parisienne (28 cas pour 100 000) et plus particulièrement à Paris (49 cas pour 100 000). A noter que l'incidence de la tuberculose continue à croître à Paris, alors qu'elle commence à diminuer en Seine-Saint-Denis (36 pour 100 000) où un vigoureux programme de proximité est poursuivi depuis des années. Les études suggèrent que la concentration de cas observée à Paris serait, en grande partie, liée à une incidence très élevée de la tuberculose dans la population migrante (117 pour 100 000), en particulier d'origine sub-saharienne, et ce pour toutes les tranches d'âge.

³¹ L'incidence de la tuberculose serait multipliée par 400 chez les sujets porteurs du VIH, par 150 chez les personnes sans domicile fixe, par 30 dans les communautés migrantes vivant en foyer.

Pour autant, il s'agit d'une maladie dont les modes de contamination sont bien connus et maîtrisables par les outils de prévention dont disposent les équipes des départements, responsables de la lutte antituberculeuse. L'exemple de la stratégie adoptée par le conseil général de la Seine-Saint-Denis, qui a su recentrer ses moyens de surveillance et de dépistage sur les sites à incidence élevée et affiner sa connaissance sur les foyers de transmission responsables de la diffusion des contaminations, apparaît très encourageant. Il démontre que la concentration géographique de personnes précaires, si elle ne facilite pas le travail des responsables sanitaires locaux, ne doit pas être considérée comme une fatalité du point de vue de la santé publique.

La nutrition, un enjeu de santé publique renouvelé

Selon une étude de l'Institut suédois de santé publique, 9,6 % des années de vie en bonne santé perdues au sein des pays de l'Union européenne le sont à cause d'une mauvaise alimentation, de l'obésité et de l'inactivité physique. Cela représenterait un impact supérieur à celui du tabagisme, estimé à 9 % des années perdues.

Or, si la situation actuelle laisse apparaître une amélioration relative pour certaines pathologies (maladies cardio-vasculaires, certains cancers...), elle se dégrade en amont, en termes d'obésité, ce qui laisse présager une augmentation des risques sanitaires à moyen terme.

Bien que la consommation de fruits et légumes permette de réduire les risques de maladies chroniques, la majorité des pays européens n'atteignent pas le chiffre de 400 grammes par jour et par personne recommandé par l'OMS. De même, l'apport lipidique est supérieur à la recommandation de l'OMS (30 % des calories) dans la majorité des pays (cf. Tableau n° II ci-dessous).

Pays	Légumes (g/pers/j)	Fruits (g/pers/j)	Graisse (% de l'apport journalier)
Italie et Portugal	243	196	30
Hongrie, République tchèque, Slovaquie	239	180	35
Autriche, Belgique, France	177	167	38
Pays nordiques	104	168	36

Source : situation and comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European member states – OMS Europe -2002.

Environ 41 % de la population de l'Union européenne (avec de gros écarts selon les pays, de 14 % en Finlande à 70 % au Portugal) ne serait pas suffisamment active pour en retirer des bénéfices en matière de santé (minimum de 3h30 d'activité physique modérée par semaine). On estime que la généralisation de l'activité physique permettrait de réduire de 15 à 39 % le nombre de coronaropathies, de 33 % celui des accidents vasculaires cérébraux, de 12 % celui des cas

d'hypertension, de 12 à 35 % celui des cas de diabète, de 22 à 33 % celui des cancers du côlon, de 5 à 12 % celui des cancers du sein et de 18 % celui des fractures dues à l'ostéoporose.

Dans cette perspective, avec l'adoption et la mise en œuvre, en 2001, d'un « plan national nutrition santé » (PNNS), la France s'est engagée dans une démarche ambitieuse (cf. infra).

Enquête sur la restauration collective dans le département de la Meurthe-et-Moselle

Dans le cadre du groupe thématique « Restauration collective et son environnement » du programme national nutrition santé (PNNS) les établissements de l'Académie de Meurthe-et-Moselle ont fait l'objet d'une enquête.

Les constats effectués en synthèse sont les suivants :

- les gestionnaires ont constaté une modification des habitudes alimentaires au cours des 10-15 dernières années, qui tend à s'intensifier ; le temps dévolu au repas s'est réduit (20 minutes) ; la consommation des condiments en libre-service est forcenée (ketchup et mayonnaise) ; les élèves manifestent peu de curiosité alimentaire ;
- peu d'actions d'animation ou de repas à thèmes sont organisées, et très rarement du fait d'un partenariat estimé pourtant indispensable avec les enseignants, qui ne s'investissent pas ; le rôle essentiel des parents, également absents sur le plan nutritionnel, est souvent souligné ;
- la plupart des établissements abondent le fonds de solidarité de l'établissement par le produit gagné par les distributeurs de friandises et de boissons sucrées ;
- nombre d'entre eux servent des boissons sucrées lors des repas, sous la pression des élèves, voire des parents, ou de démarches commerciales agressives ;
- enfin les chefs de cuisine, manifestent un sentiment d'impuissance, se sentant seuls face à un vrai problème d'éducation nutritionnelle.

Deux enjeux primordiaux de la prévention, les risques du milieu et le développement des comportements à risques chez les jeunes

La prévention se dit de toute démarche qui tend à intervenir en amont d'une pathologie pour éviter ou retarder son apparition, la prendre en charge le plus précocement possible, diminuer au maximum ses effets sur la qualité de vie des personnes atteintes. En revanche, la prévention ne peut prétendre s'assimiler au refus individuel ou collectif du devenir mortel de l'homme. Toute analyse de

santé publique (santé des populations) implique donc de déterminer l'importance de l'incidence et de la prévalence de pathologies nombreuses, invalidantes et dont la mortalité prématurée peut être évitée. Pour cela, les facteurs de risques, collectifs et individuels doivent être identifiés et combattus.

Certains facteurs de risque doivent être explorés, parce qu'on ne maîtrise pas bien leur importance et leur répartition. Il en est ainsi des conditions de vie et des problèmes survenus dans l'enfance et dans l'adolescence et qui vont influencer sur le rapport au risque des adolescents et jeunes adultes. Mais il en est aussi ainsi de risques collectifs mal identifiés et surveillés, tels les risques professionnels et les risques environnementaux.

Des comportements à risques qui se développent à l'adolescence

Comme cela a été rappelé précédemment, le tabac, l'alcool, les accidents et suicides, les déséquilibres alimentaires et l'obésité, expliquent chez l'homme les deux tiers des décès prématurés, la majeure partie de l'écart entre la longévité des hommes et des femmes, et, contribuent, pour part, aux inégalités sociales devant la santé. Tous ces comportements à risques, comme les difficultés d'insertion sociale qui les accompagnent et dont ils peuvent être à la fois la cause et le symptôme, apparaissent pendant l'adolescence, et trouvent dans une large mesure leurs racines dans la petite enfance. Plusieurs rapports ont récemment apporté un éclairage précieux sur la santé et les difficultés des enfants et des adolescents³². La sélection d'indicateurs significatifs des problèmes de santé des jeunes français, récapitulés ci-après autour des facteurs de risques comportementaux et de la santé mentale, leur est pour l'essentiel empruntée.

Accidents : première cause de mortalité chez les jeunes

Première cause de mortalité chez les jeunes, les accidents de la circulation représentent à eux seuls 40 % des décès entre quinze et dix-neuf ans, 37 % des décès entre vingt et vingt-quatre ans, 26 % entre vingt-cinq et vingt-neuf ans. L'évolution de ces résultats n'a connu aucune diminution, ni en quantité, ni en gravité. Les jeunes de quinze à vingt-quatre ans représentent 13 % de la population, mais 26,9 % des tués sur la route³³. La mortalité accidentelle des jeunes est en France plus élevée que celle de l'Allemagne, de la Suède, du Royaume-Uni, du Japon, mais inférieure à celle des États-Unis, de l'Italie, de l'Espagne.

³² La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, Haut comité de santé publique, février 2000 ; Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent, expertise collective de l'INSERM ; Rapport sur la santé des jeunes, Xavier Pommereau, 2002.

³³ « Les grandes données de l'accidentologie – caractéristiques et causes des accidents de la route – juin 2002 », Sécurité routière.

On observe en revanche une baisse régulière de la mortalité par accident de la circulation chez les enfants et les jeunes adolescents non conducteurs, mais moins rapide que celle enregistrée dans la plupart des autres pays européens³⁴. Entre onze et seize ans, on enregistre chaque année 30 accidents scolaires ou de loisirs pour 100 garçons, et 14 pour 100 filles. Le nombre d'accidents de sport chez les jeunes de 10 à 24 ans s'est élevé en 2000 à 380 000, dont 50 000 ont nécessité une hospitalisation d'une durée moyenne de 7 jours³⁵.

Addictions : une expérimentation de plus en plus précoce

Il faut noter en préalable que, pas plus que les statistiques de mortalité, les données épidémiologiques classiques ne peuvent donner une image précise des effets négatifs d'une consommation abusive de produits psychoactifs. D'abord parce que la consommation est alors appréhendée dans des catégories trop larges pour identifier les consommateurs de manière efficace pour la prévention : sous la rubrique « consommateurs quotidiens ou à usage répété », on trouve aussi bien les personnes qui fument une cigarette par jour que celles qui fument plus de dix cigarettes par jour ; celles qui boivent un verre d'alcool par jour comme celles qui en boivent bien davantage. Ensuite parce que la corrélation observée d'un point de vue statistique, entre l'augmentation du nombre de consommateurs abusifs et celle du nombre de consommateurs, n'induit pas que la consommation occasionnelle, l'expérimentation, entraîne forcément la dépendance. Certes, dans le cas du tabac, la dépendance à la nicotine a été établie, et les producteurs de tabac ont été soupçonnés d'adjoindre aux cigarettes des substances renforçant la dépendance. Toujours est-il que les professionnels de la toxicomanie tendent à différencier un usage tempérant de l'alcool, voire du cannabis, d'un usage dépendant. Pour le dire autrement, il apparaît aujourd'hui nécessaire de bâtir des stratégies de prévention à partir d'analyses multidisciplinaires, dans lesquelles l'épidémiologie ne serait pas la seule science convoquée. La question de savoir ce qui, dans le comportement des individus ou des groupes, va produire un effet néfaste sur leur santé est naturellement importante, mais tout autant l'est celle de savoir pourquoi les personnes développent tel ou tel comportement. Point ne suffit de savoir que fumer provoque des maladies graves ; il faut essayer de comprendre pourquoi les individus se mettent à fumer, et comment ils peuvent s'arrêter de fumer, sans substitution de risque. Quand l'épidémiologie a besoin d'utiliser des catégories vastes et homogènes pour qualifier un risque, la prévention, pour identifier les différents modes de consommation ou de prises de risque, a besoin de partir des personnes elles-mêmes.

³⁴ Enquête HBSC, sous l'égide de l'OMS, 1993-1994.

³⁵ Source : CNAMTS.

A cet égard, l'important travail d'observation des pratiques juvéniles réalisé par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies, les diverses études menées par l'Inserm sur la santé des jeunes, comme un certain nombre d'études régionales, tendent à montrer un décalage naissant entre les champs sur lesquels il importerait de porter l'attention et certaines des priorités mises en œuvre au cours des cinquante dernières années.

Si sa consommation a été stable chez les jeunes au cours de la dernière décennie, l'alcool reste le produit psychoactif expérimenté le plus précocement : entre treize et quatorze ans. A seize ans, 86 % des garçons et 85 % des filles déclarent avoir déjà bu une boisson alcoolisée au cours de leur vie, l'usage répété (au moins dix fois par mois) concernant 14 % des garçons et 5 % des filles.

La consommation de tabac augmente avec l'âge. Le premier usage du tabac se situe en moyenne à quatorze ans, pour les filles comme pour les garçons. A dix-sept ans, quatre adolescents sur dix déclarent consommer du tabac de façon répétée. Chez les lycéens entre quatorze et dix-neuf ans, on dénombre 50 % de fumeurs se déclarant tels.

L'augmentation de la consommation déclarée de cannabis, qui est la drogue illicite la plus consommée, est nette : en 1999, à dix-huit ans, 59 % des garçons et 43 % des filles déclaraient avoir expérimenté cette substance, contre respectivement 34 % et 17 % en 1993. La consommation majoritairement occasionnelle devient avec l'âge plus régulière et plus intense. Ainsi parmi les 60 % de garçons de 15 ans ayant expérimenté le cannabis, plus d'un sur trois (20 % de la classe d'âge) en a une consommation régulière ou intensive.

La consommation combinée de plusieurs produits psychotropes³⁶ est en augmentation. Plus de la moitié des usagers de cannabis déclarent consommer de l'alcool, 2 % des garçons de quatorze ans déclarent consommer deux produits, la poly-consommation répétée est à dix-sept ans de 23,4 % chez les garçons, de 12,4 % chez les filles.

En 2000, l'enquête ESCAPAD (précitée) a permis l'exploration des relations entre contextes d'usage du cannabis et de l'alcool et santé. Cette enquête a retenu comme usage potentiellement problématique, d'une part un usage régulier de cannabis (plus de dix fois dans le mois) assorti du fait d'avoir consommé assez souvent ou très souvent du cannabis seul ou avant midi ; d'autre part, l'usage régulier d'alcool (plus de dix fois dans le mois) assorti du fait d'avoir déclaré avoir bu assez souvent ou très souvent de l'alcool seul ou avant midi. Selon la définition retenue, 2,5 % des jeunes de dix-huit ans ont un usage potentiellement problématique d'alcool (4,1 % des garçons, 0,9 % des filles) et 9,1 % ont un usage potentiellement problématique de cannabis (14 % des garçons et 4,4 % des filles).

³⁶ Tabac, alcool, cannabis ou médicaments.

En revanche, il faut noter que la consommation d'autres produits psychoactifs n'a pas augmenté. Produits illicites les plus fréquemment expérimentés parmi les garçons après le cannabis, les champignons hallucinogènes ne se trouvent qu'en quatrième position parmi les filles. Il est possible de regrouper les autres produits par niveaux de prévalence : les produits à inhaler, les *poppers* et l'ecstasy (5 à 6 % chez les garçons et environ 3 % chez les filles), le LSD, les amphétamines et la cocaïne (2 à 3 % chez les garçons et à peine plus de 1 % chez les filles) et enfin l'héroïne et le crack qui ne dépassent pas 1 %. Ces niveaux sont tout à fait similaires en 2001 par rapport à 2000.

Si la précocité d'usage et la poly-consommation sont des indices de fragilité, la durabilité et la fréquence des pratiques de consommation sont un facteur de risque, tant du point de vue de la santé que de l'insertion sociale ultérieure. (X. Pommereau.)

Cela rend les actions de prévention indispensables. Elles doivent toutefois être assises sur des bases d'enquête et d'interprétation solides. Ainsi, si l'on constate des relations entre l'usage de cannabis et divers troubles de l'humeur et la schizophrénie, les experts soulignent combien ces relations sont difficiles à interpréter. Il est difficile de faire la partition entre les interprétations pharmacologiques, psychologiques, sociologiques de ces phénomènes. Mais est certain le fait que les acquis de connaissance dans ces domaines permettent une prévention plus ciblée, plus adaptée à la réalité de la vie des jeunes³⁷.

Augmentation de la prévalence de l'obésité chez les jeunes

L'importance de la mauvaise nutrition a été rappelée plus haut. Rappelons seulement l'augmentation inquiétante de la prévalence de l'obésité chez les jeunes, en France. Celle-ci concerne aujourd'hui 10 à 12,5 % des enfants entre cinq et douze ans, 13,4 % des adolescents entre douze et dix-neuf ans.

L'enjeu est important, car l'obésité constitue un facteur de risque pour de nombreuses pathologies. Elle participe aussi d'une mauvaise estime de soi, elle est cause et effet d'un repli sur soi, elle peut traduire ou influencer un comportement de dépendance (aux sodas et autres sucreries, par exemple, sachant que plus on est dépendant d'un produit, plus on risque de l'être d'autres produits).

³⁷ Il faut noter à cet égard le gros travail accompli par la MILDT s'agissant de la diffusion de connaissances, tant pour les professionnels que pour les parents, les usagers etc. Les livrets réalisés avec le CFES, « Drogues, savoir plus, risquer moins » sont un outil de prévention tout à fait remarquable.

La santé des jeunes/ Conclusions de l'Observatoire d'épidémiologie scolaire de la région Languedoc-Roussillon (enquêtes 1999-2000 et 2000-2001)

Enquête 1999-2000

En grande section de maternelle, les principaux constats sont les suivants :

- globalement, une bonne couverture vaccinale (plus de 9 enfants sur 10 sont à jour de leur vaccination contre la coqueluche, DTP, ROR et 8 sur 10 pour le BCG)
- près d'un enfant sur 10 présente un trouble de l'audition ; ce trouble est non connu avant l'examen dans deux tiers des cas ;
- à cet âge, les problèmes de surpoids et d'obésité sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons et touchent déjà un élève sur cinq.

En classe de sixième :

- 31 % des garçons et 27 % des filles présentent un problème de surpoids, qu'il s'agisse de pré-obésité ou d'obésité constituée ;
- 43 % des élèves ont déjà consommé de l'alcool, 5 % fument et 16 % ont déjà fumé ;
- près d'un élève sur dix a déjà pensé au suicide ;
- il existe un lien significatif entre le sommeil, les pratiques addictives et les conduites à risques.

En classe de troisième :

- près d'un élève sur 4 (garçon comme fille) présente un problème de poids excessif ;
- plus des trois quart ont déjà consommé de l'alcool, 28 % fument et 14 % ont déjà consommé de la drogue ; 18 % déclarent avoir pensé au suicide au cours de l'année ;
- comme pour les 6^{ème}, il y a un lien significatif entre sommeil, pratiques addictives et comportements à risques.

Enquête effectuée en 2000/2001

L'enquête effectuée en 2000/2001, effectuée sur un échantillon représentatif d'élèves de **sixième** a corroboré les résultats en matière d'obésité et est allée plus loin dans sa tentative d'exploration des liens existant entre mal-être, pratiques addictives et comportements à risques.

Cette enquête confirme notamment la proportion d'enfants obèses : respectivement 19,6 % de garçons et 13,2 % de filles selon les critères Cachera, 3,4 % de garçons et 2,2 % de filles selon la définition internationale. Les auteurs font par ailleurs les commentaires suivants :

« Nous savons que les premiers contacts avec les produits provoquant la dépendance ont lieu pendant l'adolescence. L'objectif de l'enquête de l'ORES auprès des élèves de 6^{ème} était d'examiner l'articulation qu'il pouvait y avoir entre les représentations en matières d'addictions et les comportements déclarés. Grâce à l'échelle d'estime de soi, qui intègre différents champs d'autoévaluation de l'individu (champ social, familial, scolaire) nous avons testé l'opérationnalité de cet outil. Si certains jeunes cumulent les comportements à risques, ils cumulent également les déterminants de ces comportements. Parmi ceux-ci, on a identifié : une pauvre estime de soi, une pauvre estime de son travail et un manque de sentiment positif vis-à-vis de son collègue, un décrochage scolaire mesuré avec le test de la lecture. »

Santé mentale : la souffrance psychique de beaucoup de jeunes

En France, un enfant sur huit souffre d'un ou plusieurs troubles mentaux, toutes causes confondues (troubles de conduites, anorexie mentale, autisme, hyperactivité, etc.)³⁸. Ces troubles nuisent au développement de l'enfant et à la réussite de ses apprentissages. Or, les délais de diagnostic sont souvent trop longs, quels que soient les troubles : ainsi pour l'hyperactivité³⁹, dont le diagnostic, posé en général vers l'âge de sept ans après l'apparition des difficultés scolaires dues à l'agitation, pourrait l'être plus tôt, à trois ou quatre ans ; pour les troubles anxieux ; pour l'autisme, dont le dépistage précoce, avant quatre ans, est décisif pour limiter l'évolution des déficits via une prise en charge intensive.

La dépression, longtemps sous-évaluée chez les adolescents, touche, selon les enquêtes récentes, 2 à 8 % des adolescents.

On dénombre 650 morts par suicides par an chez les jeunes entre quinze et vingt-quatre ans, et, contrairement à une idée reçue, parmi les suicidés, 4 fois plus de garçons que de filles. Le suicide est la deuxième cause de mortalité dans cette tranche d'âge. Alors que la majorité des pays européens ont enregistré une baisse de 20 % environ du taux de suicide des jeunes depuis le début des années quatre-vingt-dix, la baisse n'a été que de 15 % en France.

L'ensemble de ces indicateurs sont le signe que la souffrance psychique des adolescents est, pour une partie non marginale de la population jeune, une réalité. Tout ne saurait cependant se réduire à cette dimension.

Et si la mortalité des jeunes reste faible, et a même diminué de près de 20 % au cours des dernières décennies (pour la tranche d'âge 15-24 ans, le taux de mortalité est passé de 139,6 pour 100 000 en 1980, à 107,3 pour 100 000 en 1993), il convient de ne jamais oublier qu'il s'agit dans une majorité des cas d'une mortalité totalement évitable.

Au-delà de ces données, les comportements à risque sont le résultat d'interactions complexes entre des facteurs individuels et psychologiques, et des facteurs sociaux et environnementaux. C'est le défi d'une politique de prévention que d'essayer de prendre en compte toute cette complexité, et d'endiguer les tendances lourdes qui se dessinent. C'est en effet tout le rapport au risque de notre société qui se dessine dans cette population ; il n'est pas évident qu'un discours sécuritaire, même s'il a le mérite de rétablir certains cadres collectifs d'éducation qui faisaient défaut, sera suffisant face à ce phénomène de fascination/rejet par rapport au risque et à la souffrance. Une éducation au risque devra

³⁸ Etude INSRM, citée ci-dessus.

³⁹ Sans tomber cependant dans une conception purement neurologique de ce trouble, qui traduit souvent, en tout ou partie un mal être ou parfois aussi une inadaptation du mode de vie à l'école et dans la famille à un enfant de cet âge ; ainsi des enfants condamnés à quatre ans à rester assis à l'école, ne disposant que d'une petite cour, ne pratiquant que peu d'activités sportives, scotchés devant la télévision chez eux... qui forcément vont être hypernerveux.

en tout cas tenir compte des nouvelles valeurs en jeu notamment l'importance des appartenances de groupes, plutôt que les dénier. Si nombre de conduites à risque sont induites par le groupe, il serait vain de croire qu'il serait possible de « casser la bande » pour responsabiliser les individus. Il serait plus opérant de développer des interventions éducatives pour les groupes, c'est toute la révolution qui est demandée notamment à l'Éducation nationale, habituée à travailler avec des individus réunis dans une classe, mais peu formée au travail avec les groupes.

Le risque environnemental, une inquiétude pour les citoyens

L'attention portée aux risques environnementaux et professionnels est de plus en plus partagée, même si les autorités médicales comme les partenaires sociaux donnent parfois l'impression d'avoir une vision distanciée vis-à-vis de leurs enjeux. La fin du vingtième siècle aura vu l'émergence de l'environnement comme préoccupation majeure au niveau international, des points de vue scientifique, économique, politique, social et sanitaire. Ce sont d'ailleurs les conséquences sanitaires de pollutions chroniques (exemple : mercure de la baie de Minamata) ou accidentelles (exemple : nuage d'isocyanate de méthyle à Bhopal) qui ont ponctué la prise de conscience des problèmes de l'environnement. En dix années se seront tenues, parallèlement aux réflexions menées sur le développement durable depuis la déclaration de Rio en 1992, trois conférences organisées par l'OMS Europe sur le thème « Environnement et santé », en 1989 (Francfort), 1994 (Helsinki) et 1999 (Londres).

Les Français sont sensibles à l'impact sanitaire de la dégradation de l'environnement, comme en témoignent de nombreux sondages d'opinion, notamment ceux réalisés pour l'Institut français de l'environnement (IFEN). En Europe, la France est même le seul pays où l'influence de l'environnement sur la qualité de la vie est considérée par les citoyens comme nettement plus importante que celle de l'économie ou des facteurs sociaux (sondage réalisé en avril 2002 par Eos Gallup Europe à la demande de la commission européenne sur le thème « *Perception du développement durable et préoccupations environnementales des européens* »).

Des enjeux difficiles à cerner

Certaines personnalités du monde médical paraissent parfois plus réservées. Ainsi, un rapport de l'Académie nationale de médecine présenté en 2002 par les professeurs Maurice Tubiana et Marcel Legrain au nom d'un groupe de travail⁴⁰, se veut-il rassurant quand il aborde le thème de la pollution et des agents toxi-

⁴⁰ Tubiana et Legrain, « Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ? », Académie de médecine, 2002.

ques, soulignant essentiellement la nécessité de recherches spécifiques dans ce domaine.

Et en effet, de nombreux arguments peuvent amener à relativiser les enjeux sanitaires liés aux pollutions. En premier lieu, « la réduction incontestable de pollutions préoccupantes pour la santé humaine », comme en attestent l'Académie des sciences et le Haut comité de santé publique, qui dans leurs rapports indiquent que la pollution de l'air est notablement réduite par rapport aux situations qui prévalaient il y a quelque décennies, avec un cortège de pics de mortalité associés aux épisodes de smog (Tubiana et Legrain, rapport précité).

En second lieu, la difficulté d'arriver à un chiffrage fiable des problèmes de santé induits par l'environnement. Cette difficulté tient en particulier à l'acceptation variable du mot environnement et aux problèmes liés à l'imputation causale. Elle facilite la contestation des évaluations globales réalisées par l'OMS, certains pays ou certains experts. Telle cette étude de chercheurs américains (Doll et Petro, 1981) estimant la part de cancers attribuable à l'environnement à 80 %. La définition de l'environnement utilisée était extrêmement large, puisqu'elle recouvrait tout ce qui n'est pas génétique. La restriction du champ de l'environnement à la seule pollution des produits toxiques industriels aboutit à une estimation de l'ordre de quelques pour cent, estimation reprise dans le rapport de la commission d'orientation sur les cancers réalisé à la demande du ministre de la Santé, de la famille et des personnes âgées et rendu public en janvier 2003. Avec une définition intermédiaire (pollutions industrielles, pollutions sur les lieux de travail, tabagisme passif, pollutions « naturelles » telles que le radon ou les ultraviolets), l'environnement serait responsable d'environ 10 % des cancers dans les pays industrialisés.

En troisième lieu, la prise en compte de critères fondés sur le rapport coût/efficacité. Comme l'écrivent les professeurs Tubiana et Legrain, « plusieurs ordres de grandeur séparent le prix d'une année de vie préservée soit au titre de la prévention de la pollution environnementale, qui est très élevé, soit par l'amélioration des soins médicaux ou la prévention du tabagisme » (Académie de médecine, rapport précité).

Enfin, peut-être, une impression trompeuse de dégradation qui serait liée à la sophistication des mesures et à la difficulté de disposer de statistiques comparables sur une longue période.

En définitive, les risques environnementaux (hors situations de crises aiguës) semblent relativement faibles au niveau de l'individu, et les pathologies concernées sont dans la plupart des cas multifactorielles, ce qui rend difficile l'estimation de la part attribuable de ces risques à l'échelle populationnelle. Toutefois, une série d'indices existent pour encourager une prise en considération croissante des déterminants environnementaux de la santé.

Des indices sanitaires

Il est aujourd'hui reconnu que les efforts de dépollution des émetteurs industriels ont eu des résultats dans l'ensemble positifs. On observe ainsi, de 1970 à 1996, une diminution des émissions de monoxyde de carbone (CO) et du dioxyde de soufre, mais une stagnation des émissions des oxydes d'azote et une augmentation de celles de dioxyde de carbone. Mais le développement continu de pathologies (certains cancers, maladies respiratoires, perturbations des fonctions de reproduction, etc.) ne semblant pouvoir s'expliquer sans lien avec des déterminants environnementaux, même s'ils ne sont pas formellement identifiés, individualisés et seuls en cause, est source d'interrogations.

Ainsi, le rapport d'expertise collective récemment publié par l'INSERM sur la prévention de l'asthme ⁴¹, souligne que la prévalence de l'asthme a doublé en 10-15 ans dans la plupart des pays industrialisés, et note : « *Il est difficile de postuler que l'accroissement constaté de la prévalence de l'asthme durant les trois dernières décennies reflète une augmentation, en si peu de temps, du nombre de sujets génétiquement susceptibles* ». A ce propos, un rapport du Conseil supérieur de l'hygiène publique (CSHP) a établi, en 1993, un lien entre l'environnement aérien et l'apparition et l'évolution de l'asthme.

Les données épidémiologiques témoignent d'ailleurs d'une exacerbation des pathologies respiratoires et cardiovasculaires préexistantes liée à la pollution atmosphérique et laisse suspecter, selon le groupe technique national de définition des objectifs de santé publique (rapport précité), une augmentation du risque du cancer du poumon. Ainsi, quelque 110 000 bronchites et 60 000 à 190 000 crises d'asthme sont attribuées chaque année à la pollution atmosphérique.

D'une façon générale, tous risques liés à l'environnement confondus (air, eau, milieu), une approche globale de leurs effets n'a pas encore été réalisée. Néanmoins quelques sujets ont fait l'objet d'études spécifiques :

- en 2000, une étude estimait à 32 000 le nombre de décès annuels prématurés attribuables en France à une exposition à long terme à la pollution atmosphérique urbaine. Plus de la moitié de ces décès (18 000) seraient dus à la pollution automobile ;
- la prévalence du saturnisme chez l'enfant a été estimée à 2 %, ce qui signifie que cette maladie touche près de 185 000 enfants de un à six ans ⁴² ;
- le lien de causalité entre l'exposition au radon et le cancer du poumon, scientifiquement documenté : 2 500 décès annuels pourraient être statistiquement attribués à cette exposition ;
- en 2000, 610 cas de légionellose ont été déclarés, dont 25 % ont été mortels.

⁴¹ Asthme : dépistage et prévention chez l'enfant, INSERM, 2002.

⁴² Source INSERM.

La méconnaissance des effets de nombreuses substances sur la santé

Par ailleurs, la méconnaissance est encore grande des effets sur la santé de nombreux constituants de notre environnement, en particulier les substances chimiques, pour lesquelles la commission européenne soulignait en 2001, dans son livre blanc « Stratégie pour la future politique dans le domaine des substances chimiques » : « *Le manque de connaissances concernant les effets de nombreux produits chimiques sur la santé humaine et l'environnement est une source de préoccupations.... En fait, aucun pays n'a encore réussi à combler les énormes lacunes dans les connaissances relatives à ces substances* ».

Dans une perspective similaire, le groupe technique national de définition des orientations de santé publique (rapport précité), tout en soulignant la nécessité d'encourager les recherches en santé et environnement sur cinq champs disciplinaires (épidémiologie, toxicologie expérimentale, statistiques, modélisation des relations structure/activité, sciences sociales), dresse une liste éloquentes des domaines où des besoins d'information ou de surveillance ne sont pas couverts, et où des connaissances scientifiques sont à développer dans une perspective de santé publique : exposition au tabagisme passif ; exposition aux allergènes dans l'air ambiant et intérieur ; pathologies maternelles et infantiles dans le champ santé/environnement ; prévalence et conséquences des expositions chroniques à faible teneur en monoxyde de carbone ; symptomatologie des séquelles de l'intoxication par monoxyde de carbone ; relations entre monoxyde de carbone et développement neuropsychologique de l'enfant...

Enfin, il existe une sensibilité spécifique des individus au risque subi (exemple : la pollution) par rapport au risque choisi (par exemple : le tabagisme) qui mériterait de faire l'objet de recherches approfondies.

Les facteurs professionnels, une part des déterminants de santé sous-estimée

Les accidents du travail : une tendance à la diminution sur longue période

Le nombre des accidents du travail, avec arrêt, déclarés et reconnus a diminué d'un tiers environ au cours des trente dernières années (1970-2000). Cette diminution est encore plus marquée pour les accidents graves et les accidents mortels, qui ont été respectivement divisés par 2,4 et 3 pendant la période. Cette tendance n'est cependant pas continue, une recrudescence des accidents du travail avec arrêt ayant été observée depuis 1997 (cf. tableau n° VI ci-dessous).

Tableau n° VI : Evolution du nombre des accidents du travail reconnus et indemnisés (1997-2000)				
	1997	1998	1999	2000
Nombre d'accidents avec arrêt	658 551 +1 %	689 859 +4.8 %	711 035 +3.1 %	743 435 +4.6 %
Nombre d'accidents graves	45 579 -6.5 %	47 071 +3.3 %	46 085 -2.1 %	48 096 +4.4 %
Nombre de décès	690 -10.7 %	719 +4.2 %	743 +3.3 %	730 -1.7 %

Source : statistiques CNAMTS, rapport 2002 de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale

En 1999, on a dénombré, tous régimes de sécurité sociale confondus, 51 143 accidents ayant occasionné une incapacité permanente (contre 109 270 en 1980), et 777 décès (contre 1 562 en 1980). Les secteurs les plus touchés sont l'agriculture et les travaux publics. Par ailleurs, l'enquête sur les accidents de travail réalisée en 1998 par la direction de la Recherche et des études statistiques (DARES) du ministère des Affaires sociales et du travail, met en évidence deux constats : le risque global d'accident apparaît plus élevé pour les hommes et les jeunes salariés, alors qu'il diminue avec l'âge ; les ouvriers et salariés sous contrat précaire déclarent plus d'accidents que la moyenne.

Les maladies professionnelles : un risque notoirement sous-évalué

S'agissant des maladies professionnelles, le diagnostic est plus malaisé. Si le nombre de maladies professionnelles reconnues et indemnisées a régulièrement augmenté depuis trois décennies, quadruplant entre 1980 et 2000, cette tendance est difficile à interpréter du fait du caractère évolutif et hétérogène des critères de reconnaissance au cours de cette période, et surtout de l'écart existant entre les maladies déclarées et reconnues et la réalité du risque.

En effet, malgré une augmentation récente et significative du nombre de maladies professionnelles reconnues, de multiples biais⁴³ conduisent à ne considérer ces statistiques de déclaration, de reconnaissance et d'indemnisation du risque comme des indicateurs fiables ni de l'ampleur ni même de l'évolution du risque sanitaire en milieu de travail.

⁴³ Rappelés dans de nombreuses études et rapports administratifs ; parmi les plus récents, on retiendra le rapport public de la Cour des comptes (La gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles), ainsi que le dernier rapport de la Commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, présidée par Madame Lévy – Rosenwald.

Tableau n° VII : Evolution du nombre de maladies professionnelles reconnues (1997-2001)					
	1997	1998	1999	2000	2001
Nombre de maladies déclarées, reconnues, constatées	15 554	17 722	24 208	29 971	39 755
Évolution annuelle		+13.9 %	+36.6 %	+23.8 %	+32.6 %

Source : statistiques CNAMTS, rapport 2002 de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale

La minoration du risque professionnel prend des formes diverses : sous-évaluation par le corps médical de l'origine professionnelle des pathologies ; non déclaration d'un certain nombre d'accidents du travail par les employeurs, et des maladies professionnelles par les victimes elles-mêmes ; pratiques restrictives des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en matière de reconnaissance de l'origine professionnelle de la pathologie.

Si cette déconnexion entre les statistiques de l'assurance sociale et la réalité du risque est certaine et aujourd'hui officiellement reconnue, son importance est très délicate à évaluer, faute précisément de données disponibles. L'article L 176-2 du code de la sécurité sociale prévoit d'ailleurs la réunion d'une commission ad hoc, instituée pour évaluer l'impact financier de cette sous-évaluation et fixer le montant du reversement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à l'assurance maladie.

Or, les facteurs professionnels sont une source importante d'inégalités sociales de santé⁴⁴. La nombreuse littérature scientifique internationale, à laquelle il faut avoir recours faute de disposer en France de données et de recherches suffisantes, est sur ce constat convergente.

Les facteurs de risques professionnels interviennent en particulier dans la survenue de nombreuses maladies : notamment cancers, troubles ostéomusculaires, de l'audition, de la reproduction, pathologies respiratoires non tumorales, cardiovasculaires, dermatologiques, neuropsychiatriques.

Selon les études internationales, on peut estimer qu'environ le tiers des différences sociales de mortalité par cancer dans les pays industrialisés est expliqué par des expositions à des facteurs d'origine professionnelle ; cette estimation s'élève à la moitié pour les cancers du poumon et de la vessie (données IARC, 1997). Au-delà des pathologies mortelles, de très importants problèmes de santé touchent certaines catégories de la population, notamment les plus défavorisées : ainsi au moins 30 % des hommes adultes souffrent de lombalgies en grande partie liées à leur activité professionnelle (expertise collective Inserm, 1995). A ces nombreux risques porteurs d'atteintes somatiques, on doit ajouter l'influence considérable de facteurs psychosociaux.

⁴⁴ Cf. Les inégalités sociales de santé, collections recherche Inserm, éditions la découverte, 2000.

La sous-estimation du poids des facteurs professionnels dans les atteintes à la santé est d'autant plus regrettable qu'il s'agit souvent de causes sur lesquelles une action préventive pourrait être efficace.

De ce point de vue, le renforcement de la recherche dans le domaine de la santé au travail constitue un enjeu crucial.

En conclusion de ce bref survol des indicateurs de santé si l'état de santé des français est globalement excellent, si l'accès des personnes aux soins et à la prévention sont peu freinés par des raisons financières, des problèmes de santé publique subsistent, dont l'importance est tout autant immédiate que potentielle :

- l'épidémie de sida comme les petites résurgences d'IST et la subsistance dans certaines populations de tuberculose montrent à quel point il faut rester vigilant, en prévention primaire et secondaire ;
- les affaires récentes de l'amiante et des éthers de glycol devraient induire à terme une attention plus grande à la prévention des maladies professionnelles ;
- il en est de même des risques environnementaux, dont certains indices, comme l'augmentation de la l'incidence de certains cancers, de l'asthme, des allergies, font penser qu'ils doivent être surveillés de manière beaucoup plus organisée ;
- si l'obésité ne connaît pas encore en France la prévalence qu'elle a aux États Unis, son augmentation chez les jeunes alliée à une changement des habitudes alimentaires et au développement de la sédentarité font de la nutrition et de l'équilibre de vie un vecteur majeur de la prévention ;
- la persistance des consommations de produits psychotropes chez les jeunes, l'importance de la mortalité prématurée par accident et suicide, mais aussi la persistance d'un mal être collectif, qui se traduit selon les occurrences sociologiques par de la délinquance, de la dépression, de l'autodestruction amènent à prendre en compte les conditions de vie des enfants et des jeunes, dans leurs familles, mais aussi à l'école pour tenter de remédier aux souffrances psychiques et promouvoir un mieux être.

C'est cette conception de la prévention comme promotion d'un état de bien être physique, psychique et social que développent nombre de pays développés.

Chapitre 2

La promotion de la santé devient une préoccupation internationale

Les développements qui précèdent l'ont mis en évidence, au-delà des particularités caractérisant chaque pays ou région d'Europe, les pays industrialisés sont tous confrontés à des problèmes similaires. Aux difficultés à réguler et à financer un système de soins de plus en plus technicisé et spécialisé, s'ajoutent celles liées à la persistance d'inégalités sociales de santé et à l'apparition de pathologies dues aux modes de vie des pays riches, et de nature à compromettre à terme une partie des gains de santé obtenus depuis la fin de la seconde guerre mondiale.

Ces difficultés structurelles ont suscité l'émergence d'une nouvelle façon de réfléchir aux objectifs et aux modalités d'organisation des systèmes de santé, aussi bien dans les organisations internationales que dans leurs États membres.

L'Organisation mondiale de la santé joue un rôle moteur dans le domaine de la santé publique

Le préambule de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un complet état de bien-être physique, mental et social, (qui) ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Conception large, holistique, de la santé humaine, et d'une ambition sans doute fort éloignée de la situation réelle de nombre de peuples à l'échelle mondiale, mais qui, pour avoir été édictée en 1948, interpelle avec une actualité saisissante les systèmes de santé des pays développés.

Une influence structurante en faveur de la promotion de la santé

Si l'OMS dirige son action prioritairement vers les pays en voie de développement ou les pays en transition vers l'économie de marché, elle tend à multi-

plier les initiatives en direction des pays développés, plus concernés par les problèmes de santé liés aux modes de vie. Dès 1977, l'OMS a défini une stratégie de « la santé pour tous » à l'horizon 2000, fondée sur la réduction des inégalités d'exposition aux risques et d'accès aux services de soins préventifs et curatifs. Dans ce droit fil, la conférence internationale sur les soins primaires réunie à Alma-Ata en septembre 1978, et qui a donné lieu à la déclaration du même nom, marque un tournant important. Cette déclaration porte en effet en germe les orientations des travaux ultérieurs de l'OMS, et a commencé d'influencer la réflexion en santé publique dans nombre d'États.

Les soins de santé primaires y sont définis, en effet, comme des « soins essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté puisse assumer »... et comme faisant « partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique d'ensemble de la communauté ».

Adoptée le 21 novembre en 1986 au terme de la conférence internationale pour la promotion de la santé, concentrée sur les besoins des pays développés afin de répondre à « l'attente de plus en plus manifeste d'un nouveau mouvement de santé publique », la charte d'Ottawa constitue une nouvelle étape, dont l'influence sur les politiques nationales continue à se faire sentir (comme on peut le voir dans l'encadré « La prévention dans quelques pays européens »).

Le rapport de l'Organisation de l'année 2000 (« La santé dans le monde », précité), ainsi que celui de 2002, consacré aux facteurs de risques et à la promotion de la santé, constituent une illustration de la poursuite de l'engagement de l'OMS dans une réorientation des systèmes de santé pour un dépassement des approches essentiellement cliniques et curatives.

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (extraits)

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource quotidienne et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé...

Mise en place des moyens : l'effort de promotion de la santé vise l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur

potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire les choix judicieux en matière de santé...

Médiation : le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs économiques et sociaux, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries, médias...

Elaboration de politiques de santé : la promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé... La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires : législatives, financières et fiscales, changements organisationnels, notamment... Elle suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques de santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles.

Création d'environnements favorables : Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Les liens qui unissent les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé... L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine... L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide – notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation – est indispensable...

Renforcement de l'action communautaire : la promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification... Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions... Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé...

Acquisition d'aptitudes individuelles : La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie... Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire...

Réorientation des services de santé : dans le cadre des services de santé, la tâche de la promotion de la santé est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements... Par-delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé... et se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide... qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental... et (porter) une attention accrue à la recherche, ainsi qu'aux changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évoluer l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considéré dans son intégralité.

Le rapport de l'année 2000, en particulier, vaut moins pour l'intérêt de son classement final des systèmes de santé, qui attribue une flatteuse première place à la France, que par la recherche d'une méthode d'évaluation élargie dont il témoigne. Ce rapport, en effet, s'efforce d'apprécier la performance globale des systèmes de santé, en prenant en compte un ensemble d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs, sanitaires et sociaux : niveau général de santé de la population, appréhendé à travers la mesure de l'espérance de vie corrigée de l'incapacité ; inégalités et disparités de santé dans la population ; capacité de réponse aux attentes de la population (appréciée à partir d'un système d'enquête) ; l'égalité de la réponse donnée aux attentes de la population ; l'équité de la contribution financière et la protection contre le risque financier.

L'élargissement des terrains d'intervention de l'OMS en direction des pays développés

Les interventions de l'OMS en direction des pays développés ont tendance à gagner en ampleur et en précision. Les développements suivants en fournissent une illustration sélective.

De façon assez classique au regard de ses missions, l'OMS intervient en matière de surveillance et de lutte contre les maladies infectieuses. Face au risque du « bioterrorisme », l'OMS a ainsi recensé des zones critiques et s'implique dans le renforcement de la surveillance épidémiologique et biologique. Par ailleurs, depuis 1993, elle a fait de la tuberculose une urgence mondiale et proposé un programme DOTS (*directly observed treatment short course*) dont le rapport coût-efficacité a été prouvé dans les pays d'Europe orientale⁴⁵.

Pour sa part, le bureau régional Europe s'efforce de développer ses missions d'appui aux pays développés : il a notamment conduit un audit de l'organisation du système de prévention et de promotion de la santé de la Finlande. Il conduit également, en partenariat avec le Conseil de l'Europe et la Commission européenne, un programme de sensibilisation dans les écoles : les « écoles santé » (*Healthy schools*) participent à des diagnostics sur l'état de santé des jeunes, mettent en place des cours de promotion de la santé et un environnement favorable. Si ce programme s'est fortement développé au Royaume-Uni et dans les pays anglophones, la France en reste à l'écart. Par ailleurs le bureau régional Europe a organisé trois conférences sur le thème environnement et santé, à Francfort (1989), Helsinki (1994), Londres (1999) ; la prochaine qui se tiendra en 2004 à Budapest aura pour thème la sensibilité particulière des enfants aux risques environnementaux.

⁴⁵ Une étude menée dans la Fédération de Russie a montré que le coût par cas de tuberculose guéri à l'aide de la stratégie DOTS était de 1 626 dollars contre 6 293 avec l'ancienne méthode.

Par ailleurs, il a commencé d'investir le champ de la prévention des maladies chroniques. Plusieurs actions ont été engagées à cet effet. A été ainsi mise en place une banque de données sur les maladies cardiovasculaires (MONICA), à partir de la surveillance des tendances des maladies cardiovasculaires dans trente-sept pays dans les années 1980 et 1990⁴⁶. Un programme de réduction des facteurs de risques des maladies chroniques a de plus été lancé sous le nom de CINDI (26 pays en Europe⁴⁷ et Canada), sans la participation de la France. L'approche intégrée des risques promue avec CINDI s'est avérée efficace en Finlande (projet de la Carélie du Nord), et a été reprise dans les pays d'Amérique du Sud (programme CARMEN). Son impact est cependant restreint dans son champ avec une mise en œuvre souvent limitée à quelques zones infranationales (deux tiers des États membres l'appliquant à l'échelle de leur territoire national). Le programme souffre également de son isolement par rapport aux différentes actions de l'OMS sur le tabac, l'alcool... Une adaptation et une réactualisation du programme CINDI sont envisagées, l'OMS s'étant engagée à mettre au point une stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles et à superviser son application dans le cadre d'une résolution de l'Assemblée mondiale de la santé (WHA51.18).

La conférence internationale sur l'alcool et les adolescents, qui s'est tenue à Stockholm en 2001, a permis d'appeler l'attention sur les évolutions préoccupantes de la consommation des adolescents dans les pays nordiques et au Royaume-Uni, et sur les stratégies de promotion menées par les industries du secteur. Les évaluations sur les actions de prévention efficaces s'avèrent cependant peu nombreuses et l'action de l'OMS, fondée sur les seuls ministres de la santé, reste pour l'instant limitée. En matière de nutrition, un plan d'action a été approuvé en 2000, qui doit encore associer le Conseil de l'Europe et la Commission européenne. Enfin, l'Organisation a engagé une négociation mondiale, en vue d'une convention cadre pour la lutte antitabac, qui pourrait aboutir en mai 2003⁴⁸ ; elle a été précédée, à l'échelon européen, par une conférence ministérielle sur la lutte contre le tabagisme et une déclaration européenne pour une Europe sans tabac, en février 2002.

⁴⁶ En France, les zones suivies étaient Lille, Strasbourg et Toulouse.

⁴⁷ Au sein de l'Union européenne, l'Allemagne, l'Espagne, la Finlande, l'Autriche, le Portugal, le Royaume-Uni, l'Italie en sont membres.

⁴⁸ Elle pourrait prévoir une interdiction de la publicité et de la vente au moins de 18 ans.

L'Union européenne renforce sa stratégie sur la santé au travail et s'investit progressivement dans la santé publique

Le traité de Rome confiait à la Commission essentiellement la mission de promouvoir l'hygiène du travail et la protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Cela a permis l'adoption de nombreux textes importants pour la santé et la sécurité au travail, notamment grâce à la procédure de majorité qualifiée ouverte prévue en cette matière par l'Acte unique (1986). Dans le domaine de la santé publique, les compétences communautaires en matière de santé publique sont récentes, mentionnées pour la première fois dans le traité de Maastricht en 1992, et renforcées par le traité d'Amsterdam 1997.

La santé au travail : une stratégie d'intervention qui se renforce

La stratégie communautaire en matière de santé et de sécurité au travail pour la période 2002-2006 a été redéfinie afin de développer la prévention et intégrer davantage la santé au travail dans la stratégie pour l'emploi et les actions du Fonds social européen.

La communication de la Commission du 11 mars 2002 revêt ainsi plusieurs caractères novateurs :

- elle adopte une approche globale du bien-être au travail, prenant en compte les changements du monde du travail et l'émergence de nouveaux risques, notamment psychosociaux (harcèlement moral et violence au travail) ;
- elle met l'accent sur la prévention des risques, sur la combinaison d'instruments politiques variés (législation, dialogue social, démarches de progrès et identification des meilleures pratiques, responsabilité sociale des entreprises, incitations économiques) et sur la construction de partenariats entre tous les acteurs de la santé et de la sécurité ;
- dans le cadre de la stratégie européenne pour l'emploi, des objectifs nationaux quantitatifs portant sur les accidents et maladies professionnels devraient être définis, en prêtant une attention particulière aux secteurs à risques et en intégrant la dimension du genre ainsi que celle de l'âge. Les travaux d'harmonisation des statistiques seront donc approfondis et des indicateurs de suivi élaborés. Le rôle du FSE dans la promotion de la santé au travail devrait être évalué en 2003.

Enfin, la Commission a ouvert en 2002 une consultation des partenaires sociaux sur le stress et ses conséquences sur la santé et la sécurité au travail,

conformément à la procédure prévue à l'article 138 du traité. L'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail va notamment créer un « Observatoire des risques », appuyé sur la collecte de « bonnes pratiques » d'entreprises ou de branches, et organiser des échanges d'expériences et d'informations en intégrant les pays candidats à l'adhésion.

La santé publique : une montée en puissance progressive

Dans le domaine de la santé publique, malgré un champ de compétences limité par le traité de Rome, des actions communautaires sont néanmoins intervenues dès 1986, après que le Conseil des ministres a inscrit la lutte contre le cancer à l'agenda politique. Saisissant l'occasion, et s'appuyant sur l'article 235 sur la coopération volontaire, la Commission a pu proposer aux États membres, entre 1986 et 1991, une série de programmes de coopération sur le cancer, le SIDA, la toxicomanie.

Le traité de Maastricht a permis de franchir un nouveau pas. Si ce traité avait retenu, dans son article 129, le principe d'un soutien par l'Union européenne de la coopération des États membres pour assurer « un niveau élevé de protection de la santé humaine », il n'avait prévu à cet effet aucun texte normatif. Sur proposition de la Commission, cependant, une résolution du Conseil a retenu en 1994 trois actions prioritaires de santé transversales (surveillance de la santé, surveillance des maladies, promotion de la santé) et des programmes de prévention du cancer, de la toxicomanie, ainsi que du SIDA et de certaines maladies transmissibles⁴⁹. Ces programmes disposaient chacun d'un budget d'environ 50 millions d'euros par an, ce qui représentait une prise en charge de 50 à 70 % du coût du projet, et reposaient sur le principe d'appels à propositions. Cette approche fractionnée, plus par pathologie que par déterminant de santé, et la dissémination des projets, n'ont cependant pas permis de créer une véritable politique d'ensemble de santé publique.

L'orientation change avec le traité d'Amsterdam. Les valeurs de santé sont renforcées par l'article 152 du traité, avec une double obligation : l'obligation d'inscrire « un niveau élevé de protection de la santé humaine dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté », et une mission « d'amélioration de la santé publique et de prévention des maladies et affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine ».

Dans cette perspective, un nouveau programme d'action communautaire en santé publique pour 2003/2008 a été adopté par le Conseil le 26 juin 2002, et par le Parlement et le Conseil dans la décision du 23 septembre 2002.

⁴⁹ Deux orientations vont progressivement être ajoutées à ces programmes, la prévention des accidents domestiques et celle des maladies liées à la pollution.

Avec un budget de 312 millions d'euros par an, ce programme propose :

- un cadre unique pour des actions spécifiques dans le champ de la santé publique, pour fonder des actions transversales, et agir sur les autres politiques communautaires ;
- des actions pour la sécurité et la qualité des produits issus du corps humain ;
- la reprise des trois priorités présentées par la Commission en 1998 : la connaissance de la santé et de ses déterminants ; un système d'alerte et de réaction rapide aux menaces pour la santé ; la promotion de la santé à travers l'action sur ses déterminants.

Il n'a cependant pas été créé de structure de coordination européenne, comme le préconisaient notamment le Parlement européen et la France, nombre de pays restant attachés à l'autonomie des systèmes nationaux de santé. A ce jour, les actions en matière de prévention des maladies non transmissibles restent encore limitées. La résolution sur la santé et la nutrition adoptée par le Conseil santé en décembre 2000 n'a pas donné lieu à des propositions de travail de la Commission. Le Conseil a adopté une recommandation sur la consommation d'alcool par les jeunes en 2001, et un rapport annuel devrait être produit sur les mesures prises. En revanche, la Commission n'a pas encore présenté, comme l'y invitait le Conseil en 2001, de propositions d'action pour compléter les politiques nationales de lutte contre les dommages liés à l'alcool.

La lutte contre le tabagisme, élément du programme de prévention contre le cancer, est beaucoup plus dirigiste. L'Union européenne s'est appuyée pour cela sur l'article 36 du traité de Rome, qui prévoit qu'en matière de protection de la santé et de la vie des personnes, il peut être dérogé à la libre circulation des biens.

Les actions d'information et de prévention menées jusqu'alors ont ainsi été relayées par plusieurs directives limitant les taux de goudron des cigarettes, puis réglementant l'étiquetage (juin 2001). L'annulation par la Cour de justice européenne de la directive sur la publicité en faveur du tabac a conduit la Commission à préparer un nouveau projet, qui a été entériné par le Parlement. Le projet propose d'interdire partiellement la publicité pour le tabac dans la presse, à la radio, et sur Internet, à partir du 31 juillet 2005. Il souhaite aussi interdire le soutien aux grands événements sportifs, comme les grands prix de formule 1. En revanche, la publicité indirecte au cinéma ou par voie d'affichage ne serait pas concernée, car relevant de la compétence des États en matière de santé.

Enfin, une campagne antitabac en direction des jeunes a été lancée par la Commission, avec des clips mettant en scène des vedettes populaires auprès des jeunes. Cette campagne était prévue pour passer dans plus de 5000 cinémas et sur les chaînes de télévision européennes.

Royaume-Uni, Finlande, Province du Québec au Canada, trois cas analysés

En complément des enquêtes thématiques effectuées, en vue de ce rapport, dans les domaines des pollutions, de la santé au travail, de l'enfance et de l'adolescence, des maladies transmissibles et de la nutrition, l'IGAS s'est efforcée de situer ses analyses et sa réflexion dans une perspective internationale. A cet effet, trois pays ont fait l'objet d'une étude particulière : la Finlande, le Royaume-Uni et le Québec.

Ces trois pays ont en commun une culture de santé publique, la volonté de développer la promotion de la santé, et une réflexion sur la réforme de leur système de santé, intégrant la prévention sanitaire.

La lutte contre les inégalités sociales de santé, une priorité

Les inégalités de santé, entre sexes, zones géographiques, catégories socio-professionnelles, se mesurent non seulement en termes d'espérance de vie, mais également en termes d'accès aux soins et à la prévention. L'importance et la permanence, voire l'aggravation de ces inégalités, dans des systèmes de santé pourtant universels, ont incité le Royaume-Uni, la Finlande et le Québec à faire de la réduction des inégalités un axe majeur de leur politique de santé publique.

Royaume-Uni, une stratégie de santé publique pour réduire les inégalités de santé

Le rapport Acheson, en 1998, soulignait les inégalités sociales et géographiques existant en Angleterre ; à titre illustratif :

- une mortalité infantile près de deux fois plus élevée dans la classe sociale la plus défavorisée que dans la classe sociale supérieure ;
- une différence d'espérance de vie de dix ans pour un garçon selon qu'il naît dans un milieu favorisé ou défavorisé (respectivement 78 ans et 68 ans en 1992) ;
- un nombre de décès par maladies cardiovasculaires avant 65 ans trois fois plus élevé à Manchester qu'à Kingston et Richmond en 1997-99 ;
- une consommation de tabac très supérieure chez les travailleurs les moins qualifiés (44 % des hommes et 32 % des femmes se déclaraient fumeurs dans cette catégorie, contre respectivement 15 % et 14 % parmi les catégories socio-professionnelles supérieures).

Un livre blanc « *Saving lives : our healthier nation* », publié en juillet 1999, fixe la stratégie de santé publique du gouvernement pour réduire, d'ici 2010, de

300 000 le nombre de morts prématurées, les deux objectifs généraux étant l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités de santé.

Au Québec, la lutte contre les inégalités, axe majeur de la « politique de santé et du bien-être »

Ces priorités ont été fixées à la suite d'un certain nombre de constats jugés alarmants. Ainsi, des études sur les inégalités de santé ont notamment été conduites par la direction de la santé publique de la région de Montréal en 1998. Dans cette agglomération, la première du Canada par la taille, l'espérance de vie des résidents des quartiers à faible revenu est de cinq ans inférieure à celle des zones à revenu élevé. Ces inégalités s'observent à tous les âges de la vie :

- la mortalité infantile est de 8 pour 1000 dans les zones à faible revenu, alors qu'elle est de 5 pour 1000 dans les zones à revenu élevé ;
- le tabagisme est beaucoup plus répandu chez les groupes à faible revenu (44 % contre 29 % chez les groupes à revenu élevé), et le taux de mortalité attribué au tabac est de 62 % plus élevé dans les groupes à faible revenu ;
- chez les femmes, le cancer du poumon a remplacé le cancer du sein comme première cause de décès par le cancer et frappe davantage les plus pauvres. La proportion de jeunes filles qui fument a plus que doublé entre 1991 et 1994, passant de 17 à 37 %.

L'Institut national de santé publique du Québec mène depuis 2001 un programme de recherche « *Défavorisation, santé et bien-être* » et a collaboré à une étude sur les « inégalités sociales et la santé des tout-petits ». Le « virage de la prévention », que ce plan entend prendre, incite à orienter la prévention vers les modes et habitudes de vie, et en particulier : le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire, l'activité physique, l'alimentation, l'obésité et l'image corporelle, l'alcool, la toxicomanie et les autres dépendances. Parmi les déterminants sociaux de la santé, le plan d'action privilégie la cohésion sociale, un emploi et un revenu décent, la sécurité physique et psychologique, l'importance de la scolarité, l'estime de soi, la lutte contre la violence. Ces orientations privilégient les actions en direction des familles et de la petite enfance, auprès des jeunes et dans le milieu scolaire, dans le milieu de travail, auprès des adultes et des personnes âgées, avec les communautés et les associations, et prévoient un soutien (avec financement) aux médecins, infirmières, travailleurs sociaux pour qu'ils accomplissent des actions de prévention.

En Finlande, la réduction des inégalités de santé, un objectif de la politique de santé publique dès 1986.

Les différences entre catégories sociales ont cependant augmenté dans les années 1980 et 1990 : à trente-cinq ans, l'espérance de vie d'un cadre supérieur est plus élevée de 5,5 ans que celle d'un ouvrier au même âge.

L'objectif de la stratégie définie pour 2015 est de réduire de 20 % les différences de mortalité entre les catégories professionnelles, les niveaux d'éducation et entre les hommes et femmes. L'Académie de Finlande a financé à cet effet un important programme de recherche sur les inégalités de santé avant de s'intéresser à la promotion de la santé.

La recherche d'une approche globale, commune à l'ensemble des services sanitaires et sociaux

L'ensemble des programmes et des structures intègre de plus en plus cette dimension globale : l'exemple de la prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les adolescents est significatif.

Au Royaume-Uni : des programmes d'éducation sexuelle revus

La prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les jeunes, comme celle des grossesses précoces, s'appuie sur une éducation sexuelle revue et replacée dans un cadre plus large de développement de l'adolescent. Les programmes d'éducation sexuelle redéfinis en juillet 2000 intègrent une dimension relationnelle et informent de l'existence de services confidentiels. Une formation spécialisée a été définie, qui devrait bénéficier à 500 enseignants volontaires et être sanctionnée par une accréditation, portant plus globalement sur l'éducation personnelle, sociale et à la santé, ainsi que sur le programme d'éducation civique.

Au Québec : la campagne « parler, c'est grandir »

L'exemple de la campagne « parler, c'est grandir » illustre bien cette volonté d'appréhender la prévention sanitaire dans un contexte plus global de bien-être de l'enfant : elle vise à développer l'estime de soi des jeunes de onze à dix-sept ans, et à favoriser la communication interpersonnelle, notamment avec les parents, en déclinant des messages sur la prévention des IST et du SIDA, du tabagisme, de la toxicomanie et de la dépendance aux jeux, et des messages sur le bien-être psychologique...

L'ensemble de la campagne dure trois ans et constitue une innovation avec une approche globale – et non plus par type de problème – et installée dans la durée. Elle est suivie par des enquêtes régulières de notoriété et d'impact et un correspondant de la campagne est désigné dans chaque région.

L'ambition d'une stratégie de promotion de la santé permettant à la préoccupation de santé d'irriguer à terme l'ensemble des politiques

Si la prévention de la maladie relève de l'institution sanitaire, la création des conditions sociales, politiques et économiques favorables à la santé implique une action de l'ensemble des pouvoirs publics. Cette volonté se manifeste notamment par le développement des études d'impact en santé. Au Québec, une loi de décembre 2001 précise que la santé publique a pour objet « la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population ». Cette approche intégrée se manifeste à travers le rôle du ministère de la santé à l'égard des projets des autres ministères : le ministre de la santé et des services sociaux « doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population » (article 54). Il faut bien reconnaître que cette approche intersectorielle est difficile à mettre en œuvre et exige une coordination forte des acteurs.

L'examen des expériences étrangères montre que la promotion de la santé tend à occuper une place croissante dans les politiques de santé, et commence à influencer aussi bien les modes d'intervention que la configuration des systèmes de soins. Il montre aussi combien la mise en œuvre de ces politiques est difficile et exigeante en termes d'approches transversales, de coordination, d'évaluation.

La prévention sanitaire, et plus encore la promotion de la santé au sens de la charte d'Ottawa, constituent en effet un domaine de l'action publique complexe et polymorphe, aux enjeux multiples et parfois contradictoires, aux savoirs et aux techniques encore fragiles ou incomplets.

La prévention dans les pays européens : quelques points de repère

La **Norvège** adopte la définition de la charte d'Ottawa de l'OMS selon laquelle la promotion de la santé vise à doter les personnes des moyens de prendre en charge leur santé et de maîtriser les facteurs qui l'influencent. La loi sur les services de santé municipaux (1984) précise que la responsabilité des autorités locales concerne, outre les services de soin, les actions de prévention et promotion de la santé (environnement, cliniques familiales, santé scolaire, éducation pour la santé).

En **Suède**, un comité national de santé publique associant des représentants du Parlement a été créé en 1997 pour proposer une stratégie nationale de santé publique. Fin 2000, 18 objectifs nationaux, axés sur les déterminants de la santé et les infrastructures nécessaires à l'action de prévention, ont été rendus publics et un projet de loi déposé en décembre 2002. L'objectif est d'intégrer la santé publique dans la politique générale du gouvernement suédois (économie, protection sociale, marché du travail, agriculture, transports et environnement) et de réduire les inégalités de santé entre classes sociales et entre hommes et femmes. 10 grands domaines d'action sont ainsi prévus, et incluent l'amélioration de la participation politique et la santé sur le lieu de travail. La fixation des priorités dans la loi est d'autant plus importante que la politique de santé est totalement décentralisée, mise en œuvre par les autorités locales.

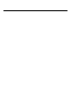
Au **Danemark**, une stratégie nationale « santé tout au long de la vie, 2002-2010 » remplace les différents plans par maladie dans le cadre d'une approche globale de la santé publique. Elle fixe des objectifs d'augmentation de l'espérance de vie et insiste sur l'amélioration de la qualité de vie et la diminution des inégalités sociales devant la santé.

En **Belgique**, la prévention sanitaire est organisée par chaque communauté française et flamande. Au sein de la communauté française, un décret du 14 juillet 1997 définit la prévention en faisant directement référence à la Charte d'Ottawa : il s'agit d'élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, développer les aptitudes personnelles, réorienter les services de santé. La politique de promotion de la santé est énoncée dans un programme quinquennal, le premier couvrant la période 1998-2003.

Aux **Pays-Bas**, un contrat national sur les services de santé publique a été signé en 2001 entre le ministère de la santé, le ministère de l'intérieur et les représentants des autorités locales afin d'intégrer les préoccupations de santé dans l'ensemble des actions des municipalités. L'objectif est ainsi de réduire les inégalités de santé et de renforcer les stratégies de prévention au niveau local.

L'**Allemagne** adopte une définition plus classique de la prévention sanitaire, plus directement axée sur la prévention de la maladie que sur la promotion de la santé. Selon le « comité d'experts pour l'action sanitaire concertée » dans son rapport 2000/2001, « la prévention sanitaire consiste en l'ensemble des mesures et actions qui visent, d'une manière générale, à éviter la dégradation de l'état de santé des personnes, à rendre celle-ci moins probable ou à en retarder l'échéance. »

En **Italie**, la prévention est définie, dans le cadre de la Charte d'Ottawa, comme l'ensemble des moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies et du nombre des accidents. Un plan sanitaire national approuvé par le Parlement fixe les objectifs principaux des politiques sanitaires et de la prévention : en 2002, les objectifs portent sur la promotion des styles de vie sains (nutrition, tabac, alcool), la prévention des principales pathologies et l'amélioration de l'environnement.



Chapitre 3

La prévention se prête mal aux modes d'action publique traditionnels

Le concept même de prévention est devenu difficile à cerner. Depuis la seconde moitié du dix-neuvième siècle jusqu'à la seconde guerre mondiale, la politique de santé était essentiellement préventive, et, faute de thérapeutiques efficaces, largement tournée vers l'hygiène, la salubrité et la vaccination. Ainsi est née la notion de santé publique, qui en France a trouvé sa consécration dans l'adoption de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, dont, comme le constatait avec un mélange d'humour et de nostalgie F. Mansotte en 1996, « la majeure partie occupe encore les cinquante premiers articles du code de la Santé publique, mais ne représente que 61 des 1788 pages de l'édition Dalloz de 1995 ».

Dans ce texte fondateur, la notion de prévention n'est pas mentionnée en tant que telle, mais la nature des dispositions prévues et les conditions de leur mise en œuvre sont indubitablement constitutives de ce que l'on appellerait aujourd'hui un plan national de prévention. Pour lutter contre un problème de santé publique identifié (la prévalence et l'incidence des maladies transmissibles), un ensemble de mesures à visée préventive est décidé : suivi épidémiologique ; déclaration obligatoire des maladies ; vaccination obligatoire ; mesures de police sanitaire ; mise en place d'instances chargées de leur mise en œuvre... Santé publique et prévention ne sont à l'époque que deux mots différents pour exprimer une même réalité. Il n'en est plus rien aujourd'hui.

Les acquis de notre système de prévention

Tout le rapport consacré par l'IGAS à la politique de prévention s'efforcera de mettre en lumière les secteurs dans lesquels le risque est soit mal identifié ou surveillé, soit mal prévenu, ainsi que les inadaptations des politiques de prévention aux attentes et aux besoins actuels. Il convient cependant de rappeler, parce

que cela ne sera pas forcément décrit dans ce rapport, l'importance des acquis de la prévention, ce que l'on peut appeler le socle de la prévention.

En matière d'hygiène publique et singulièrement de surveillance des eaux, le système français est largement exemplaire. Il l'est également en matière de couverture vaccinale, même si des questions de stratégie se posent, notamment quant à l'efficacité comparée des vaccinations obligatoires ou incitatives. Les services de médecine préventive, PMI, médecine scolaire, médecine du travail ont permis à des générations de bénéficier d'une médecine préventive individuelle de qualité. Les réglementations visant à faire diminuer nombre de risques et notamment les causes des accidents domestiques ou des intoxications alimentaires sont sévères. L'effort d'éducation pour la santé, mené par l'ex Comité français d'éducation pour la santé (remplacé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) a permis des avancées pratiques, mais aussi conceptuelles importantes. Enfin, il ne faut pas oublier l'importance dans les déterminants de la santé des politiques de logement, d'éducation, et plus largement des politiques sociales.

L'accès aux soins préventifs, notamment depuis l'instauration de la couverture maladie universelle, ne souffre plus d'obstacles financiers. L'attention portée aux soins périnataux depuis l'instauration de la sécurité sociale est à noter aussi.

Cette prévention doit être conservée, améliorée, mais sûrement pas remise en cause dans les principes qui ont présidé à sa mise en œuvre, notamment celui de ne laisser en dehors de cet effort de prévention aucune partie de la population.

La prévention, une acception de plus en plus large ?

Le champ même de la santé publique s'est considérablement élargi et complexifié.

Nouveaux enjeux de la santé publique

L'industrialisme moderne, avec l'automatisation des processus sanitaires, la sophistication croissante des produits de santé, la consommation prédominante de produits alimentaires préfabriqués, l'augmentation du nombre de produits

chimiques en circulation et des risques de pollution industrielle associés⁵⁰, a imposé, au prix de graves crises (sang contaminé, maladie dite de la vache folle, dioxine, accident de l'usine AZF récemment, etc.), la sécurité sanitaire comme un volet majeur de la santé publique et, en raison du retentissement de ces crises dans l'opinion, comme un enjeu politique prioritaire. Le principe de précaution tend dès lors à devenir le nouveau paradigme de la santé publique.

Dans le même temps, la santé publique est interpellée dans ses fonctions traditionnelles, surveillance épidémiologique, lutte contre les maladies transmissibles, réglementation sanitaire. L'apparition de nouvelles pathologies, dont le SIDA a été l'exemple emblématique, la résurgence de maladies qui avaient disparu (IST, tuberculose) et auxquelles le développement des formes modernes de précarité et des flux migratoires offre un terrain propice, les failles observées dans la couverture et la confiance vaccinales, remettent en cause les dispositifs de surveillance et de dépistage anciens que l'éradication des grandes maladies infectieuses avaient assoupis.

Par ailleurs, s'ouvrent de nouveaux fronts. Le développement hypertrophique de l'appareil de soins fait entrer la santé publique à l'hôpital (infections nosocomiales, iatrogénie, risques périnataux...). L'excès thérapeutique, qu'il s'agisse de la consommation inconsidérée de médicaments, de l'usage inapproprié des antibiotiques, qui contribue aux phénomènes de résistance des bactéries ou de la montée de la méfiance envers la vaccination au sein de la population, font de la maîtrise et de l'éducation thérapeutiques une priorité supplémentaire. Enfin, le drame de la contamination de milliers de travailleurs par l'amiante, comme la mise en évidence par les études internationales de l'importance des pathologies professionnelles, font des risques professionnels un domaine d'intervention majeur pour la santé publique.

Prévention et promotion de la santé

Le thème de ce rapport – la prévention dans le système de santé français – en témoigne : le concept de promotion de la santé au sens de la Charte d'Ottawa n'a pas pénétré de façon structurante et globalisante la politique de santé en France, contrairement aux tentatives qui se dessinent dans les pays nordiques ou anglo-saxons.

Alors qu'elle place la promotion de la santé au centre de ses questionnements méthodologiques et éthiques à l'étranger (Québec, Suisse, Royaume-Uni, États-Unis), la doctrine reste en France volontiers attachée aux notions classiques et segmentées qui ont fondé l'histoire du système de santé et configuré son

⁵⁰ Il existe actuellement 30 000 substances chimiques en circulation dont le volume de commercialisation est supérieur à 1 tonne ; parmi celles-ci, seule une douzaine ont fait l'objet d'une évaluation des risques finalisée.

organisation : santé publique et prévention d'un côté, organisation et régulation des soins de l'autre⁵¹.

Pour autant, longtemps indissociée de la santé publique, la prévention n'a fait qu'une entrée tardive dans le droit sanitaire français. De manière indirecte d'abord, à l'occasion de textes introduisant une référence générale à la prévention⁵² (article L-262-1 du code de la sécurité sociale confiant en 1988 une mission de prévention aux caisses d'assurance maladie, loi de 1998 relative à la loi contre les exclusions instaurant des programmes d'accès à la prévention). De manière directe récemment, avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, qui introduit pour la première fois dans le droit positif une définition de la prévention⁵³ : « *La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé.* »

La loi du 4 mars 2002 consacre ainsi une option française, qui fait de la promotion de la santé non pas le fondement de la politique de santé auquel appelle la Charte d'Ottawa, mais un élément certes consubstantiel à la prévention, mais finalement second et de portée plus symbolique qu'opérationnelle. Ainsi conçue, la prévention englobe : la sécurité sanitaire (réduire les risques dus à l'environnement, au travail et à la consommation de produits alimentaires ou de santé) ; les fonctions traditionnelles de prophylaxie, d'identification des facteurs de risque, de vaccination et de dépistage ; l'information et l'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique, fonctions progressivement intégrées en France au cours des dernières années et ayant donné leur nom ou leurs objectifs à différentes institutions⁵⁴ ; une ambition nouvelle à vocation globale et transversale, réduire les inégalités sociales et spatiales de santé.

⁵¹ Trois exemples récents en attestent : le colloque organisé sous l'égide de la Fondation Singer-Polignac en juin 2001 : « La santé en France au XXI^e siècle : quelles perspectives ? », est organisé en deux parties : « L'hôpital du futur » et « La prévention » ; c'est la prévention qui donne son titre à celui de l'académie de médecine présenté par les professeurs Tubiana et Legrain en 2001 (« Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ? ») ; dans son rapport pour 2002, (La santé en France, précité), le Haut comité de santé publique propose en liminaire une série de définitions : morbidité, mortalité, inégalités de santé, qualité de vie, prévention, déterminants, parmi lesquels la notion de promotion de la santé ne figure pas.

⁵² Cf. D. Tabuteau, Les nouvelles ambitions de la politique de prévention, Revue de droit social, décembre 2001.

⁵³ L'article L. 1417-1 nouveau du code de la santé publique précise en outre que « La politique de prévention tend notamment : 1° A réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer ; 2° A améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ; 3° A entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ; 4° A promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ; 5° A développer des actions d'information et d'éducation pour la santé ; 6° A développer également des actions d'éducation thérapeutique. ».

⁵⁴ Fonds national de prévention, d'éducation et d'information pour la santé, Centre français d'éducation pour la santé, Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé...

Il n'est pas du rôle de ce rapport de porter une appréciation positive ou négative sur ce positionnement à la française, mais il lui revient tout de même d'en signaler la portée. D'une part, ce positionnement présente un avantage, celui de proposer une définition plus concrète et de fait plus immédiatement à portée de réalisation que la conception très englobante de la promotion de la santé, et un inconvénient, celui de se démarquer d'un courant émergent à l'échelle internationale. D'autre part, la fidélité du droit français au principe de prévention semble porter en elle un choix idéologique et philosophique implicite, mais fondamental. Selon la Charte d'Ottawa (cf. supra encadré n° 2), « *la promotion de la santé a pour but premier de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* ». Dans la définition française, « *la prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population* », la formule de la charte d'Ottawa n'étant ajoutée que dans un second temps sous une forme adaptée, et présentée non comme une finalité, mais comme une conséquence (« *A travers la promotion de la santé, cette politique, donne à chacun le moyen de protéger et d'améliorer sa santé* »).

La définition de la Charte d'Ottawa se place délibérément du point de vue des personnes. Elle conduit à reconnaître, selon la formule visionnaire de Pierre Mercenier⁵⁵ exprimée il y a plus d'un quart de siècle, la subjectivité de la santé, « le fait qu'elle soit une construction sociale et non seulement un produit scientifique objectif », que les choix et les décisions soient partagés entre professionnels et profanes en « participation ».

L'approche française reste attachée à une conception implicitement inspirée du modèle biomédical, même enrichie d'une dimension sociale (la lutte contre les inégalités sociales de santé), et du rôle primordial de l'État régalien ; elle reste d'une certaine manière fondée sur le double paradigme de la maladie et de l'État providence seul habilité à incarner la santé publique.

Progrès incontestable en ce qu'elle exprime de façon solennelle l'ambition politique d'extraire la prévention de la condition de segment marginal d'une politique de santé jusqu'alors principalement centrée sur le système de soins, cette définition législative n'en épuise par pour autant toutes les ambiguïtés pratiques du concept même de prévention.

Soins curatifs et soins préventifs, une frontière difficile à tracer

On distingue assez clairement, d'un point de vue théorique, ce qui fait la spécificité principale des activités préventives et celle des activités curatives : l'acte

⁵⁵ Pierre Mercenier, professeur en santé publique (Belgique) : « La médecine préventive : exigence ou panacée », in *Pour une politique de santé publique*, 1971, EVO ; Alain Deccache, professeur en santé publique de l'Université catholique de Louvain : « Une relecture de Pierre Mercenier, Comment ont évolué les concepts et pratiques de prévention des maladies et de promotion de la santé ? », in *Santé conjugée*, 1999, Belgique.

préventif répond à un problème potentiel, le risque, l'acte curatif à un problème actuel, le symptôme, et à une demande. Cette différence fondamentale induit des conséquences économiques (le coût unitaire de l'acte préventif doit être moindre que celui de l'acte curatif pour qu'il y ait avantage économique à la prévention), mais aussi psychologiques, éthiques, opérationnelles. (P. Mercenier, précité)

Quand les effets de l'action curative sont généralement visibles et à court terme, ceux de l'action de prévention sont par définition non perceptibles, aléatoires (nul ne peut garantir que l'individu tirera un bénéfice personnel d'une action collective) et à résultat retardé (ce qui demande un effort ou un sacrifice maintenant, pour un futur incertain). Dans l'acte curatif, il y a réponse à une demande ou une situation avec les moyens et les connaissances disponibles, quels qu'en soient les fondements scientifiques. Dans l'action de prévention, les bases scientifiques sur lesquelles l'action est proposée à la population doivent généralement être suffisamment solides pour affirmer la supériorité des avantages sur les inconvénients.

Mais dans la pratique, les deux approches sont imbriquées, ne serait-ce que parce qu'elles sont dans nombre de cas mises en œuvre auprès de l'individu par un même professionnel, un médecin généralement. Il n'y a pas de frontière nette entre les domaines du diagnostic et du dépistage, entre l'acte médical préventif et l'acte médical curatif.

A cet égard, l'OMS, rappelons-le, distingue trois niveaux de prévention : la prévention primaire, dont l'objectif est d'éviter l'apparition de la maladie ou du traumatisme en agissant sur les facteurs de risque ; la prévention secondaire, dont l'objectif est la détection de la maladie ou de la lésion qui la précède, à un stade où il est encore possible d'intervenir utilement ; la prévention tertiaire, dont l'objectif est de diminuer les incapacités, les séquelles ou les récidives, et de faciliter la réinsertion sociale. Cette distinction universellement admise emporte une conséquence : la prévention fait partie intégrante du soin, qui ne se réduit pas au soin curatif.

Cela est vrai dès le niveau primaire, aussi bien dans le cas de la vaccination, généralement administrée par des professionnels soignants, que pour l'information et le conseil thérapeutique, dont le médecin traitant, quoique mobilisé par sa démarche curative, ne s'estime pas exempté. C'est une évidence pour le niveau secondaire, dans lequel s'inscrivent les opérations de détection et de dépistage, le plus souvent effectuées de nos jours au moyen d'actes d'analyse ou d'exploration sophistiqués ne pouvant être pratiqués que dans un cadre médicalisé. Le professeur Gilles Brucker a exprimé autrement cette réalité : « Qu'entend-on aujourd'hui par prévention ? Dès lors que l'on définit le dépistage précoce comme de la prévention (secondaire), et la prévention tertiaire comme la politique de réinsertion : qu'est-ce qui n'est pas de la prévention ? Et si traiter au stade encore asymptomatique, ce que permet le dépistage du cancer du sein, est

de la prévention, alors le dépistage et le traitement de la maladie VIH sont aussi de la prévention, puisque le traitement se fait à un stade asymptomatique. Pourtant nous pensons que le dépistage de cancer du sein est de la prévention... mais pas le traitement du VIH asymptomatique⁵⁶ ! »

Ces réflexions ne sont pas purement formelles, le système de santé français restant organisé autour d'une séparation nette, voire légalement cloisonnée, entre la prévention et le soin, rendant la mise en œuvre de toute véritable politique de prévention sinon aléatoire, du moins compliquée.

Ainsi, les professionnels de santé, et en premier lieu, les médecins, sont avant tout formés à guérir. Leurs outils sont la démarche diagnostique, la stratégie thérapeutique. Et sans doute, dans les conditions pratiques de l'exercice de leur métier, sous-tendues par les contraintes du temps compté et des régimes tarifaires, il ne leur est pas toujours possible, devant un patient venant à eux avec un symptôme ou une pathologie précise, de s'intéresser « à ce qui va bien », c'est-à-dire à ce que n'exprime pas le patient (A. Deccache, précité). La réponse thérapeutique, ou de dépistage, cache parfois la difficulté des médecins à répondre à la plainte des malades, qui, si elle s'exprime sous forme de malaise somatique, peut traduire une difficulté psychologique, sociale, économique. Ainsi de la prescription de psychotropes délivrés aux personnes âgées, quand les causes de leur mal-être résident bien souvent dans un manque de lien humain, ou bien à des personnes en activité en réponse au stress provoqué par des conditions de travail, de transport ou d'habitat pénibles. Malgré tout, les médecins participent de fait à l'action de prévention pour une part importante de leur activité (une étude du cabinet Cemka et du groupe Thalès pour la direction de la sécurité sociale évalue en 1999 cette part à plus de 15 %, ci-dessus), justement parce que la prévention n'est pas sécable du soin.

De plus, inspirée par le souci d'encadrer l'évolution des dépenses d'assurance maladie, la législation française dresse une frontière organisationnelle et financière entre prévention et soins. L'article L. 321-1 du code de sécurité sociale réserve en effet la couverture de droit commun de l'assurance maladie aux seuls frais de soins, avec, depuis peu, trois exceptions expressément visées : certains actes de dépistage, de vaccination, ainsi que l'examen de prévention bucco-dentaire prévu par le code de la santé publique. Le financement des actions de prévention par l'assurance maladie, hors les exceptions prévues, est restreint à un fonds national de prévention, d'éducation et d'information pour la santé (FNPEIS), de montant limité et lui-même soumis, au non de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, à un strict encadrement.

A cet égard, si la loi du 4 mars 2002 prévoit que « *les professionnels, les établissements, les réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous*

⁵⁶ Intervention au colloque de la fondation Singer-Polignac précité : La santé en France au vingt-et-unième siècle, 2001.

autres organismes participant à la prévention et aux soins... contribuent à développer la prévention... », elle n'a pas pour autant érigé en principe général le financement de la prévention dans le cadre de ce que l'on appelle, au sein de l'assurance maladie, la gestion du risque. En quelque sorte, le soin et l'acte curatif demeurent soumis au financement de droit commun, et les actions de prévention à un financement sinon d'exception, du moins subsidiaire.

Cette difficulté à sortir le système de santé d'un mode d'organisation et de financement centré sur le curatif, à abattre la barrière symbolique qui cantonne d'un côté l'assurance maladie, principal financeur de la santé, au paiement quasi exclusif d'actes de soins, et de l'autre les services de l'État, décideurs sans levier financier à hauteur de leurs objectifs, à la politique de santé publique, ne s'explique pas seulement par la contrainte financière. Elle est l'un des symptômes de la difficulté politique et technique à mettre en œuvre un projet national de santé fondé sur une démarche globalisante, dans un champ par construction diversifié et hétérogène, aussi bien du point de vue des risques et des pathologies, que des populations, des outils et des acteurs concernés.

La prévention : des légitimités et des compétences partagées

Les constats et analyses qui précèdent le démontrent à l'envi : le domaine de la prévention est devenu d'une hétérogénéité qui grandit à mesure que ses ambitions s'élèvent et que, par le jeu combiné des évolutions de la société, de l'économie, des relations sociales, culturelles et internationales, son objet s'élargit et se transforme.

Un champ d'une grande diversité

Le domaine de la prévention primaire est immense. Toutes les pathologies et pratiquement tous les facteurs de risque sont redevables d'un des trois types de prévention définis par l'OMS. En conséquence, les modes d'intervention, les outils, mais aussi les chances de succès sont très variables d'un domaine à l'autre.

La prévention primaire s'étend, pourrait-on dire, de l'hygiène du milieu à l'hygiène de la personne (en passant par la vaccination). Agir en prévention sur le milieu, c'est intervenir par voie de normes, d'autorisations, d'interdictions et de contrôle dans des secteurs aussi variés que l'urbanisme et la salubrité du cadre bâti, les infrastructures routières, la distribution de l'eau, la fabrication des

aliments et des produits de santé, l'élevage et les cultures agricoles, les eaux de baignade, les émissions polluantes et la sécurité des sites industriels, les conditions de travail, etc. Autant de types de risques et de domaines hautement spécialisés ayant peu à voir entre eux. Et peu à voir avec l'action primaire en direction des individus, qui vise à changer les comportements estimés à risque, et en fonction de problématiques là encore aussi différentes que la lutte contre le tabac, l'alcool et les drogues illicites, l'insécurité routière, la mauvaise nutrition, les pratiques sexuelles à risques, les troubles mentaux, etc.

C'est la société entière, dans toute la diversité de ses activités économiques, de ses pratiques collectives, communautaires ou individuelles, de ses classes sociales et d'âges, qui constitue le terrain d'élection de la prévention. Autant dire que la politique de prévention ne peut être de la compétence exclusive ni d'un département ministériel, ni d'une catégorie d'experts ou de professionnels, ni d'une science unique.

Des acteurs multiples aux logiques divergentes

L'une des grandes difficultés d'une politique globale de prévention réside dans la pluralité des outils d'intervention et des acteurs.

Un domaine par nature polycentrique

Pour l'administration en charge de la santé, comment prévenir les pollutions sans le concours des services de l'environnement, de l'industrie, de l'agriculture ? Comment mener une politique d'information et d'éducation sur les drogues en direction des jeunes sans le concours des services de l'éducation, des départements en charges de l'aide sociale à l'enfance, des communes, des associations œuvrant dans l'action sociale ? »

Comment envisager une politique de promotion de la santé au travail sans le concours des services du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, mais aussi et surtout des entreprises, des partenaires sociaux, de l'assurance maladie ? Dans le domaine médical même, comment organiser efficacement la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles sans mobiliser à la fois les diverses institutions sanitaires spécialisées dans la surveillance ou la prise en charge des maladies, les services sociaux et de santé des collectivités territoriales, le réseau des associations spécialisées, les médecins généralistes ou spécialistes des secteurs libéral et hospitalier, les médecins de santé scolaire et du travail, les médecins des caisses d'assurance maladie ?

Toute politique de prévention est par construction polycentrique. Aussi sa mise en œuvre passe-t-elle par une coordination étroite, à tous les échelons, national, régional, local, entre tous les services concernés ; et son succès dépend-il, en amont, de la participation de toutes les organisations sollicitées à

la définition des objectifs, des stratégies, des moyens à mobiliser. Dans la plupart des cas, en effet, il s'agit d'impliquer une institution, aux côtés et avec d'autres, dans un programme ou une action qui ne fait a priori partie ni de son cœur de métier ni de ses objectifs prioritaires.

L'école, par exemple, a pour fonction première d'enseigner, pour objectif principal la transmission du savoir. Sans doute est-elle également investie d'un rôle éducatif aux contours flous, qui fait aujourd'hui l'objet de débats tant au sein de la société que de la communauté enseignante. Au dix-neuvième siècle, Jules Ferry institua des cours d'hygiène obligatoire à l'école, les instituteurs étant chargés de vérifier la propreté des mains des enfants. A la fin des années soixante, on introduisit dans les collèges et lycées des cours d'instruction sexuelle. Il est moins que jamais possible, de nos jours, de concevoir un programme d'information ou d'éducation pour la santé, sur la drogue, le tabac, la nutrition, qui ne mobilise pas l'école et, au-delà des professionnels sociaux et de santé qui y exercent, le corps enseignant.

L'un des défis majeurs des politiques de prévention réside dans leur capacité à mobiliser de façon complémentaire et coordonnée autour d'un objectif ou d'un projet, au niveau territorial approprié, des collectivités territoriales, des organisations et des professionnels aux légitimités et aux finalités différentes, voire divergentes.

Le promoteur d'une politique de prévention, fût-il un service de l'État ou un financeur à titre principal, ne peut espérer réussir dans son entreprise à partir du seul modèle de l'injonction au nom du bien public. Il doit être d'abord un fédérateur autour d'un diagnostic partagé et d'objectifs communs ; ensuite un animateur de réseaux et un mobilisateur de volontés ; enfin un diffuseur en retour d'expériences et de résultats.

C'est d'autant plus vrai en France, où la conception subsidiaire de la prévention qui a prévalu pendant les cinquante dernières années a abouti à une véritable dispersion des compétences (Cf. infra, deuxième partie), qui fait écrire à D. Tabuteau (Revue de droit social, précité) : « *La multiplicité des acteurs et l'absence de coordination posent un problème d'efficacité d'ensemble du système et expliquent sans doute l'investissement modeste de la collectivité en matière de prévention... et certaines attributions de compétence comportent même des germes de conflits ou au contraire de déresponsabilisation...* »

Quelles que soient les difficultés à organiser la prévention à l'échelle du pays, et à définir une répartition harmonieuse et complémentaire des compétences entre les différents départements ministériels de l'État, entre le secteur de la santé et les autres secteurs, entre l'État et les autres institutions, territoriales ou spécialisées, la clé de la réussite réside dans la mise en œuvre de modes opératoires et de coordination permettant à chacune de ces composantes de s'investir sur des bases partagées en termes d'objectifs, de contributions, d'évaluation.

De ce point de vue, les développements ultérieurs tendront à le démontrer, si une réforme de l'organisation de la prévention est en France nécessaire, elle ne pourra faire l'économie d'une réflexion approfondie sur les rapports de la politique de prévention aux usagers, aux territoires et à tous les acteurs économiques et sociaux, pas plus que sur la répartition des missions entre politiques, experts, acteurs et usagers d'une part, entre État central, services déconcentrés et collectivités décentralisées d'autre part.

Un domaine par nature multidisciplinaire

L'objet de la prévention s'élargissant aux déterminants de santé comportementaux et sociaux, celle-ci ne peut être désormais l'apanage ni de la médecine en général ni des professions cliniciennes.

Du point de vue de la connaissance et de la recherche, l'inventaire des risques, l'évaluation et la compréhension des multiples déterminants requièrent une collaboration étroite entre recherche fondamentale (biologique, physique, toxicologique, statistique et humaine), recherche clinique et épidémiologie. Le concours des sciences humaines est désormais tout aussi indispensable que celui de l'épidémiologie et de la physiopathologie pour répondre aux questions posées par les facteurs de risque comportementaux : quel est le rapport psychologique des individus aux différents risques, tabac, alcool, SIDA, conduite automobile ? Quelle est leur représentation du risque selon leur âge, leur milieu, leur appartenance communautaire ? Quelle est l'influence du milieu sur les déterminants de santé d'une population ? Autant de questions auxquelles aucune discipline seule ne peut répondre.

De même, la définition et la mise en œuvre de programmes de prévention supposent des savoir-faire propres à la santé publique (planification, conduite de projets, animation de réseaux, évaluation), qui sont rarement ceux des cliniciens. L'information, l'éducation, la formation à la maîtrise du risque occupent une place grandissante dans les actions préventives. Ces fonctions nécessitent des compétences là encore diversifiées, pédagogiques, communicationnelles, psychosociologiques : quel message de prévention faire passer ? Et comment, par quel canal ? Sur le terrain, les médecins ont besoin du relais d'ingénieurs, d'infirmiers, de professionnels paramédicaux, de travailleurs sociaux, d'éducateurs, de psychologues, d'enseignants souvent, de membres de forces des forces de l'ordre parfois, qui en certaines circonstances sont devenus un vecteur essentiel de parole et d'éducation au risque.

L'action préventive individuelle réalisée par les professionnels de santé dans le cadre de leur activité de soins ordinaire demanderait aussi des compétences particulières, en termes d'approche psychosociologique, de santé publique (référence à une analyse de population), de modes d'exercice du métier (travail en équipe, en coordination avec d'autres acteurs, utilisation de référentiels, supervision...). D'une manière générale, la participation à la politique de pré-

vention de tous les professionnels de santé, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, médecins, est nécessaire. Ces professionnels y sont malheureusement mal préparés.

En fin de compte, le nombre des métiers requis par la prévention est considérable. L'enquête thématique sur les métiers de la prévention réalisée par l'IGAS dans le cadre des travaux préparatoires à ce rapport a permis d'inventorier ces métiers sous trois catégories : les métiers dédiés, exercés à titre principal dans un service de prévention ; les métiers partagés, appelés à contribuer à titre non principal à des actions de prévention ; les métiers émergents, métiers nouveaux et spécialisés apparaissant dans le champ de la prévention, mais n'ayant encore ni statut ni, le plus souvent, cadre pérenne d'accueil (cf. infra, et encadré ci-dessous).

L'engagement dans des actions de prévention est donc très inégal ; si on peut estimer à plus de deux millions le nombre de professionnels concernés à un titre quelconque et parfois très restreint par la prévention sanitaire, quelque 8 % des médecins, plus de 5 % des sages-femmes, 4 % des infirmières, 1 % des chirurgiens dentistes, 0,5 % des pharmaciens, 15 % des psychologues salariés remplissent des fonctions spécifiquement dédiées à la prévention.

Seules des études qualitatives ad hoc permettraient de mesurer l'investissement en prévention réellement effectué par les différents professionnels. Une étude a déjà évalué entre 17 et 25 % le temps consacré par les généralistes à des actes de prévention (Cemka et Thalès, précitées). Dans certaines spécialités, l'exercice médical comporte un large volet de prévention, primaire mais surtout tertiaire. Ainsi des rhumatologues, des gastro-entérologues, des diabétologues ou endocrinologues, des cardiologues, des gynécologues, etc. Les psychiatres, notamment ceux exerçant en psychiatrie publique sectorisée, sont appelés en principe à consacrer une grande part de leur temps à la prévention.

Enfin, il est intéressant d'observer que dans de nombreux pays étrangers, notamment anglo-saxons, une partie non négligeable des actes préventifs, en particulier d'éducation thérapeutique, voire d'exploration en vue d'un dépistage, sont exécutés par des professionnels paramédicaux, notamment infirmiers, et non par des médecins. De même, les accompagnements psychologiques, la détection et la prévention des difficultés parentales, l'accompagnement des personnes en souffrance psychique du fait de leur situation sociale, peuvent être effectuées par des psychologues, des psychomotriciens, des infirmiers psychiatriques, des assistants sociaux, etc., dès lors qu'ils possèdent la formation nécessaire et qu'ils exercent dans un cadre de travail adéquat.

Les métiers dédiés à la prévention (estimations non exhaustives et arrondies)

Education nationale : 1 300 médecins à temps plein, 1 200 vacataires, soit un médecin pour 6 000 élèves ; 6 300 infirmiers (nombre de postes budgétaires), soit un infirmier pour 2 000 élèves ; 1 100 secrétaires médico-sociales, métier qui semblerait en voie d'extinction.

Secteur du travail et de l'emploi : 6 500 médecins du travail en entreprise, dont 5 250 dans les services interentreprises (la médecine du travail est une spécialité distincte de la médecine de santé publique, et les médecins du travail sont des salariés protégés des entreprises) ; 8 000 professionnels, dont 5000 infirmiers, assistant à des titres divers les médecins du travail ; 50 médecins inspecteurs régionaux du travail exerçant dans les services de l'État⁵⁷ ;

Secteur de la santé : 590 médecins inspecteurs de santé publique ; 140 pharmaciens inspecteurs de santé publique ; 450 ingénieurs du génie sanitaire et ingénieurs des études sanitaires ; plus de 1 000 techniciens sanitaires, tous principalement affectés dans les services déconcentrés de l'État (postes budgétaires) ; ainsi que les quelque 3 000 professionnels de l'administration centrale, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), de l'Institut national de veille sanitaire (INVS) et des agences sanitaires ayant une mission de sécurité sanitaire.

Secteur de la protection sociale : 640 chercheurs et ingénieurs à l'Institut de recherche et de sécurité (INRS), organisme créé par la caisse nationale d'assurance maladie pour l'identification, l'étude et la prévention des risques professionnels ; 1 500 éducateurs pour la santé et professionnels de la santé au travail dans le réseau des caisses primaires et des caisses régionales d'assurance maladie. A quoi s'ajoutent les professionnels dédiés à la prévention et travaillant dans le secteur mutualiste, qu'il a été impossible d'évaluer.

Collectivités territoriales (communes et départements) : 9 600 médecins ; 2 600 psychologues ; 850 sages-femmes ; 7 500 puéricultrices ; 8 100 infirmiers ; 23 500 auxiliaires de puériculture.

Limites et incertitudes de la prévention

Dans la tradition de la prévention, connaître l'étiologie d'une pathologie, ou du moins son mécanisme, est le préalable indispensable à une action préventive. Ce principe ne peut plus aujourd'hui être d'application universelle. Le vingtième siècle, grâce aux progrès de l'hygiène et de la médecine, a été caractérisé

⁵⁷ Le présent rapport n'a pas enquêté sur l'organisation de la prévention du risque professionnel pour les salariés des fonctions publiques. Il faudrait rajouter les professionnels des services de prévention dans la fonction publique au total.

par la disparition progressive de la plupart des maladies qui représentaient naguère les problèmes de santé publique majeurs, et par la réorientation concomitante de la réflexion et de l'action vers les facteurs de risque liés à l'environnement et aux comportements. L'enjeu devient dès lors plus complexe. La notion de comportement à risque, comme cela a été évoqué précédemment, est subjective, elle est une construction sociale. Lorsque la prévention vise à agir sur certains comportements (la consommation de tabac ou d'alcool par exemple) en tant que causes pathogènes, elle ne s'appuie pas sur une certitude scientifique absolue. Un lien épidémiologique est certes établi entre la consommation de tabac et le cancer, mais dans de nombreux cas on ignore complètement l'étiologie du cancer. De nombreuses études montrent que les facteurs de comportement individuels ne constituent qu'un des éléments explicatifs parmi de nombreux autres, dont la pondération peut tout à fait être supérieure. La prévention moderne, pour de larges pans de son champ, est encore soumise au principe d'incertitude, à la fois en raison du caractère multifactoriel des déterminants de santé et des limites de ses outils.

Le caractère multifactoriel des déterminants de santé

La santé d'un individu est bien sûr et d'abord le résultat conjugué de son héritage, biologique et génétique, et de son histoire sanitaire, depuis sa naissance ou même sa conception. Mais il est aussi le résultat non seulement de son exposition active ou passive à certains risques, mais encore d'une multitude de déterminants psychologiques, culturels et sociaux dont on sait encore mal mesurer l'impact. C'est le cas même pour des maladies infectieuses. Comme le fait remarquer Marc Loriot⁵⁸, le bacille de Koch n'explique pas à lui seul la tuberculose ; une personne bien nourrie, bien reposée est mieux armée pour résister à cet agent pathogène.

Que l'on raisonne sur les risques professionnels, les comportements alimentaires, les dépendances ou les facteurs environnementaux, les causes des pathologies sont le plus souvent multiples, et, en l'état des connaissances, parfois difficiles ou même impossibles à identifier précisément. Dès lors, les anciens modes de prévention, qui visaient essentiellement à éloigner un agent pathogène bien identifié par la vaccination ou par l'hygiène, s'ils restent opérants contre les risques pour lesquels ils ont été imaginés, ne sont plus efficaces pour les nouveaux risques.

Ainsi, dans le domaine des risques professionnels, le cas de la contamination par l'amiante, dont la relation à une pathologie précise comme le mésothéliome peut être mise en évidence sans ambiguïté, est assez rare. Le plus souvent, les pathologies d'origine professionnelle, telles que les troubles ostéomusculaires,

⁵⁸ La santé publique impossible, Action Santé-Sérès.

le stress, la dépression, seront liées non seulement aux conditions de travail, mais aussi aux conditions de transport, d'habitat, de vie.

Au-delà de cet exemple, des études internationales suggèrent que l'influence des déterminants sociaux et environnementaux de santé prédominent celle des comportements individuels, ce qui au demeurant pourrait constituer l'une des explications majeures de la persistance des inégalités sociales de santé. L'article récent de M. Goldberg et al., précité, en fait une recension commentée instructive, que le passage suivant reprend pour large part.

Ainsi, l'une des avancées majeures des dernières années a été la mise en évidence du rôle des facteurs psychosociaux liés à l'organisation du travail, dont R.A. Karasek⁵⁹ a le premier fait l'hypothèse qu'ils étaient source de stress potentiellement pathogène. Divers autres travaux ont ainsi montré que le stress peut être mis en cause dans les maladies cardio-vasculaires, les troubles mentaux, notamment la dépression, les troubles ostéomusculaires. Ces facteurs joueraient un rôle direct en favorisant non seulement « un vieillissement précoce » de l'organisme, mais aussi l'exposition à des facteurs de risques, tels les consommations de tabac, d'alcool, le surpoids.

Dans un autre registre, le lien entre l'état de santé et la qualité des relations sociales de proximité⁶⁰, la situation sociale du conjoint⁶¹, la nationalité d'un individu, de son conjoint ou de sa famille, ou bien encore l'existence de discriminations raciales ou communautaires⁶², a été maintes fois soulignée.

Par ailleurs, de nombreuses autres études ont mis en évidence l'influence d'un environnement socio-économique dégradé sur certains indicateurs de santé. Ainsi on a observé dans la région de Londres que l'incidence de la schizophrénie au sein des minorités ethniques augmente lorsque la proportion de ces minorités diminue parmi la population locale, ce phénomène s'expliquant notamment par des mécanismes de solidarité plus effectifs dans les quartiers où les personnes appartenant à des minorités ethniques sont nombreuses⁶³. De même, a été repérée l'existence d'un lien entre le risque coronarien et un environnement résidentiel⁶⁴. D'une manière générale, la littérature récente tend à indiquer que pour un ensemble de raisons variées (accès à l'enseignement et aux services collectifs – Siegrist 2000 ; influence des normes culturelles ambiantes sur les comportements à l'égard du tabac, de l'alcool ou des pratiques sportives et associatives – Trugeon et Salem, 1999 ; stress lié à l'insécurité – Dietz-Roux, 2002), « le cadre de vie peut avoir non seulement des effets

⁵⁹ R.A. Karasek, Modèle « demande-autonomie du travail », 1979.

⁶⁰ Berckman et al., 1992 ; Kawachi et al., 1996 ; House et al., 1988 ; etc.

⁶¹ Ribet et al. 2001.

⁶² Annadale et Hunt, 2000 ; Chaturvedi, 2001 ; Krieger, 2000 ; etc.

⁶³ Boydell et al., 2001.

⁶⁴ Kölegard Stjärne et al., 2002.

sur la santé, mais aussi moduler l'impact des caractéristiques individuelles et des facteurs de risques ».

Là encore, ces études n'ont pas qu'un intérêt abstrait. Au moment où l'infléchissement des comportements individuels considérés comme facteurs de risques tend à servir de fil conducteur à la plupart des objectifs nationaux de santé publique, elles contribuent à relativiser le caractère déterminant de ces comportements, et à accréditer l'idée que la distribution inégalitaire des facteurs de risque au sein de la population en fonction de la situation sociale ne constitue sans doute pas l'explication primordiale des inégalités sociales de santé.

Les quelques éléments d'épidémiologie sociale dont il vient d'être rendu compte peuvent ouvrir des pistes de réflexion et servir de guide à l'élaboration d'une politique de prévention qui viserait notamment à corriger les inégalités de santé. On peut à ce stade en tirer quatre enseignements :

- le caractère essentiel d'un dépistage et d'une prise en charge précoces, notamment des troubles psychiques des enfants ;
- l'importance d'une approche s'appuyant sur les réseaux de proximité et touchant les personnes avec leur environnement proche ;
- la nécessité de comprendre les risques différenciés en fonction des positions sociales, à travers une évaluation des risques encourus dans différents types socio-économiques d'environnement et notamment en milieu professionnel ;
- le grand intérêt à mener de pair action préventive et démarche sociale et culturelle, et l'intégrer celle-ci dans des actions éducatives, professionnelles, culturelles et sociales.

Quoiqu'il en soit, il reste très difficile d'expliquer et encore plus de mesurer les déterminants sociaux de la santé, d'autant qu'il sont en constante évolution.

Le caractère évolutif des risques : l'exemple du risque professionnel

Le caractère évolutif des pathologies, des facteurs de risque et des enjeux de santé publique a précédemment été évoqué à plusieurs reprises. Il constitue l'un des éléments de complexification de la politique de prévention. Le risque professionnel, qui a fait de la part de l'IGAS l'objet d'une enquête thématique spécifique, en fournit une illustration concrète.

En milieu professionnel, l'activité évolue en permanence, les facteurs du risque également

De nos jours, les modes de production évoluent en permanence, les relations de travail sont de plus en plus instables. La tertiarisation progressive de l'économie, la transformation de l'univers industriel, l'apparition et la succes-

sion constantes de nouveaux processus, de nouvelles formes d'organisation du travail (durée du travail, cadences, polyvalence, restructurations...), de nouveaux produits, modifient la nature et la gravité du risque auquel sont exposés les salariés.

Ainsi, les inspecteurs du travail de la région Nord-Pas-de-Calais se déclarent inquiets et désarmés face à l'utilisation croissante, dans les entreprises de cette région, de substances chimiques dangereuses vis-à-vis desquelles leurs moyens d'investigation sont très limités : l'étiquetage du produit relève aujourd'hui du seul fabricant encadré cependant par les directives communautaires dont l'application est contrôlée par la DGCCRF ; la législation sur les risques chimiques donne aux inspecteurs du travail la possibilité de procéder à des prélèvements (L231-7 du code du travail), mais en l'absence d'organisme d'analyse agréé, les laboratoires sollicités par la caisse régionale d'assurance maladie ne peuvent faire face à des demandes nombreuses.

Le développement de la sous-traitance, notamment par de petites et moyennes entreprises où les risques sont moins maîtrisés, constitue à cet égard un sujet de préoccupation grandissant. L'identification des risques tout au long de la chaîne des contrats de sous-traitance devient difficile. Ainsi, dans le Nord-Pas-de-Calais, certaines activités, comme le « désamiantage », sont considérées par l'inspection du travail comme insuffisamment professionnalisées, la durée du travail y étant notamment souvent excessive. En région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) a soumis un modèle de charte de sous-traitance aux entreprises du secteur chimique, qui n'ont pas encore donné suite.

De manière générale, la mobilité croissante des trajectoires professionnelles, le développement de formes précaires d'emploi et d'entreprise (sous-traitance, intérim, contrats à durée déterminée...) rendent difficile le suivi des salariés et compliquent la compréhension du risque.

Un système de prévention aujourd'hui mis à mal par la montée des risques diffus et différés

La traditionnelle invisibilité du risque sanitaire en milieu de travail complique la perception des nouvelles formes de risque. Le monde du travail se caractérise en effet par une très grande tolérance au risque, voire une valorisation du risque, qui fait partie de la culture du collectif de travail. En « prenant » le risque, les salariés construisent un système de défense psychologique contre la peur. La conséquence peut être une négation du risque ou même un jeu avec la prise de risque. La maladie ou l'accident peuvent même d'une certaine manière être des éléments d'une identité professionnelle (le mineur et sa silicose). La crise économique, l'augmentation du chômage, les fermetures d'usines contribuent de surcroît à renforcer cette acceptation culturelle du risque, comme le constatent dans le Nord-Pas-de-Calais les services de l'État. Par ailleurs, les évolutions de l'appareil de production et le développement d'activités suppo-

sant la manipulation de produits nouveaux multiplient les risques d'exposition à des substances dont on ne se rend compte que progressivement qu'elles peuvent constituer un danger pour la santé humaine. Devant cette mutation du risque, le repérage en amont des risques émergents, seul de nature à définir au plus juste les mesures correctives appropriées, devient une impérieuse nécessité. Ces nouveaux risques, ceux liés à l'utilisation de substances nouvelles comme ceux liés à des facteurs psychologiques (stress, charge mentale et plus largement « violence » au travail), supposent une veille à la fois scientifique, sanitaire et sociale, qui puisse impliquer, outre le monde de la recherche, les acteurs du risque, salariés, préventeurs et employeurs. Le caractère extrêmement volatil du risque sanitaire au travail rend d'autant plus nécessaire un outil de connaissance performant. La connaissance du risque suppose une appréciation fine à la fois de la situation sanitaire des salariés et des modes de production : c'est là que réside la spécificité et la complexité de la prévention du risque sanitaire au travail.

L'épidémiologie, une connaissance parmi d'autres

Outil de base mais non exclusif ni même premier de la politique de santé publique, et auquel cette dernière ne saurait se réduire, l'épidémiologie se distingue par son objet et ses méthodes de la démarche biomédicale classique. Son objet n'est pas de considérer un agent pathogène, une maladie ou un individu dans sa singularité ; il est de dégager des lois générales. Sa méthode n'est pas, comme dans l'approche biomédicale, fondée sur la recherche de l'étiologie certaine de la maladie ; elle est probabiliste, et sert à déterminer un risque en calculant la probabilité de voir associer tel facteur de risque (la consommation de tabac par exemple) à la survenue d'une maladie (le cancer).

Avec les données biomédicales, même lorsque la pathologie est caractérisée par des mécanismes complexes et différés, la relation entre la cause (une exposition prolongée à l'amiante) et la détérioration de la santé ou la survenue de la mort d'un individu (le mésothéliome) est établie. Dans le domaine de l'épidémiologie, ce n'est qu'à l'échelle d'une population qu'une relation entre un facteur de risque et une maladie peut être démontrée : un gros fumeur ne sera pas nécessairement atteint d'un cancer du poumon.

Une difficulté à sérier l'ensemble des déterminants

Ce mode de raisonnement probabiliste, sans perdre toute sa valeur scientifique (lorsqu'aucun biais méthodologique n'interfère), n'en pose pas moins des problèmes d'interprétation d'autant plus importants que la conclusion de l'épidémiologiste déterminera la nature des actions de santé publique et de prévention qui seront mises en œuvre. Comme cela a été rappelé précédemment, l'approfondissement de la recherche sur les déterminants santé et le développement de l'épidémiologie sociale ont permis de montrer que, pour mieux appro-

cher la réalité des facteurs de risques, l'épidémiologie traditionnelle doit désormais s'étendre à la sociologie et aux sciences sociales de la santé. Toute la lecture des facteurs de risque individuels et comportementaux que l'on peut en faire, et, en conséquence, des priorités que l'on assigne aux politiques de prévention, est en effet susceptible d'en être changée.

Une grande sensibilité aux biais méthodologiques

Etroitement dépendante des données statistiques disponibles, l'épidémiologie a besoin de s'appuyer sur des appareils statistiques rodés et rigoureux. Indispensable, la fiabilité et l'exhaustivité de la collecte des données sont encore dans bien des domaines sujettes à caution. Ainsi manque-t-on en France de données fiables sur la santé mentale des enfants, sur l'impact des facteurs sociaux et familiaux, ou même sur l'incidence du VIH et des maladies sexuellement transmissibles. Cela peut donner lieu à la publication de données incohérentes ou contradictoires, et à la mise en doute de l'existence ou de l'ampleur de certains phénomènes, comme cela s'est produit récemment en France à propos de la mortalité par maltraitance ou de la fréquence du suicide des jeunes.

Dans une société mouvante où le droit positif évolue au rythme de politiques de plus en plus à court terme, le risque d'un écart entre le nombre de cas enregistrés par l'appareil statistique et le nombre de cas réels devient fréquent : une augmentation du nombre de déclarations d'une pathologie ou de faits (les actes de maltraitance, les suicides), peut signifier à la fois une augmentation du phénomène et une évolution réelle des pratiques. Ainsi, à partir du moment où les troubles musculo-squelettiques ont été reconnus maladie professionnelle, le taux de déclaration de ce type de troubles a tout naturellement commencé à augmenter. (Loriol, précité.)

De même, l'épidémiologie se trouve en difficulté devant l'apparition de risques émergents : les premiers cas étant trop peu nombreux, le risque ne peut être qu'extrapolé à partir d'hypothèses parfois fragiles, ou en tout cas sujettes à contestation, comme ce fut le cas pour le SIDA de 1981 à 1983 (certaines voix s'élevèrent à l'époque pour dire que la santé publique devait donner la priorité à des pathologies à prévalence beaucoup plus élevée), ou pour la maladie de Creutzfeld-Jakob dans les années quatre-vingt-dix.

Toutes ces incertitudes, qui expliquent l'existence de travaux contradictoires et de controverses parfois vives parmi les épidémiologistes, contribuent à fragiliser la prise de décision publique et à influencer la perception de la population. Les polémiques sur l'effet éventuel des lignes à haute tension en sont une illustration (W. DAB, 1993). Suite à la publication d'études, abondamment relayées par les médias qui leur donnèrent une dimension sensationnelle, faisant état d'un risque accru de leucémie à proximité de tels équipements, des associations de riverains se sont mobilisées. D'autres travaux ont remis en cause la pertinence de ces conclusions, mais l'idée de la nocivité des lignes à haute tension

reste très présente dans l'opinion, y compris chez des professionnels de santé, comme l'IGAS a pu le constater à l'occasion de l'intervention d'un médecin lors d'un colloque récent sur la prévention organisé sous l'égide de l'Assemblée nationale ⁶⁵.

Une situation semblable n'est pas loin de se produire à propos des téléphones portables. En sens inverse, l'absence de recherche sérieuse sur des facteurs de risque susceptibles de mettre en jeu des intérêts économiques, idéologiques ou moraux, peut retarder la prise de conscience de problèmes réels et parfois graves, comme dans le cas des risques liés à l'exposition à l'amianté.

Lorsque des intérêts économiques immédiats sont en balance avec des risques professionnels hypothétiques, diffus ou différés, les impératifs de santé publique pèsent assez peu, du moins dans une phase initiale qui peut se révéler longue et lourde de conséquences pour la santé des individus.

Cela pose la question non seulement de l'ouverture de l'épidémiologie aux sciences de l'homme et de la fiabilité de ses sources statistiques, mais aussi celle de son indépendance et du financement de la recherche lorsque celle-ci a pour objectif de porter sur des thèmes inexplorés ou de nature à déranger un ordre établi. Car si, pour prévenir, il est nécessaire de réunir au préalable des données étiologiques, ces données ne naissent pas spontanément. Pour trouver et expliquer, il faut d'abord chercher, et souvent à partir de simples hypothèses.

Les limites de la promotion de la santé

L'homme n'agit pas en « *homo medicus* » rationnel ⁶⁶. Il ne suffit pas d'informer la population sur un danger objectif par une communication de masse, aussi professionnelle et séduisante soit-elle, pour que les individus changent spontanément de comportement à l'égard de ce danger. Sinon, l'usage du préservatif serait aujourd'hui pratiquement généralisé, et aucun médecin ne fumerait. Il existe en effet, comme l'a rappelé Serge Moscovici, l'un des pionniers de la psychologie sociale en France, lors de l'entretien qu'il a accordé à l'IGAS, un phénomène de « dissonance cognitive » qui conduit souvent chaque individu à adapter ses représentations à ses actes (et non le contraire). Ce qui « explique pourquoi les campagnes de communication et d'information grand public ont en général peu d'effet sur les comportements. On ne change pas des comportements, des pratiques, des actions, par des idées et des concepts. L'information ne produit pas de changement, car les hommes ont rarement une conduite rationnelle. »

Les expériences menées par K. Lewin aussi bien aux États-Unis, pendant la seconde guerre mondiale, qu'en Allemagne après la guerre, ont montré que

⁶⁵ La prévention et la santé, 21 janvier 2002.

⁶⁶ Pinell, 1992.

même quand une majorité de l'opinion était persuadée de l'effet bénéfique d'une action, cela ne suffisait pas à influencer durablement et notablement sur ses habitudes. D'autres études, menées sur l'efficacité de la publicité de plusieurs groupes pétroliers ont montré l'inefficacité totale des campagnes en faveur de telle ou telle marque d'essence : le seul véritable critère concurrentiel discriminant était la situation géographique des stations-service. Il en allait différemment pour l'huile de moteur conseillée à l'achat du véhicule, et pour laquelle les consommateurs avaient tendance à se conformer à la prescription du constructeur, considéré comme autorité légitime en matière de moteur. Ainsi selon la représentation qu'il avait du produit, le consommateur se laisserait influencer ou non par un prescripteur⁶⁷.

Par ailleurs, une étude récente⁶⁸ a montré la tendance des individus à se projeter dans une situation de façon avantageuse par rapport à autrui, ce que les auteurs ont appelé « l'optimisme comparatif ». De façon générale, les personnes se pensent moins exposés aux risques que les autres, mais plus réceptives que les autres aux messages de prévention.

Dans une perspective voisine, les travaux de P.F. Lazarsfeld et E. Katz, notamment à l'occasion de la campagne présidentielle aux États-Unis en 1940, ont démontré que les messages n'ont de chance d'aboutir que s'ils sont relayés au niveau local par des médiateurs, des leaders d'opinion auxquels l'individu accorde sa confiance.

Dans le registre de la santé, on constate ainsi que, face à l'épidémie de SIDA, les communautés homosexuelles ont joué un rôle décisif dans la diffusion de nouvelles pratiques sexuelles. De même, en matière de lutte anti-alcoolique, les méthodes faisant appel à des processus fondés sur l'action d'un groupe de proximité (telles celles employées par les « Alcooliques anonymes », certaines communautés thérapeutiques) semblent avoir montré leur supériorité sur les campagnes d'information ; et encore, les personnes qui en tireraient le plus grand bénéfice seraient ceux-là mêmes qui en seraient les militants, les initiateurs. De ces exemples, et des travaux qu'il a menés sur l'influence des minorités, Serge Moscovici tire une conclusion : « Pour qu'un individu change son comportement, d'une part il doit être impliqué, d'autre part il doit reconnaître comme légitime l'autorité émettrice du message ». Et suggère une piste d'action : « mener des expériences d'éducation à la santé par l'intermédiaire d'autorités légitimes (médecins, policiers, savants...) ou de personnalités identifiées comme minoritaires, et impliquant les usagers, dans le cadre d'un travail à l'échelle du groupe. »

⁶⁷ Cette étude commentée par Serge Moscovici a pour objet de démontrer que la communication, la publicité fussent-elles de très grande qualité n'influencent pas toujours les populations, qui ne sont réceptives aux messages quand elles les attendent et quand ils viennent d'autorités qu'elles estiment légitimes : le constructeur du moteur pour la prescription d'huile, le médecin peut-être pour les messages afférents à l'éducation pour la santé.

⁶⁸ « Quand chacun pense être moins exposé que les autres aux risques mais plus réceptif aux messages de prévention pour la santé », T. Meyer et P. Delhomme, Santé publique, 2000.

Une évaluation de plus en plus complexe

En épidémiologie, on dit qu'un facteur est cause d'une maladie si une modification de sa fréquence (ou de sa valeur moyenne lorsqu'il est quantifiable) entraîne une modification de la fréquence de cette maladie. En pratique, pour admettre qu'un facteur est cause d'une maladie, il faut que plusieurs critères soient vérifiés : séquence dans le temps (l'exposition doit avoir précédé la maladie), constance et reproductibilité (il faut retrouver les mêmes résultats dans plusieurs enquêtes dans des populations différentes), cohérence des résultats (absence de biais, absence d'effet de confusion lié à un autre facteur – dans la réalité toujours ou souvent associé au premier, comme en matière de la pollution automobile –, plausibilité biologique). De plus, la nature causale du facteur de risque sera d'autant plus vraisemblable que le risque relatif est élevé⁶⁹, que l'on observe une relation « dose-effet » (plus l'exposition au facteur est importante, plus le risque de maladie est élevé), et que l'on peut mettre en évidence l'effet d'une intervention (diminution du risque consécutif à la diminution de l'exposition).

La prévention de risques massivement liés à une pathologie (tabac et cancer du poumon, amiante et mésothéliome), si elle est difficile à mettre en œuvre, peut du moins être évaluée relativement facilement. On pourra, par exemple, au terme d'un plan anti-tabac, évaluer le nombre des fumeurs qui se sont arrêtés et, à terme, mesurer l'évolution de l'incidence du cancer du poumon. A contrario, on discerne bien la relation existant entre l'augmentation du pourcentage de françaises qui fument et l'augmentation du nombre des cancers du poumon. En revanche, plus difficile sera d'évaluer l'efficacité des différentes méthodes utilisées pour faire baisser le nombre de fumeurs.

Ainsi, le directeur de l'INPES, commentant devant l'IGAS les *post tests* effectués à l'occasion de la dernière campagne nationale de communication (d'une forme délibérément percutante) visant à présenter la cigarette comme un produit mortel, indiquait en substance que : les non fumeurs avaient dans l'ensemble été frappés par cette campagne et en accord avec elle ; les fumeurs ayant mauvaise conscience à fumer avaient songé à s'arrêter en la voyant ; les grands fumeurs n'avaient pas été touchés. Il est encore plus difficile de savoir si le souhait de s'arrêter, manifesté par les fumeurs en état de culpabilité avait été suivi d'effets, et si oui à court ou à long terme.

D'une façon générale, l'évaluation des actions de prévention même si comme en témoigne l'encadré suivant, elle est possible, est rendue difficile par un phénomène longuement expliqué précédemment : le risque est rarement lié à une pathologie dans une relation univoque. La santé est le résultat conjugué de

⁶⁹ Le risque relatif est le rapport entre le pourcentage de pathologies retrouvées dans la population exposée par rapport à celui trouvé dans la population non exposée. Un fumeur a cinq fois plus de chance de développer un cancer du poumon qu'un non-fumeur.

multiples déterminants individuels et sociaux. Les déterminants sociaux de la santé eux-mêmes ont une composante liée au parcours individuel (exposition à des risques variés, résistance psychique et physique personnelle, interactions avec l'environnement proche ou plus lointain).

Enfin, en matière de prévention, si effet il doit y avoir, celui-ci est souvent à long terme. Par exemple, si l'allaitement maternel exclusif entraîne une diminution établie du nombre de cas de cancers des ovaires, du sein, et de l'ostéoporose pour les mères, ainsi que du nombre des infections graves des enfants prématurés, des méningites, des infections ORL, intestinales, respiratoires et urinaires, des allergies et de la mort subite du nourrisson pour les enfants allaités, une partie de ces bénéfices ne sera connue qu'à long terme. Ces études nécessitent des suivis de cohortes longs et coûteux, d'autant moins aisément mis en œuvre que les recherches sur les bénéfices de l'allaitement maternel se heurtent à la puissance des lobbies producteurs de lait maternisé⁷⁰.

Si l'évaluation des résultats des campagnes de communication et d'éducation pour la santé peut être effectuée assez rapidement en termes de modification des habitudes et des comportements à risques, la difficulté de l'évaluation des stratégies et des choix de prévention reste marquée.

L'éducation à la santé et son efficacité

L'éducation à la santé est un ensemble organisé d'actions d'information, d'éducation et de communication (IEC) qui vise à modifier dans un sens favorable à la santé les connaissances, croyances, attitudes, comportements (KAPB), et les compétences d'un individu, d'un groupe ou d'une population.

Cette activité constitue le registre éducatif de la prévention, il s'articule avec les volets juridique (réglementation) et technique (génie sanitaire et actes médicaux) de la prévention

Ce secteur de la prévention se fonde sur des savoirs et des savoir-faire, constitués dans certains pays en discipline universitaire. Celle-ci qui s'appuie sur des concepts, des méthodes, des référentiels, et des outils évalués dans le domaine de l'épidémiologie, des sciences de la communication et de l'éducation ou encore des méthodes de conduite de projets. Ses principaux modes d'intervention consistent en :

- actions nationales comportant en général des campagnes médiatiques ou des opérations hors média ;
- actions de terrain auprès des individus ou des groupes ;
- actions de terrain auprès de groupes, par exemple dans le cadre d'établissements scolaires, d'entreprises ou de quartiers.

⁷⁰ En France, le décret interdisant le don de laits maternisés aux maternités par les producteurs, décret pris en application d'une préconisation de l'OMS, a mis plus de quatre ans à être signé.

Les programmes d'éducation à la santé font régulièrement l'objet d'évaluations destinées à en mesurer les résultats au regard des objectifs évoqués plus haut :

- les résultats immédiats, à savoir la compréhension, l'acquisition de connaissances, de compétences, la motivation au changement, par exemple, sont mesurés par des enquêtes qualitatives ou quantitatives ou dans le cas des campagnes médiatiques, par des posts – tests portant sur des échantillons représentatifs de la population ;

- les résultats à plus long terme c'est-à-dire les effets sur les comportements de santé (ex. arrêt du tabagisme, demande de dépistage, décision de vaccination, port de la ceinture de sécurité...) sont plus difficiles à évaluer parce qu'ils se manifestent dans la durée et sous l'effet de nombreux déterminants parmi lesquels l'éducation pour la santé est difficile à isoler comme facteur causal. Ces données sont mesurées par des enquêtes régulières du type baromètre santé ou par des analyses de cohorte.

De nombreux travaux menés à l'étranger et en France tentent de cerner la question de l'efficacité en prévention éducative⁷¹. Comment résumer leurs conclusions appliquées à la situation française ? Si l'on se place sur le plan d'une « macro – analyse » des campagnes nationales menées depuis vingt-cinq ans, il apparaît que les meilleurs résultats sont obtenus lorsque l'éducation pour la santé a le plus investi. Ainsi c'est dans le domaine des accidents de la vie domestique (1000 vies d'enfants gagnées chaque année en quinze ans) et dans celui de l'hygiène bucco-dentaire (réduction de moitié du taux de carie chez l'enfant entre 1987 et 1993), ou encore de la mort subite du nourrisson que les succès les plus spectaculaires en terme de mortalité et de morbidité ont été obtenus. Contre la rougeole – oreillons – rubéole, le taux de vaccination est passé de 59 % en 1990, date de la première campagne à 81 % en 94

L'efficacité des actions individuelles d'éducation pour la santé, conduites en respectant les bonnes pratiques, a montré son efficacité en prévention primaire (les interventions minimales sur le tabagisme menées en consultation médicale ont quadruplé le taux de sevrage prolongé)⁷² ou en éducation thérapeutique du patient dans des domaines comme le diabète, l'asthme ou les problèmes cardio-vasculaires où elles améliorent considérablement la compliance et réduisent les taux de complication.

Il est important de relever, comme l'a fait l'Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé, dans une publication datée de 1994⁷³ que l'impact de ces programmes dépend de plusieurs conditions :

- la durée, par opposition au caractère ponctuel de certaines actions, est nécessaire pour obtenir des résultats significatifs sur les comportements et pour gérer les éventuels déséquilibres induits par des actions portant sur un risque ou un symptôme isolé ;

- la cohérence : l'éducation pour la santé doit s'inscrire dans un environnement social et administratif favorable. Les campagnes de lutte contre le tabagisme ne sont pas crédibles si leur public est en même temps exposé à des publicités en

⁷¹ L'éducation pour la santé est-elle efficace ? Editions CFES 1998.

⁷² Etudes et méta analyses citées dans l'ouvrage du CFES.

⁷³ Un outil d'analyse des études de l'efficacité de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. Mise au point, utilisation, recommandations 1994.

faveur du tabac, si l'accès aux produits est facilité par des prix bas, s'il n'existe pas d'interdiction de fumer dans les lieux publics ou encore s'il est impossible d'accéder à une aide pour le sevrage ;

- le professionnalisme et la rigueur méthodologique : connaissance du terrain, détermination des objectifs, choix des publics concernés, méthodes participatives, processus d'évaluation ainsi qu'un minimum d'investissement financier ;
- le respect des principes éthiques de la bienveillance, de l'équité et de l'autonomie des personnes, en particulier, est considéré comme un gage d'efficacité et de qualité.

Deux exemples de stratégie de santé publique : la limitation des pollutions, la prévention des déséquilibres alimentaires

La diversité même du champ de la prévention, on l'a vu, dessine des modèles d'intervention très différents, de conception, de mise en œuvre et d'évaluation complexes. Deux exemples tirés des enquêtes thématiques effectuées par l'IGAS, le premier sur un des aspects de la prévention des risques collectifs, le second sur un risque de caractère comportemental, méritent d'en fournir une illustration complémentaire.

Ainsi l'IGAS a-t-elle étudié les difficultés méthodologiques de la politique normative en matière de prévention des pollutions, et, dans un champ bien différent, celles de la politique en faveur d'un meilleur équilibre nutritionnel.

Difficultés et limites d'une politique normative et d'autorisation préalable : l'exemple de la prévention des pollutions chroniques

En cette matière, l'édiction de normes, sous la forme de valeurs-limites de polluants, reste le moyen le plus utilisé pour limiter les pollutions et, par conséquent, réduire leur impact sur la santé humaine. Ces normes sont principalement utilisées à trois niveaux : à la source, dans des produits ou dans des milieux.

En théorie, la fixation de normes devrait résulter :

- d'une évaluation des risques (identification du danger, relation doses réponses, exposition des populations, caractérisation du risque) ;
- de la définition du risque acceptable ;

– de la prise en compte du coût du respect des normes au regard des bénéfices attendus (la norme, obligation de résultats, se traduit en amont par une obligation de moyens, dont la nature et le coût peuvent varier considérablement selon le niveau de la norme).

A partir d'exemples précis, le plus souvent relatifs à l'eau potable, qui est la denrée la plus surveillée et depuis le plus longtemps, peuvent être mises en évidence les difficultés, les ambiguïtés et les limites de cet outil tant du point de vue de la détermination des valeurs-limites que de leur respect.

Des valeurs recommandées aux normes

Les valeurs-limites sont fixées en fonction d'un raisonnement sanitaire d'évaluation des risques⁷⁴, dont les étapes cruciales sont la détermination du statut de la substance (à effet de seuil ou non), le consensus d'experts sur le facteur d'incertitude (qui introduit de fait une continuité entre prévention et précaution) et les expositions respectives à la substance dans les différents milieux. Elles sont déterminées polluant par polluant, sans tenir compte d'éventuelles interactions, ce qui est une limite de la méthode.

Les valeurs-limites établies par l'OMS ou d'autres institutions internationales correspondent à des recommandations scientifiques, mais ce sont les législations, nationale ou européenne, qui déterminent les normes dont le respect sera contrôlé. Cette situation amène à prendre en compte d'autres difficultés, en particulier :

- techniques : en fonction de la sensibilité, du coût et de la rapidité des méthodes de recherche, faut-il avoir recours à des analyses globales (renseignant sur la présence d'un ensemble de substances dont la toxicité particulière peut être différente) ? A des « indicateurs » permettant de repérer la présence simultanée de substances toxiques ou de microorganismes pathogènes plus difficiles à détecter, alors qu'eux-mêmes ne présentent pas les mêmes risques ?
- économiques : lors de la présentation à la presse du dernier décret sur l'eau potable en décembre 2001, la direction générale de la santé indiquait : « Les principaux enjeux financiers associés sont évalués à 4,5 milliards d'euros pour les installations publiques (dont 3,5 milliards pour le plomb⁷⁵ ; 0,3 pour la turbidité ; 0,3 pour les chlorites ; 0,15 pour l'arsenic) » ;

⁷⁴ Pour les substances chimiques réputées avoir un effet de seuil, il est déterminé une DJT (dose journalière tolérable) à partir des études publiées ayant permis de déterminer une DSEIO (dose sans effet indésirable observé). Le passage de la DSEIO à la DJT s'effectue en divisant la première par un facteur d'incertitude, déterminé par un groupe d'experts. L'OMS précise qu'« une brève exposition à des concentrations dépassant la DJT ne doit pas causer d'inquiétude à condition que la dose moyenne ingérée par individu sur une longue période ne dépasse pas de façon appréciable la limite établie ». Pour les substances chimiques considérées comme dépourvues d'effet de seuil (cancérogènes génotoxiques), il est admis « qu'en théorie le mécanisme génotoxique ne comporte pas de seuil d'exposition et qu'il existe une probabilité d'effet nocif quel que soit le seuil ».

⁷⁵ S'agissant du plomb, l'enjeu financier pour le secteur privé est estimé au triple de celui du secteur public.

– juridiques : il faut disposer d'un cadre juridique permettant de gérer les situations de non-conformité, y compris en ce qui concerne l'information du consommateur.

Les politiques de normes en vigueur pour trois types de polluants différents, les nitrates, les pesticides et le plomb (cf. encadré n° 6), illustrent les ambiguïtés et les difficultés de ce mode de régulation.

Un regard critique sur la gestion actuelle des normes.

L'examen des dispositifs en vigueur met en évidence plusieurs constats :

- le développement des normes est inégal selon les milieux : par exemple, on constate l'absence de normes pour l'air intérieur malgré des enjeux sanitaires évidents ; de même, à la différence d'autres pays européens, pour les sites et sols pollués ;
- il n'existe pas d'approche transversale pour la détermination des normes concernant un polluant donné : les normes sont fixées par milieu, sans démarche globale ou coordonnée, le plomb en étant un exemple, qu'il s'agisse des valeurs-limites ou de son interdiction dans telle ou telle composition (interdiction dans les peintures, mais aucune norme pour d'autres matériaux) ;
- les normes sont en théorie établies en fonction de la population jugée la plus sensible : cette approche est sans doute la plus protectrice ; mais elle mériterait que l'on s'interroge, d'une part sur l'exacte identification des groupes à risque et leur importance numérique réelle, d'autre part sur les autres moyens de prévention envisageables et leurs coûts respectifs. C'est rejoindre la réflexion de l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et techniques sur le ciblage des actions.
- l'approche très traditionnelle du risque microbiologique, fondée essentiellement, pour ce qui concerne l'eau, sur le dénombrement des germes de contamination fécale, et ignorant virus, parasites et bactéries pathogènes, doit être rapprochée d'études françaises et étrangères décrivant le développement d'épidémies véhiculées par des eaux potables conformes aux normes ;
- sans méthode pour étudier les phénomènes de substitution et leur éventuel impact sanitaire et, de manière plus générale, pour effectuer des choix entre différentes possibilités de gestion d'un risque, la gestion des conséquences des interdictions (CFC, amiante, plomb tétraéthyle dans l'essence) reste très empirique.

En définitive, en matière d'environnement, les normes ne peuvent être un outil de prévention performant qu'à trois conditions.

En amont, les normes doivent impliquer une réflexion et une action sur les sources de pollution : si le non respect de la norme relative aux nitrates dans l'eau potable a permis une prise de conscience de l'augmentation d'un type de pollution agricole, il n'a pas provoqué une réorientation des modes de production.

En aval, elles supposent que leur caractère relatif soit inlassablement expliqué aux différents acteurs, pour une bonne appropriation et prise en compte de cet outil : la norme n'est qu'un outil de gestion du risque. Cela vaut bien évidemment dans le cas d'une substance avec effet probabiliste, agissant sans seuil, mais aussi le plus souvent pour les substances à effet déterministe, compte tenu du facteur d'incertitude retenu pour déterminer le seuil d'innocuité.

Enfin leur respect doit être effectif, ce qui nécessite de disposer de moyens de contrôle appropriés, qualitatifs et quantitatifs.

La politique normative en matière de polluants/ Trois exemples de polluants : nitrates, pesticides, plomb

Nitrates : A l'origine, la norme répond à des objectifs sanitaires fondés sur des données épidémiologiques humaines relatives à des cas de méthémoglobinémie chez des nourrissons. Depuis, les données disponibles font penser que le risque de méthémoglobinémie dépend également d'autres facteurs. Il a donc été envisagé de modifier la norme, même si l'OMS, considérant la difficulté de maîtriser les autres facteurs externes (hygiène alimentaire en particulier), n'a pas changé de position et confirmé la valeur limite de 50 mg/l. Mais les nitrates sont considérés également, et parfois surtout, comme des indicateurs d'altération des ressources en eau sous l'influence des pratiques agricoles, ayant des conséquences environnementales propres (eutrophisation, dans certaines conditions). Le maintien de la norme illustre donc un cas de convergence entre objectifs sanitaire et environnemental.

Pesticides : A l'origine, la norme de 0,1 (g/l présente dans la directive n° 80/778/CEE est fondée sur l'absence de connaissances de la toxicité de ces produits (principe de précaution) et sur l'idée que la présence dans l'eau de ces composés signalait leur mauvaise utilisation : cette limite a donc été choisie comme correspondant à l'époque au seuil de détection des pesticides, notamment pour les pesticides organochlorés, par les méthodes disponibles dans les années 1975. Ultérieurement, tant l'OMS que l'US-EPA ont établi des valeurs-limites pour de nombreux pesticides dans l'eau de boisson, correspondant à des valeurs variant dans un rapport de 1 à 3000 suivant les produits, dont certaines inférieures et d'autres très supérieures à la norme. Le passage d'une démarche de précaution à une approche de prévention, pour les produits à valeurs-limites établies, aurait dû marquer la révision de cette directive européenne. Il n'en a rien été, pour éviter les effets politiques négatifs qu'aurait pu entraîner l'affichage d'un apparent recul des exigences, et la norme précitée a été conservée par la directive n° 98/83 du conseil. Cet exemple illustre un double effet pervers des normes : la difficulté de réexaminer les décisions prises au vu de l'évolution des connaissances scientifiques, quand celles-ci vont dans le sens d'un assouplissement des exigences ; le risque de substitution, dans le cadre d'une norme unique, de substances peu toxiques agissant à forte dose par des substances plus actives, mais également plus toxiques ; ce risque est en théorie encadré dans ce cas précis par la procédure d'homologation.

En revanche, les LMR (limite maximale de résidus) dans les denrées végétales et animales sont, elles, fixées en fonction des données toxicologiques spécifiques à chaque pesticide. Ces LMR sont déterminées en attribuant 90 % de la DJT aux aliments, 10 % à l'eau et donc sans prendre en considération les autres voies d'exposition, notamment aérienne. La fixation de normes pour l'eau potable est donc réalisée selon une approche de précaution et celle pour les autres aliments selon une approche de prévention, ce qui paraît pour le moins étrange.

Plomb : en 1972, l'OMS avait recommandé une valeur de 50 (g/l, retenue par la directive 80/778/CEE ; en 1993, l'OMS a recommandé une valeur guide de 10 g/l, calculée pour le groupe de population le plus sensible (nourrisson), reprise dans la directive n° 98/83 comme objectif à atteindre en 2013, avec une valeur transitoire fixée à 25 g/l. Cette norme a suscité un très large débat, exemplaire à plus d'un titre. En effet, si nul ne met en cause l'intérêt de réduire les différentes sources d'exposition au plomb, notamment pour les populations les plus sensibles (nourrissons et jeunes enfants), beaucoup ont défendu une valeur limite de 20 à 25 g /l. Cette dernière valeur, pour ses défenseurs, présente un triple avantage :

- assurer la protection sanitaire de la population, à l'exception des nourrissons pour lesquels l'utilisation de l'eau du robinet devrait être déconseillée en cas de présence de canalisations en plomb ;
- être cohérente avec celles préconisées pour différentes boissons ;
- pouvoir être atteinte par traitement d'eau, et non par remplacement des conduites, et donc à un coût bien moindre.

A l'inverse, d'autres auteurs ont calculé que, si l'on tenait compte d'autres sources de contamination possibles (aliments, air, poussières), plusieurs situations, même en respectant la limite de 10 g/l, peuvent entraîner le dépassement de la DJT proposée par l'OMS pour les nourrissons comme pour les jeunes enfants, les plaçant en situation à risque.

Enfin, dans son rapport « *Les effets des métaux lourds sur l'environnement et la santé* », 2001, l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, soulignant le coût considérable de la mise en œuvre de cette norme, s'interrogeait sur l'intérêt d'une mesure ciblée, puisque 93,5 % de la population française n'est guère exposée aux apports de plomb d'origine hydrique.

L'exemple du plomb illustre bien le choix des préventions ouvert au décideur à partir d'une position scientifique (DSEIO) a priori peu discutée : prévention ciblée versus prévention générale. De plus, dans des cas où de faibles variations de la norme entraînent de telles différences de coût, l'approche scientifique et sanitaire devrait être complétée par une approche économique (coût / QALY).

Les limites d'un système d'autorisation de mise sur le marché : l'exemple des pesticides

La mise sur le marché des pesticides, ou produits phytopharmaceutiques, est soumise à des exigences particulières, qui excèdent celles fixées pour les autres catégories de substances chimiques, ou produits finis, à l'exception des médicaments. La directive 91/414/CEE, et ses textes d'application, dont en France le décret n° 94-359 du 5 mai 1994, définissent un système original basé en partie sur le principe de subsidiarité :

- élaboration d'une liste communautaire positive de substances autorisées dans les produits phytopharmaceutiques ;
- autorisation nationale de mise sur le marché de ces produits, suivant des conditions de délivrance harmonisées.

Cette procédure, applicable pour les substances autorisées après le 25 juillet 1993, a été progressivement étendue aux substances autorisées antérieurement dans un ou plusieurs États membres de l'union européenne. Ce programme de réévaluation sera pour l'essentiel clos en 2003, et se traduira par le retrait du marché de 567 substances ; des dérogations seront accordées à certaines substances pour des utilisations jugées indispensables en l'attente de produits de substitution.

C'est au cours de l'évaluation des substances actives que sont notamment examinées la toxicité pour l'homme et les LMR de résidus dans les aliments ; lors de l'évaluation des produits phytopharmaceutiques sont plus particulièrement définies les conditions d'utilisation, prenant en compte l'évaluation du risque pour l'applicateur et le consommateur.

Or, malgré ce processus très élaboré, le comité national de sécurité sanitaire, dans sa séance du 15 octobre 2001 consacrée aux pesticides, notait : « L'utilisation de ces produits chimiques est aujourd'hui un sujet de société majeur, compte tenu de ses conséquences potentielles pour la santé et l'environnement ». Pour sa part, dans son rapport déjà cité, le comité de la prévention et de la précaution concluait « que le problème sanitaire posé par l'utilisation des pesticides en agriculture, et par d'autres utilisateurs, justifiait une application du principe de précaution », en particulier du fait d'une présomption sérieuse de risques collectifs graves et des incertitudes considérables sur les effets sanitaires des pesticides.

Au-delà d'éventuelles insuffisances des exigences scientifiques lors de l'autorisation des substances et des produits, dénoncées par le CPP, les plus graves carences se situent en aval de l'autorisation, qu'il s'agisse de la distribution et de l'utilisation finale.

Ces carences aboutissent à une absence de connaissance fine de l'utilisation des pesticides, empêchant l'élaboration de statistiques et de cartographies d'emploi, qui permettraient de connaître les pratiques agricoles réelles et de les relier à des données sanitaires. Ce défaut de suivi et de surveillance explique, avec sans doute une formation et information insuffisantes des utilisateurs, le niveau de pollution constaté dans l'eau, due à une utilisation pratique de ces produits assez éloignée de celle prévue par l'autorisation de mise sur le marché.

L'évaluation *a priori* des risques, si elle participe efficacement d'une démarche de prévention, ne peut tenir lieu d'une politique de prévention qui, pour atteindre ses objectifs, doit agir sur l'ensemble du circuit d'un produit.

Difficultés d'une politique de prévention des comportements à risques : l'exemple de la nutrition

La France a mis en œuvre en 2000 un « plan national nutrition santé ». Pour autant, l'efficacité des politiques de prévention primaire destinées à modifier des comportements alimentaires a donné lieu à bien des controverses, et soulève encore des interrogations⁷⁶ : recul généralement faible des études, compétence et légitimité des acteurs pas toujours établies, méthodes et outils insuffisants... Quant à l'efficacité, il s'agit d'une notion relative : au regard des objectifs qui ont été fixés, des stratégies mises en œuvre...

En ce sens, la question de l'équilibre nutritionnel est emblématique des enjeux, des incertitudes et de la complexité des politiques de prévention primaire et de promotion de la santé.

Des déterminants complexes

Un changement de comportement alimentaire nécessite la réunion de plusieurs conditions. En premier lieu, l'adhésion des personnes sur le long terme : or la peur, la contrainte, sont des moteurs qui ne tiennent pas sur la durée ; il faut donc trouver un autre stimulant : le plaisir ?

En second lieu, la capacité de la personne à changer : or, l'alimentation est un déterminant de santé qui a lui-même des déterminants. On sait aujourd'hui que si la connaissance est un atout, elle n'est pas suffisante compte tenu du rôle joué par d'autres facteurs : disponibilité alimentaire (par exemple, dans certaines zones géographiques, les disponibilités en crudités peuvent être restreintes ou guère incitatives) ; économiques (les calories bon marché emplissent les caddies) ; culturels (savoir faire la cuisine est une compétence qui se perd et qui n'est pas très valorisée compte tenu de l'offre abondante et du mode de vie) ; état de santé de l'individu (alcoolisme, dépression, etc.)... Pour qu'il y ait changement de comportement sur le long terme, il faut donc que puissent être modifiés de nombreux paramètres à la fois.

Enfin, parmi la multitude de messages contradictoires diffusés, doit pouvoir émerger un message clair, lisible, compréhensible, émanant d'une autorité crédible. A cet égard, le discours public (même médical) a sans doute tendance à perdre de sa légitimité pour toutes les raisons évoquées ci-dessus.

⁷⁶ Cf. les débats autour du plan régional de santé « nutrition » du Nord-Pas-de-Calais ; également les travaux de l'Inserm sur l'obésité.

Difficultés de la surveillance et de l'évaluation

En matière de comportement alimentaire, l'évaluation est particulièrement délicate.

Les sociologues ont mis en évidence, lors d'études de comportement, des décalages entre la consommation réelle des individus et les perceptions qu'ils en ont ; la consommation alimentaire est encore plus difficile à mesurer que celle de tabac ou d'alcool par exemple. Plusieurs raisons à cela. La distinction entre aliments et nutriments est délicate à établir. Beaucoup de plats ne sont plus préparés par celui qui consomme (par exemple, que contient précisément le sandwich mangé ?). Le métabolisme, les facteurs génétiques, l'activité physique, la chronobiologie (rythme des prises alimentaires) sont d'autres éléments qui interviennent. Enfin, la surveillance et l'évaluation ne prennent de sens que sur le long terme, de même que l'obésité ne résulte généralement pas d'un comportement récent mais d'habitudes enracinées sur des années.

Obstacles et atouts d'une action sur les pratiques alimentaires

En définitive, la faisabilité d'une action nutritionnelle est liée à la possibilité d'agir sur les consommations alimentaires (ou les dépenses énergétiques), soit dans le cadre d'un choix volontaire du consommateur, soit dans le cadre d'un choix « involontaire », par une action sur l'offre alimentaire, destinée à contrebalancer les contraintes externes (coût, diversité de l'offre permettant un vrai choix...).

Certaines enquêtes illustrent les difficultés d'agir. Par exemple, l'enquête Euroaspire menée dans un cadre européen (*Institute of european food studies*, 1996) indiquait les obstacles à une alimentation saine invoqués par les Français : horaires de travail irréguliers (23 %) et journées chargées (19 %), renonciation aux aliments favorisés (36 %), manque de volonté (21 %), prix (19 %). Ces indications montrent bien les limites d'une démarche de santé publique volontariste en matière de nutrition.

Celle-ci, comme indiquée *supra*, est à la croisée de nombreuses autres politiques (ville, aménagement urbain, agricole...). La nécessaire approche globale suppose la mobilisation de nombreux acteurs, y compris à un niveau qui dépasse le contexte national (cadre européen).

Néanmoins, plusieurs facteurs sont de nature à justifier et favoriser l'élaboration et la conduite de politiques nutritionnelles de santé publique :

– il existe un consensus scientifique sur un certain nombre de données concernant le lien entre l'alimentation et la santé ; ce consensus semble bien documenté alors que par le passé, il y a eu des revirements, par exemple sur les méfaits de la consommation de pain... ;

- les travaux relatifs aux aspects génétiques, pour l'obésité notamment, peuvent, en partie, contribuer à éviter l'effet de stigmatisation chez certaines personnes et à aborder plus franchement la question ;
- la mise en place des agences et établissements du secteur sanitaire (AFFSA, INVS...) à la fin des années 1990 fournit des outils, et notamment la possibilité de mobiliser plus facilement des capacités d'expertise ;
- la prise de conscience de la population sur les liens entre l'alimentaire et le sanitaire, à la suite des débats médiatisés concernant la sécurité alimentaire, permet de légitimer l'intervention des pouvoirs publics sur une sphère considérée comme « privée ». Sur certains points, comme l'étiquetage, les questions de sécurité alimentaire peuvent servir de vecteur à une réflexion sur les questions de qualité nutritionnelle ;
- enfin, en prévention primaire, les politiques peuvent s'adresser sans danger à la population générale ; un certain nombre de recommandations relatives à la prévention des pathologies sont cohérentes entre elles et, sauf cas très particuliers, pertinentes quelle que soit la situation individuelle : par exemple, l'incitation à la consommation de fruits et légumes, à l'allaitement maternel, à l'activité physique modérée. Il n'en reste pas moins que subsistent de grandes incertitudes sur les stratégies à mener.

Quelle stratégie adopter ? Le cas de l'obésité infantile

Comme on l'a énoncé ci-dessus, « l'épidémie d'obésité infantile » pose, en termes de santé publique, des questions majeures, encore largement sans réponse, sur ses véritables enjeux et sur les conséquences psychologiques et physiologiques à court, moyen et long termes.

Le professeur Basdevant a résumé les données du problème méthodologique qui se pose : « *Pendant longtemps et encore couramment, l'obésité de l'enfant s'est définie en termes de distribution statistique dans une population : arbitrairement, il est décidé de fixer un seuil, par exemple des valeurs supérieures au 97^e centile de la distribution de l'indice de masse corporelle (IMC) pour une classe d'âge en tenant compte des variations physiologiques de l'adiposité au cours de la croissance. On dispose de telles valeurs de référence dans les carnets de santé (version 1997). Cette approche est logique, mais se heurte à une difficulté, celle de la population de référence : faut-il choisir la population actuelle ou celle étudiée il y a quelques décennies. Dans le premier cas la prévalence de l'obésité est fixe à 2,5 % et l'est quel que soit le pays : cette approche ne permet pas de suivre l'évolution de fréquence ! Dans l'autre cas, elle évolue, mais on peut contester le choix arbitraire de la population de référence initiale.* »

Ces difficultés expliquent les tentatives pour aboutir à une définition internationale permettant des comparaisons et des suivis évolutifs de prévalence ⁷⁷.

L'expertise collective de l'INSERM réalisée à la demande de la CANAM, et publiée en 2000 sous le titre « Obésité, dépistage et prévention chez l'enfant », indique, sur la base de comparaisons avec les États-Unis, que 3 % des enfants français (nés dans les années 1955-1960) étaient obèses, contre 15 % des enfants américains. Aujourd'hui, plus de 20 % des enfants américains âgés de six à onze ans sont obèses. En France, la prévalence serait passée de 3 % à près de 12 %. Comme pour les adultes, des disparités régionales ont été mises en évidence : les régions du Nord, l'Auvergne, la Lorraine, le Languedoc sont les plus touchées par ce phénomène. Plusieurs études ont également montré la surreprésentation des jeunes appartenant à un milieu défavorisé (par exemple en zones d'éducation prioritaires – ZEP) et un lien avec des pratiques de grignotage (produits sucrés ou gras).

L'expertise collective de l'INSERM reconnaît que « les causes de cette épidémie sont encore mal cernées en dépit des efforts de la communauté scientifique dans le domaine épidémiologique, physiopathologique et génétique. L'augmentation de la prévalence résulte-t-elle de la sédentarisation croissante des modes de vie des sociétés occidentales, qui s'accompagne d'une réduction de l'activité physique quotidienne, et/ou d'une évolution de l'alimentation tant sur le plan quantitatif que qualitatif, ou encore des modifications du comportement alimentaire ? Autant de questions auxquelles il faudrait pouvoir répondre pour définir des stratégies efficaces de prévention. »

Et le rapport de cette expertise de constater : « les premiers résultats des actions de prévention sont décevants »...

⁷⁷ Un groupe de travail européen a établi une nouvelle définition. Les seuils définissant les degrés 1 et 2 de surpoids chez l'enfant sont constitués par les courbes de centile de l'IMC atteignant à 18 ans les valeurs de 25 et 30 qui correspondent aux seuils du surpoids et de l'obésité chez l'adulte « . L'IMC se calcule par le rapport du poids sur la taille au carré : $IMC = P / T^2$. Par exemple, l'IMC d'un enfant de 44 kg et 1,43 m est : $70 / (1,77)^2 = 21,5$. Néanmoins, au niveau individuel, les définitions connaissent des limites, que le clinicien doit prendre en compte, car il n'est pas possible de se référer à une valeur de référence unique de l'IMC : variations physiologiques de l'adiposité au cours de la croissance auxquelles s'ajoutent les variations interindividuelles d'âge de survenue de la puberté.

Chapitre 4

Les problèmes éthiques posés par la prévention

Traversée de nombreuses incertitudes, appliquée à des comportements individuels dont les déterminants sont multiples et pour une large part d'ordre social et environnemental, la politique de prévention ne peut qu'être porteuse de risques du point de vue éthique.

Au départ, une remarque s'impose. A partir du moment où l'épidémiologie, de façon indubitable, a identifié des facteurs de comportement ou d'environnement comme étant un « risque avéré pour la santé », il est du devoir de la santé publique d'intervenir. Ce qui serait condamnable du point de vue de l'éthique, c'est qu'elle n'intervienne pas. Dans le cas de l'existence d'un risque avéré, la question est donc moins celle du principe d'une politique de prévention, que de son mode de mise en œuvre et de son efficacité.

Il n'en demeure pas moins que les comportements humains ne font qu'exprimer des valeurs, individuelles ou sociales. En se fixant comme objectif de faire adopter par la population des comportements sains, la promotion de la santé cherche à imposer des valeurs de vie que ne partagent pas forcément les nombreux sous-groupes et communautés constituant la société. Elle est donc par essence normative. Comme l'a dit R. Massé⁷⁸, « *les enjeux éthiques de la promotion de la santé prennent racine dans les conflits de valeurs, qui émergent à trois niveaux : entre les valeurs implicites imbriquées dans les messages de promotion de la santé et celles véhiculées par les populations cibles ; entre les professionnels de la santé publique qui ne seront pas tous d'accord sur l'ordre de priorité à accorder à ces valeurs ou sur les moyens à utiliser pour en faire la promotion ; chez chacun des professionnels dont les valeurs ne concordent pas avec celles promues par les organismes et politiques pour lesquels ils travaillent* ». Or, comme le souligne par ailleurs R. Massé, le danger réside moins dans l'existence de tels conflits de valeurs, que dans leur négation.

En permanence, en effet, la politique de prévention et de promotion de la santé doit trouver le juste équilibre entre des tentations divergentes : persuader ou contraindre ; culpabiliser ou responsabiliser ; collecter des données sanitaires et assurer leur confidentialité ; mener des actions ciblées et éviter l'éthique-

⁷⁸ Cinquième conférence nationale sur la promotion de la santé, Saint-Gall (Suisse), janvier 2003.

tage social ; promouvoir l'intérêt collectif et respecter l'intérêt individuel ; ne viser que l'abolition du risque ou accepter de travailler à la réduction des risques.

Autant de dilemmes, dont certains aspects des politiques de prévention menées en France illustrent l'importance politique.

Intérêt général et bénéfices individuels

La question du choix entre l'intérêt collectif et l'intérêt individuel est fondatrice de la santé publique. Elle est pour ainsi dire le premier problème éthique que la politique de prévention ait eu dès l'origine à résoudre, et celui qu'elle continue à devoir résoudre en permanence. Une mesure de prévention collective doit présenter des avantages prouvés supérieurs à ses inconvénients, et l'individu doit pouvoir en tirer bénéfice. La vaccination offrait déjà un dilemme classique. Aujourd'hui encore, devant l'accroissement considérable des possibilités de diagnostic offertes par les techniques d'imagerie et de biologie modernes, résoudre ce dilemme n'est pas toujours aisé.

Tout le monde connaît l'histoire du petit alsacien sauvé de la rage par l'injection du vaccin par Pasteur. Mais tout n'est pas aussi simple, puisque la plupart des vaccins doivent être administrés avant que le risque ne soit réalisé. Si seuls entraient en jeu les intérêts individuels, chacun calculerait le pourcentage de risque d'attraper la maladie, comparé à celui d'être victime d'un accident de vaccination, ainsi que la gravité relative des deux risques, selon l'âge et les thérapeutiques disponibles. Dans une telle optique, l'obligation vaccinale se justifierait moins souvent, chacun étant libre de préférer par exemple courir un risque élevé d'attraper la grippe plutôt qu'un risque très faible de subir une réaction méningée au vaccin. Entrent d'ailleurs aussi en compte les représentations de la santé et de la maladie de chacun, voire les médecines différentes : c'est ainsi que certains pensent qu'il vaut mieux attraper une grippe pour développer des immunités à d'autres virus plus dangereux et que les allergologues commencent à dire qu'empêcher toute pathologie dans l'enfance risque d'augmenter le risque allergique à l'âge adulte. En revanche, les tenants de la vaccination, qui ont construit le système vaccinal, élément essentiel de la prévention contre nombre de maladies graves, développent une autre approche : la stratégie vaccinale ne poursuit pas qu'un but individuel, protéger chacun contre la maladie, elle poursuit aussi un but de santé publique, qui est de diminuer les risques d'épidémie et à terme d'éradiquer une maladie. Dès lors, celui qui ne se fait pas vacciner contrevient à cet intérêt général. D'où la tentation de procéder par obligation vaccinale. Celle-ci est logique, dans une optique de protection de

l'ensemble de la population, mais on constate souvent qu'elle n'a pas de meilleurs résultats, parfois moins bons, en termes de couverture vaccinale.

L'OMS considère que l'on ne doit pas dépister une maladie si ce dépistage ne présente pas de bénéfice pour l'individu. Mais le stade approprié de dépistage est parfois difficile à définir. Ainsi, il arrive de plus en plus souvent que soit diagnostiquée, par un dépistage trop précoce, une maladie pour laquelle, à son stade de développement, aucun traitement n'est possible. Il en va ainsi du dépistage très précoce de certains cas de cancer de la prostate, qui en l'état actuel de la médecine n'offre pas d'autre alternative que d'informer le patient en lui expliquant qu'il n'y a rien d'autre à faire que de surveiller et d'attendre pour intervenir que la tumeur se soit développée. Avec les progrès du génie génétique et l'avènement de la médecine prédictive, les problèmes éthiques de ce genre ne peuvent que s'accroître.

Dans les années à venir, la multiplication probable de tests génétiques de susceptibilité variable à divers états pathologiques⁷⁹ va par exemple contribuer à enrichir les informations disponibles pour déterminer la stratégie de prévention optimale, aussi bien du point de vue collectif qu'individuel. Or, parfois, « ces tests ne déboucheront pas sur de réelles possibilités de prévention ou même de prise en charge, soulevant ainsi des problèmes éthiques et déontologiques, individuels et sociaux ». (Comité national d'éthique.)

La prévention, au risque de la stigmatisation ?

En eux-mêmes, et quelle que soit la pureté de leurs intentions, les programmes visant à promouvoir une saine alimentation, une activité physique régulière et une sexualité responsable, les campagnes cherchant à dissuader les fumeurs, les buveurs d'alcool, voire les parents « négligents », portent en eux le germe d'une normalisation sociale, et d'une certaine forme de moralisme pouvant aboutir à une culpabilisation, volontaire ou non, des « déviants ». Et à cet égard, certaines prises de position à tonalité quasi intégriste, auxquelles leur combat pour la santé publique a conduit certains professionnels, attestent que le danger n'est pas virtuel. Il ne faut jamais oublier que la conception de la santé est une construction sociale, et que, comme telle, elle reflète les tendances morales d'une époque. L'histoire de la lutte anti-alcoolique en est l'exemple. Longtemps la perception de la société à l'égard de l'alcoolisme a été écartelée entre réprobation morale et respect de la sphère de la vie privée. Encore considéré comme une non pathologie dans les années cinquante, l'alcoolisme ne devient un sujet de

⁷⁹ Cf. avis du Conseil national d'éthique n° 46 (1995) et n° 57 (1998).

société qu'à partir des années soixante-dix, avec notamment le renforcement des mesures de sécurité routière et la pénalisation de l'alcoolémie au volant. Et encore la politique de santé publique en ce domaine a-t-elle subi dans un passé récent nombre d'avatars, hésitations, reculs et contradictions.

Comme l'explique Petr Skrabanec⁸⁰, la difficulté à convaincre les populations de modeler leurs comportements conduit de plus en plus à dépasser le stade de l'éducation pour la santé : « L'éducation en matière de santé devrait fournir des informations utiles, factuelles, facilitant un choix raisonné. Il est toujours possible d'ignorer les avertissements et d'accepter les risques. Evidemment, pour les promoteurs de la santé, un tel choix serait déraisonnable puisqu'il signifierait l'échec de l'entreprise. Ainsi la crainte de l'échec pousse-t-elle à recommander l'utilisation de méthodes plus efficaces et l'exercice de différentes formes de contrainte faisant intervenir la pression morale ou les techniques sophistiquées de manipulation mises au point par l'industrie publicitaire. »

De fait, les campagnes de communication de masse occupent une place croissante dans l'arsenal de la prévention, et prennent de plus en plus souvent une forme publicitaire délibérément « percutante », comme en attestent les dernières campagnes audiovisuelles en matière de lutte contre le tabac, l'alcool, l'insécurité routière. Les limites de ce genre de campagnes ont déjà été évoquées. Et par ailleurs, du fait de leur retentissement médiatique (à défaut d'une influence réelle mesurée sur le comportement des individus), les projets de campagnes publicitaires nationales se trouvent presque toujours soumis à l'approbation d'un pouvoir politique dont les critères de jugement et de décision ne sont pas de l'ordre de l'efficacité du message publicitaire, mais souvent inspirés par des considérations d'opportunité, et par le souci de ne pas choquer, de demeurer dans des limites politiquement acceptables. Ainsi les campagnes de communication de masse sont-elles en permanence menacées par deux dangers simultanés, qu'elles n'évitent pas toujours : la priorité donnée à l'émotionnel publicitaire au détriment de l'information, et la réticence à désigner par leur nom, leur apparence réelle ou leur langage des communautés constituant pourtant la cible du message (en matière de prévention du SIDA par exemple).

En tout état de cause, la communication sur les comportements de santé est par définition frappée d'un risque de culpabilisation et de stigmatisation, et ce, quelle que soit la teneur du message. Son objectif naturel est de mettre l'accent sur les choix individuels. Or, on l'a vu, l'épidémiologie sociale et les sciences sociales de la santé tendent à montrer combien les déterminants sociaux et environnementaux peuvent prédominer les déterminants strictement individuels et comportementaux.

Communiquer sur les comportements individuels, c'est toujours prendre le risque de faire porter à l'individu une responsabilité morale et personnelle plus

⁸⁰ P. Skrabanec (1995), in Lorient, *L'impossible politique de santé publique en France*, précité.

grande qu'elle n'est en réalité. Diffuser un message stigmatisant la consommation abusive de tabac ou d'alcool, c'est, du point de vue de l'ouvrier pour lequel cette consommation est une compensation à des conditions de vie ou de travail stressantes, d'une certaine façon prendre le symptôme pour la cause.

Prohibition du risque ou réduction des risques ?

Dans le droit fil de ces réflexions, s'inscrit celle relative à la stratégie à adopter vis à vis du risque de nature comportementale lui-même : l'action de prévention doit-elle tendre vers la suppression totale du risque (arrêter de boire, arrêter de se droguer, arrêter de manger gras et sucré) ou, compte tenu des réalités et de la complexité des déterminants comportementaux, accepter de ne rechercher qu'une réduction du risque ? Ainsi, dans le domaine de la lutte contre les toxicomanies : faut-il favoriser les échanges de seringues pour éviter les risques de contamination par le VIH, ou s'en abstenir au motif que proposer des seringues neuves revient à encourager l'intéressé à continuer à se droguer ? De même, en matière d'excès de consommation d'alcool par les jeunes. On observe chez les jeunes, d'une part une augmentation des épisodes d'ivresse ou de consommation abusive d'alcool dans un cadre festif (le week-end notamment, dans les discothèques ou autres lieux de loisirs), d'autre part un niveau préoccupant d'accidents de la route impliquant des conducteurs en état d'ébriété ou d'alcoolémie illégale. Faut-il favoriser les initiatives mettant en place des moyens de transport gratuits à la sortie des lieux de festivité (souvent à l'instigation des propriétaires de boîtes de nuit ou des organisateurs de spectacles ou de manifestations) pour réduire les risques d'accidents, ou y renoncer au motif que c'est une façon d'encourager la consommation d'alcool ? Ces dilemmes ne sont pas théoriques. Ils se posent tous les jours aux professionnels de santé publique, et continuent à susciter parmi eux interrogations, débats et controverses, comme l'IGAS a pu récemment le constater en région Languedoc-Roussillon à propos du programme régional de santé relatif à la prévention des accidents de circulation.

Cette tentation du refus de la mesure intermédiaire est une constante des politiques de prévention. Elle témoigne dans une large mesure du poids conscient ou inconscient de la morale dans les attitudes de santé publique, et d'une difficulté fondamentale à tolérer la déviance par rapport à une norme, à l'intégrer comme objet même du travail préventif.

Or, ici, la santé publique prend une dimension idéologique, quasi ontologique. Si l'état de bien-être physique, mental et social, qui fonde la définition de la santé adoptée par l'organisation mondiale de la santé, a désormais valeur universelle en tant que nouveau droit de l'homme, il n'en est pas pour autant devenu un devoir pour chacun. Les enseignements de la psychologie et de

l'anthropologie sont là, depuis Freud, pour nous le rappeler. L'homme n'est pas cet « homo medicus » épris de rationnel, de sécurité et de santé. La souffrance, la maladie et le rapport au risque, avec les bénéfices secondaires qu'ils procurent, sont des composantes du psychisme individuel et du comportement social dans toutes les sociétés. Ils sont aussi, on l'a vu, des modes de réaction, de compensation, aux pressions de l'environnement affectif et socio-économique.

C'est d'ailleurs à partir d'une analyse de ce type que la plupart des pays européens ont développé en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies une politique de réduction des risques plutôt qu'une politique axée sur la seule prohibition. De même, ne peut-on entamer des actions de lutte contre « l'épidémie » d'obésité sans prendre en compte les aspects psychiques de la nourriture et les enjeux sociaux dont elle est l'objet. Dès lors que le risque encouru ne touche que la personne elle-même et ne fait pas courir un risque évitable à autrui, la question de l'intrusion de la santé publique dans la vie privée doit être posée. Et l'argument du coût économique représenté pour la collectivité par les soins délivrés pour des pathologies évitables ne tient guère face à l'existence de déterminants sociaux de santé dont on sait qu'ils sont plus puissants que les facteurs individuels de comportement.

*

* *

Il n'est pas dans la vocation de l'inspection générale des affaires sociales de se prononcer en termes scientifiques et politiques sur de tels débats, mais il est de son rôle de rendre attentif au fait que de « bons objectifs » de santé publique ne sauraient fonder, sans autre discussion, une politique dont on n'évaluerait pas les moyens utilisés, notamment au regard des libertés publiques et de la responsabilité des citoyens. Tant du point de vue de l'éthique que de l'efficacité, la prévention, c'est sa limite et sa grandeur, ne peut être qu'un enjeu partagé, un espace démocratique préservé de tout zèle missionnaire dans la quête du bien-être, qui ouvrirait la porte à des dérives totalitaires.

Deuxième partie

Une place subsidiaire dans le système de santé français



Chapitre 1

Le système de santé français est centré sur l'offre de soins

On l'a vu, le renouveau des préoccupations de prévention est en France un phénomène relativement récent (*cf. supra*).

Si les politiques de santé ont progressivement recommencé à intégrer la dimension préventive, sous l'urgence à partir des années quatre-vingt face aux impératifs de la lutte contre le SIDA, et de manière de plus en plus volontariste au cours des dernières années à travers la multiplication des plans nationaux de santé et la loi relative au droit des malades et à la qualité des soins (*cf. infra*), ni la législation sanitaire ni l'organisation du système de santé n'ont été vraiment adaptés à cette évolution.

De ce fait, l'administration de santé demeure aujourd'hui organisée davantage en fonction de la régulation financière et technique du système de soins, et dernièrement en fonction du renforcement de la sécurité sanitaire, que d'une politique de santé globale.

La difficile affirmation de la priorité de santé publique

Au cours de la dernière décennie, et jusqu'à l'adoption de la loi du 4 mars 2002 précitée, les principales réformes de l'organisation sanitaire ont porté d'une part sur le système de soins et sa régulation, d'autre part sur la sécurité sanitaire, via la création d'agences spécialisées dans les domaines, des produits de santé (AFSSAPS), des rayons ionisants (OPRI, puis IRSN), des greffes

(EFG), de la qualité et de l'évaluation (ANAES), de la veille (InVS), de l'alimentation (AFSSA), de l'environnement (AFSSE)¹.

Sans doute la réforme de 1996² avait-elle l'ambition de fixer les évolutions de l'appareil de soins et des dépenses de santé en fonction des priorités nationales de santé. Cette intention, qui dénotait une bonne intuition des enjeux fondamentaux de la politique de santé, a donné lieu à des dispositions novatrices en matière de détermination des priorités de santé publique. Ainsi de la création des conférences nationale et régionales de santé. L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins confie ainsi à la Conférence nationale de santé, destinataire des rapports du Haut comité de santé publique et des conférences régionales de santé, la mission « d'analyser les données relatives à la situation sanitaire de la population ainsi que l'évolution des besoins de santé, et de proposer les priorités de la politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins ». Elle institue par ailleurs des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), dont la mission essentielle est d'animer et de coordonner les politiques régionales de gestion du risque, notamment à travers l'élaboration de plans régionaux d'assurance maladie (PRAM) dont la vocation est double : contribuer à l'amélioration des pratiques médicales et de la prise en charge des malades par le système de soins ; participer à la mise en œuvre des priorités régionales de santé (cf. infra, troisième partie).

En pratique, la Conférence nationale de santé, dont le rapport, aux termes de l'ordonnance précitée, est transmis au Parlement dans le cadre de l'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale, s'est cantonnée dans un rôle d'expertise faisant quelque peu double emploi avec les travaux du Haut comité de santé publique³, et n'a pas été en mesure d'influer véritablement sur la politique de santé. Au-delà de celles déjà signalées par la Cour des comptes (insuffisante complémentarité avec le Haut comité de santé publique, faiblesse des liaisons avec les conférences régionales), les difficultés de la Conférence nationale de santé ont avant tout résidé dans la subordination de sa mission aux contraintes, objectifs et calendrier du financement de la sécurité sociale. Instituée par une ordonnance dont la vocation, comme son titre l'indiquait, était de parvenir à une « maîtrise médicalisée des dépenses de soins », cette instance ne disposait

¹ EFS : Etablissement français du sang, créé en 1998 en remplacement de l'agence française du sang créée en 1994 ; OPRI : Office de protection contre les rayons ionisants, crée en 1996 ; IRSN : Institut de radio protection et de sécurité nucléaire ; EFG : Etablissement français des greffes, créé en 1996 ; AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ; ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé, créée en 1998 ; InVS : Institut national de veille sanitaire, créé en 1998 ; AFSSA : Agence française de sécurité sanitaires des aliments, créée en 1998 ; AFSSE : Agence française de sécurité sanitaire environnementale, créée en 2001.

² Les cinq ordonnances du 24 avril 1996, s'inscrivant dans le plan de réforme de la sécurité sociale, portaient respectivement : sur la gestion des caisses de sécurité sociale ; la médecine de ville ; l'hôpital ; le remboursement de la dette sociale ; les mesures d'urgence.

³ Cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale, 2000.

ni de l'espace ni du temps qui lui auraient permis d'apporter une réflexion de santé publique dégagée du court terme et des impératifs financiers.

Par ailleurs, comme une enquête⁴ effectuée en 2002 par l'IGAS tend à l'indiquer, les URCAM se sont plutôt bien, quoique inégalement, intégrées dans un paysage sanitaire régional pourtant d'une rare complexité. Mais si, dans l'ensemble, la dynamique des plans régionaux de santé leur a permis de se montrer plus présentes dans le domaine de la prévention que dans celui de la gestion du risque ou de la qualité des soins de ville, qui constituent pourtant leur mission prioritaire, ce n'est pas sans quelques rigidités bureaucratiques.

Tirant les conséquences de ce bilan mitigé du point de vue de la santé publique, des débats des états généraux de la santé organisés en 1998 et 1999, et des difficultés de mise en œuvre de certaines priorités nationales de santé, la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé s'est efforcée de mieux insérer la prévention dans le paysage institutionnel. Énonçant une définition du concept et des fonctions de la prévention, ce texte tente d'aller plus loin en érigeant la prévention comme une mission de service public et en créant : un Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, chargé d'une fonction d'expertise et de conseil d'une part, et d'opérateur d'information et de communication d'autre part ; un Comité technique national de prévention, de composition interministérielle et chargé de coordonner les politiques de prévention (instance qui n'a pas été mise en place) ; la notion de programme national prioritaire de prévention et de promotion de la santé, ouvrant, véritable novation, la couverture des actions préventives menées dans ce cadre par le fonds national d'assurance maladie, et non par le fonds national de prévention.

Certaines de ces dispositions sont susceptibles d'être modifiées ou enrichies par la future loi relative à la politique de santé publique en cours de préparation, dont le projet même confirme que la prévention est enfin reconnue comme un enjeu majeur. Le principe de l'élargissement des possibilités de financement des actions de prévention par l'assurance maladie, sans distinction de financement entre soin et prévention, constitue en ce sens un réel pas en avant, dont seules les conditions pratiques d'application diront l'importance.

Le périmètre restreint de la prévention

Force aujourd'hui est de constater que le financement de la prévention demeure en France à la fois secondaire et peu lisible.

⁴ Synthèse rédigée par Cécile Courrèges et Gilles Duhamel, note 2003 039, IGAS, 2003.

L'improbable évaluation financière des politiques de prévention

Selon les comptes nationaux de la santé, les dépenses de prévention s'élevaient en 2001 à quelque 3,5 milliards d'euros, soit 2,4 % du total de la dépense la dépense courante de santé (Cf. tableau n° VIII ci-dessous) ⁵.

Tableau n° VIII : La dépense courante de santé en France en 2001						
	Montant en millions d'	Part en %	Valeur par personne	au de croissance 198 -1991	au de croissance 1991-199	au de croissance 199 -2001
Dépenses pour les malades	138 970	93,6 %	2 281	7,3 %	4,4 %	4,0 %
dont						
Soins et biens médicaux	128 533	86,6 %	2 110	7,3 %	4,5 %	3,9 %
dont						
Aide aux malades	8 727	5,9 %	143			
Subventions au système de soins	1 710	1,2 %	28			
Prévention	3 497	2,4 %	57	5,8 %	5,6 %	4,3 %
Dépenses pour le syst. de soins	6 321	3,8 %	92	8,1 %	6,1 %	4,2 %
Recherche pharmaceutique	5 586	3,8 %	92	9,2 %	6,8 %	4,3 %
Formation	734	0,5 %	12	2,0 %	2,0 %	3,4 %
Gestion générale	2 589	1,7 %	42	8,4 %	6,3 %	5,3 %
Doubles comptes	-2 897					
Dépenses courante de santé	148 480	100,0 %	2 437	7,2 %	4,5 %	4,1 %

Source : Comptes nationaux de santé

Les dépenses de fonctionnement des organismes de sécurité sociale ne sont pas prises en compte, en raison des incertitudes sur la répartition de ces dépenses entre les risques maladie, maternité, accidents du travail.

La part mineure que représentent les dépenses de prévention par rapport à la consommation courante de santé, comme d'ailleurs celle du fonds national de prévention et d'information sanitaires de l'assurance maladie par rapport au total des dépenses d'assurance maladie, est un argument souvent avancé pour souligner l'indigence de la politique de prévention en France.

Cette démonstration doit être relativisée. En effet, la dépense de prévention réelle est nettement supérieure à celle enregistrée dans les comptes nationaux de la santé.

⁵ La dépense courante de santé mesure l'effort consacré par l'ensemble des financeurs au titre de la santé. Son champ est plus large que celui de la consommation médicale totale, puisque, outre les dépenses réglées au titre des soins, des biens médicaux et des services de médecine préventive, il inclut : les indemnités journalières, les subventions reçues par le système de santé, le coût de fonctionnement de la recherche, de l'enseignement et de l'administration sanitaire.

Au sens de la comptabilité nationale de santé les dépenses de prévention comprennent :

– **la consommation de médecine préventive**, qui recouvre le coût des services intervenant pour : la médecine du travail ; la médecine scolaire ; la protection maternelle et infantile ; les missions assurées par l'État, à savoir la lutte contre les maladies infectieuses, l'alcoolisme, le tabac, la toxicomanie, le SIDA, qui représentent environ 300 millions d'euros ; les autres missions assurées par les collectivités locales, vaccinations, planning familial, lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes et le cancer.

– **la prévention collective et le contrôle sanitaire**, qui recouvrent le coût des dépenses des actions de prévention pour : le contrôle des eaux, le contrôle sanitaire aux frontières, les campagnes d'information et d'éducation sanitaire, les actions et programmes du ministère de la santé, les dépenses des bureaux municipaux d'hygiène, les dépenses des fonds nationaux de prévention de la sécurité sociale..., et représentent près de 700 millions d'euros ;

Il ne s'agit, pour toutes ces rubriques, que de dépenses ou de coûts « individualisables », c'est-à-dire que l'on peut de façon quasi certaine considérer comme dédiés à des actions de prévention. Cette comptabilisation ne peut inclure, faute de marqueur comptable et statistique, des pans importants de la politique de prévention.

Il en va d'abord ainsi d'une partie des dépenses de gestion générale, de recherche médicale ou sociale, de fonctionnement des établissements de santé, de l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale, qui contribuent à la prévention sans être répertoriées comme telles (cf. encadré n° 9).

Ensuite de l'effort consenti par le mouvement mutualiste. Si l'effort de prévention accompli en propre par la fédération nationale de mutuelles de France est connu (40 millions d'euros par an), celui des quelque 3 000 mutuelles, nationales, d'entreprises ou interprofessionnelles qu'elle regroupe ne l'est pas du tout.

Enfin et surtout, en raison de l'impossibilité actuelle – sauf exceptions⁶ – de repérer les dépenses d'assurance maladie selon leur nature, la dépense courante de santé n'intègre pas la part des dépenses couvertes par l'assurance maladie au titre de l'activité de soins mais concernant en réalité une activité de prévention (vaccination, dépistage, mais aussi temps consacré au conseil, etc.), Or, la proportion des dépenses d'assurance maladie correspondant à une activité préventive est probablement élevée.

⁶ Des mesures récentes vont permettre d'identifier certains actes de prévention nouvellement pris en charge par l'assurance maladie : les actes codifiés « ZM », correspondant aux mammographies de dépistage du cancer du sein généralisées pour les femmes de vingt-cinq à soixante-quinze ans depuis le 1^{er} juillet 2002 ; les actes correspondant au dépistage bucco-dentaire pour les enfants de la tranche d'âge 6-12 ans, dont la couverture par le Fonds national d'assurance maladie a été prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Une étude conjointe du département études du groupe Thalès et du cabinet de conseil en économie médicale CEMKA⁷ (précitée), réalisée sur l'année 1999 pour le compte de la direction de la sécurité sociale, fournit à cet égard des résultats instructifs : 63 % des consultations enregistrées de la base Thalès comprenaient au moins un diagnostic de prévention⁸ (avec un seul diagnostic de prévention dans 75 % des cas) ; les actes de prévention les plus nombreux étaient motivés par les diagnostics posés suivants : hypertension artérielle pour près de 35 % ; hyperlipidémie pour 18 % ; consultation de prévention sans autre précision pour près de 11 % ; vaccination pour 9 % ; en fin de compte, les complications cardiovasculaires justifient les 2/3 des actes de consultation et de prescription rattachables à une activité de prévention.

Après extrapolation et valorisation à la France entière, l'activité libérale de prévention des médecins généralistes aurait représenté en 1999 environ 15 % des dépenses de consultation (soit 5,4 milliards de francs, ou 820 millions d'euros). De plus, les dépenses de prescription pharmaceutique associée à un diagnostic de prévention auraient représenté, toujours en 1999, 5 % du montant total des dépenses induites par des prescriptions de ce type ; celles de prescriptions d'actes d'imagerie associée à de la prévention, 11 % du montant total des prescriptions d'imagerie ; celles de prescription d'actes de biologie, 17 % des actes de biologie.

Au total, selon l'étude Thalès-Cemka, à l'échelle nationale, pour l'exercice 1999 les actes de prévention auraient représenté au sein des dépenses de soins de ville (consultations, prescriptions pharmaceutiques, d'imagerie et de biologie) un montant de 17 milliards de francs, soit l'équivalent de 2,6 milliards d'euros, répartis ainsi : 1,6 milliards d'euros pour l'assurance maladie et 1 milliard d'euros pour les patients et les mutuelles.

Sans doute conviendrait-il de réaliser une enquête de ce type pour les spécialistes, qui dans certaines disciplines comme la gynécologie, la pédiatrie, la rhumatologie, la cardiologie, ont par définition une activité en grande partie occupée par la démarche préventive.

Quoiqu'il en soit, même en l'estimant à plus du double des dépenses comptabilisées, l'effort consacré à la prévention restera évidemment mineur par rapport à la dépense de soins. Il serait probablement supérieur encore si le régime tarifaire de l'activité médicale s'y prêtait davantage. Il sera à cet égard intéressant de mesurer l'impact financier des dispositions de la loi du 4 mars 2002 et des programmes prioritaires de préventions. Mais l'enjeu réside sans

⁷ Thalès et Cemka, février 2001, Les dépenses de prévention en médecine générale. Cette étude a été réalisée à partir d'un panel de médecins adhérents au réseau de la base de données Thalès, ce qui représente le champ d'étude suivant : 620 médecins, 722 639 patients, 2 410 182 consultations.

⁸ Les actes de prévention étaient dans l'enquête répertoriés à partir de la table de diagnostics suivante : vaccination, certificat médical, grossesse normale ou compliquée, ménopause, contraception, visite du nourrisson, consultation de prévention (tabagisme, alcoolisme, dépistage...), hypertension artérielle, diabète de type 2, hyperlipidémie, obésité.

doute moins dans le montant des dépenses de prévention que dans l'efficacité de leur utilisation.

Ce qui pose la question des modalités d'allocation des ressources, et celle de l'organisation de la prévention.

Un mode de financement favorisant les cloisonnements structurels

La gestion du système de santé reste fondamentalement déterminée par les nécessités de la régulation de l'offre et des ressources de soins, et non par les priorités de santé. La loi de financement de la sécurité sociale, et dans son cadre l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), constituent de fait l'élément structurant majeur de la politique de santé. Cet ONDAM, voté par le Parlement depuis l'entrée en application des ordonnances de 1996, est divisé en quatre enveloppes principales destinées respectivement à encadrer le budget des soins de ville, des établissements de santé publics, des cliniques privées, des établissements médico-sociaux.

Cette division sectorielle des enveloppes financières, d'inspiration budgétaire et comptable, participe de la segmentation du champ de la santé entre différents domaines et sous-secteurs étanches : préventif et curatif, ville et hôpital, public et privé, assurance maladie et État, sanitaire et social. Elle traduit et renforce à la fois le cloisonnement des organisations et la bureaucratisation des processus. Alors que la politique de prévention requiert des approches transversales, interinstitutionnelles et multidisciplinaires, la spécialisation des enveloppes enferme les acteurs dans des stratégies spécifiques de défense de leurs sphères de compétences, de leurs logiques internes, de leurs intérêts financiers ou corporatifs. Elle est source de malentendus, de concurrence et de rivalités inutiles, dont les fréquentes controverses entre les services de l'État et le régime général d'assurance maladie ou les collectivités locales ont fourni maints exemples dans un passé encore récent. Définissant les priorités de santé publique sans avoir la maîtrise directe des ressources budgétaires nécessaires, les services de l'État ont parfois tendance, au nom de leur légitimité régaliennne, à chercher à imposer leurs vues à des partenaires accrochés à leur propre légitimité, historique et sociale pour l'assurance maladie, politique pour les collectivités territoriales, et qui refusent de n'être que des payeurs.

Si bien que tout nouveau projet semble ne pouvoir être réalisé que par la création d'une enveloppe spécifique nouvelle ou celle d'une instance ou d'un organisme ad hoc dont l'apparition dans un paysage déjà confus ne fait qu'ajouter des cloisons supplémentaires.

De ce point de vue, l'association de l'assurance maladie à la politique de prévention constitue un enjeu décisif.

Prévention et gestion du risque maladie : un exemple de frontière problématique

Ce n'est qu'en 1988 que la mission de prévention des organismes d'assurance maladie a été mentionnée dans le code de la sécurité sociale (article L. 262-1, loi du 5 janvier 1988). C'est sur cette base juridique qu'a été créé le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) du régime général.

La prévention constitue donc une mission particulière et identifiée comme telle au sein du régime général d'assurance maladie, même si, comme cela a été souligné auparavant, se dessine une tendance à l'intégration de certains actes de prévention dans la gestion du risque maladie (vaccins remboursables selon des indications restreintes quand ils sont pratiqués hors des services de vaccination gratuits, différents tests de dépistage, qui ne sont pas toujours inscrits à la nomenclature, mais peuvent être pris en charge dans des opérations de dépistage systématique et organisé⁹, consultations de prévention bucco-dentaire pour les enfants). Cette tendance devrait d'ailleurs s'accroître encore, du fait de l'extension de la couverture par le fonds national d'assurance maladie « aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre de programmes prioritaires de prévention »¹⁰, et du projet, actuellement à l'étude dans le cadre de la préparation du projet de loi relatif à la politique de santé publique, d'instaurer une consultation périodique de prévention.

Dans la réalité, la contribution du régime général d'assurance maladie à la politique de prévention peut revêtir de multiples formes (cf. encadrés ci-dessous) qui mobilisent, via l'action déconcentrée ou autonome des caisses locales, tous les autres fonds de financement (fonds national de gestion administrative, fonds national d'action sanitaire et sociale, fonds national de prévention des accidents du travail).

L'assurance maladie est la seule institution entretenant des relations suivies – avec des bonheurs variables – avec les différents acteurs du système de santé. Elle contribue ainsi au financement ou est représentée aux organes de direction des établissements sanitaires spécialisés en santé, tels l'INSERM, l'ANAES, l'AFSSAPS, l'AFSSA et l'INVS. Placée au cœur du dispositif de financement de la prévention, elle entretient parfois avec les services de l'État des rapports concurrentiels, voire conflictuels. Cela n'est sans doute pas sans lien avec certaines des récentes évolutions législatives et des réflexions actuelles, qui visent à clarifier les relations de l'État et de l'assurance maladie, et aboutissent de fait à une réduction de l'autonomie de cette dernière dans le domaine de la prévention.

⁹ Ainsi le test « Hémocult » n'est pas remboursé, même prescrit par un médecin, mais il est utilisé dans des départements qui expérimentent le dépistage organisé et systématique.

¹⁰ Article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, modifié par la loi du 4 mars 2002 (précitée).

Diversité des modes de financement des actions préventives dans le régime général d'assurance maladie

Le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires

Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), doté en 2001 de 290 millions d'euros, regroupe l'essentiel des actions programmées de prévention.

Les actions menées au titre du FNPEIS se divisent en trois rubriques :

- la prévention primaire et notamment les actions de vaccination organisée, ainsi que les programmes nationaux et locaux d'éducation pour la santé ;
- la prévention secondaire, c'est à dire le dépistage organisé et systématique de maladies génétiques, type phénylcétonurie, cancers et affections bucco-dentaires ;
- la prévention tertiaire, c'est à dire les programmes d'éducation du patient atteint de maladies chroniques.

Les thèmes de programmes sont fixés par la convention trisannuelle d'objectifs et de gestion (COG) négociée et signée entre la CNAMTS et le ministère. Ainsi la COG pour 2000-2003 a prévu les thèmes suivants :

- vaccinations (grippe personnes âgées de plus de 65 ans et ROR petite enfance) ;
- prévention bucco-dentaire chez les enfants et les adolescents ;
- dépistage organisé et expérimental de certains cancers : sein ; colorectal notamment ;
- dépistage des maladies génétiques ;
- programmes nationaux thématiques de promotion et d'éducation pour la santé réalisés par l'INPES (et l'ex-CFES) ;
- la participation aux programmes régionaux de santé ;
- la prévention des suicides ;
- les actions locales et régionales ;
- les examens périodiques de santé effectués dans les centres d'examen de santé.

Sont également financées sur le FNPEIS des actions expérimentales telles le remboursement des substituts nicotiniques, le bilan bucco-dentaire des adolescents.

Financement hors FNPEIS

Le Fonds national d'assurance maladie, qui, en application de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, prend en charge la couverture : des frais d'analyse et d'examen de laboratoire (dont une partie sont par définition à visée de dépistage) ; des prescriptions contraceptives ; des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes prioritaires de prévention, et afférents notamment aux examens de dépistage et aux vaccinations dont la liste est arrêtée par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale ; des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants entre six et douze ans.

Le Fonds national d'action sanitaire et sociale, qui finance aussi des actions de prévention, via les financements ou subventions accordés sur ce fonds par les organismes locaux. Deux exemples parmi d'autres, tirés de l'activité des caisses

primaires d'assurance maladie de Lorraine, région où l'IGAS a mené une enquête spécifique :

– La caisse de Longwy (54), contribue ainsi à financer sur son budget d'action sanitaire et sociale des associations de prévention (par subvention), une revue, la mise en place et le suivi d'une cohorte, un programme de dépistage du cancer colorectal, un comité de prévention dentaire, etc., pour un montant estimé en 2001 à quelque 50 000 euros.

– La caisse de Nancy (54), a consacré en 2001 près de 150 000 euros au financement, par ses crédits d'action sanitaire et sociale, d'actions de prévention, essentiellement sous la forme de subventions à des associations œuvrant dans le domaine de la prévention et de l'éducation sanitaire (prévention bucco-dentaire, des troubles du langage, vaccinations, promotion de l'allaitement maternel...), mais aussi sous forme d'actions spécifiques, en matière bucco-dentaire et de suivi post professionnel de personnes ayant été exposées à un risque durant leur activité par exemple.

Par leur montant, ces dépenses paraissent marginales à l'échelle nationale, mais elles s'avèrent souvent déterminantes, à l'échelon local, pour la réalisation de petits projets faisant partie du tissu des plans régionaux de santé.

Le fonds de gestion administrative, via la mise à disposition, à l'échelon local, de personnels, administratifs, éducateurs et promoteurs de santé. Ce peuvent être les mêmes actions qui sont financées par les deux fonds. Exemples issus des caisses d'assurance maladie de Lorraine :

– La caisse primaire d'assurance maladie de Nancy (54) dispose d'un service d'éducation pour la santé dont les missions sont : de mettre en œuvre des actions en milieu scolaire, dans les entreprises, dans les centres d'hébergement et de réadaptation sociale, dans les foyers d'accueil, etc. ; de gérer au quotidien le suivi d'actions de dépistage concernant le cancer du sein, l'angiothérapie, ou le suivi de commandes de tests ; d'assister les associations financées dans le cadre du FNPEIS (suivi des appels à projets, aide au montage des dossiers, évaluations, etc.) ; d'assurer la permanence du Carrefour santé, mis en place en liaison avec la municipalité de Nancy. La caisse estime que l'effort préventif supporté par son budget de gestion administratif s'élève à près de 300 000 euros.

– La caisse de Sarreguemines (57) estime en 2001 à 140 000 euros environ la contribution de son budget de gestion administrative à la prévention, sous forme de la gestion d'un service prévention (2,8 personnes en équivalent temps plein), de participation à une campagne d'éducation pour la santé organisée dans la région, de campagnes d'information sur les médicaments génériques et les antibiotiques, d'une opération d'évaluation par questionnaire d'une campagne concernant l'hypertension artérielle.

Le Fonds national de prévention des accidents du travail, dont la gestion relève de la commission accidents du travail et maladies professionnelles.

Depuis 1996, les conventions d'objectifs et de gestion négociées entre l'État et les caisses nationales d'assurance maladie favorisent la détermination conjointe de programmes de prévention pluriannuels d'intérêt national. Dans le même esprit, l'assurance maladie participe aux conférences régionales de santé,

ce qui en fait un acteur clé des plans régionaux de santé, qu'elle contribue à mettre en œuvre via le FNPEIS notamment.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a encore restreint (du moins potentiellement) sinon le domaine d'intervention, du moins la liberté de manœuvre de l'assurance maladie en matière de prévention. D'une part en confiant à un Comité technique national de prévention de composition interministérielle la mission de coordonner les actions de prévention et leur financement (instance dont l'installation n'a pas encore eu lieu). D'autre part en créant l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, dont les attributions dépassent la mission d'information qui était principalement dévolue au comité français d'éducation pour la santé qu'il remplace, et s'étendent à l'ensemble du champ de la prévention. L'INPES a donc vocation à jouer plus qu'un rôle de communication et d'information sur la santé, il est appelé en principe à devenir un opérateur privilégié de l'État, un conseil et un partenaire de la direction générale de la santé dans la définition des stratégies de santé publique.

Dès lors, le régime d'assurance maladie est en passe de perdre l'autonomie dont il jouissait pour définir et conduire sa propre politique de prévention, et de devenir un exécutant et un financeur de programmes décidés en d'autres lieux.

Face à ces modifications du paysage institutionnel, la Caisse nationale d'assurance maladie est à la recherche d'un nouveau cadre stratégique d'intervention, qui soit en cohérence avec le cœur de ses missions et de ses savoir-faire. S'appuyant sur sa position d'interlocuteur de proximité des usagers et des professionnels, et sur son rôle de régulateur des soins de ville, elle souhaite développer des actions de prévention intégrées à la gestion du risque maladie, concentrées sur l'éducation thérapeutique du patient et sur la qualité des pratiques médicales, et pour lesquelles elle estime être en mesure d'apporter une « plus-value spécifique réelle ¹¹... : dépistage de pathologies lourdes aux conséquences graves en terme de dépendance ou de handicap, y compris celles d'origine professionnelle ; programmes de prévention globaux orientés vers des catégories de populations spécifiques (petite enfance, adolescents, femmes enceintes, personnes âgées). »

S'intégreraient pleinement dans ce champ : la vaccination, le dépistage de masse des cancers et des maladies invalidantes infantiles, l'amélioration des problèmes de santé des jeunes, obésité, conduites à risque (non compris les campagnes généralistes sur les politiques addictives) et insuffisances respiratoires allergiques ; la prévention du vieillissement et de l'apparition de la dépendance ; le suivi spécifique d'une pathologie traceuse (diabète, asthme etc.). En revanche, l'assurance maladie renoncerait à s'investir dans les grandes campagnes généralistes contre des facteurs de risques comportementaux (pratiques

¹¹ CNAMTS, note sur le positionnement stratégique de l'assurance maladie en matière de prévention, 2002.

addictives, sida) comme dans les actions ponctuelles où elle intervient par le biais de subventions.

Sans doute cette tentative de redéfinition d'un espace préventif propre à l'assurance maladie a-t-elle le mérite de proposer une clarification, fondée sur une logique de « métier », celui d'un assureur social préoccupé de gérer le risque, et d'établir pour un temps une frontière lisible entre l'État et l'assurance maladie d'une part, et celle-ci et l'INPES d'autre part.

Mais cette démarche n'est-elle pas aussi le témoignage d'un réflexe de protection institutionnelle, et d'une certaine façon la manifestation d'une culture centralisatrice et verticale de l'action publique ? Au nom de quoi, quels que soient les savoir-faire particuliers dont l'assurance maladie peut se prévaloir, ne pourrait-elle pas inscrire son action dans des interventions de prévention plus globales et territorialisées ? Pourquoi l'assurance maladie ne pourrait-elle, dans le respect des priorités nationales, se mettre tout simplement au service des plans régionaux de santé, auxquels les structures locales, et en premier lieu les URCAM, participent activement ?

Chapitre 2

Des compétences enchevêtrées

Certes, cela a été évoqué le domaine de la santé publique est par nature polycentrique et interinstitutionnel. Toutefois, en France, la répartition des compétences entre l'État et les collectivités territoriales apparaît particulièrement inadaptée.

Le morcellement des compétences et des missions de prévention

L'État, outre ses missions générales de définition de la politique de santé publique et d'édiction des normes sanitaires (article L. 1311-1 du code de la santé publique), a conservé compétence en matière de lutte contre certaines pathologies ou risques (SIDA, addictions, santé mentale), de politique vaccinale et de santé des populations en situation de précarité ou d'exclusion.

Au sein de l'État, le ministère de la santé a notamment compétence partagée : avec les ministères de l'Agriculture et de la Consommation pour la sécurité des produits alimentaires ; avec le ministère de l'éducation nationale, dont relèvent les services de santé scolaire, pour les actions de santé en direction de la jeunesse ; avec le ministère des Affaires sociales et du travail (direction des relations du travail), l'assurance maladie et les entreprises (qui emploient les médecins du travail) pour les risques professionnels ; avec le ministère de l'Environnement pour la prévention des risques environnementaux ; avec la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT) pour la lutte contre les pratiques addictives.

Dans le secteur de la santé proprement dit, à côté de l'administration sanitaire et sociale stricto sensu¹², outre l'assurance maladie, un grand nombre

¹² Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées : direction générale de la santé (DGS) ; direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins (DHOS) pour les aspects d'offres de soins ; direction générale de l'action sociale (DGAS) pour certains aspects de la politique de santé en direction des personnes âgées, handicapées ou en situation de précarité notamment ; les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), chargées d'animer les programmes régionaux de santé et de mettre en œuvre les programmes nationaux ; directions départementales des affaires sanitaires et sociales, pour certains aspects de la sécurité sanitaire et les programmes de prévention et d'accès aux soins.

d'instances spécialisées et d'organismes publics ou parapublics jouent un rôle en matière de prévention. Citons : le Haut Comité de santé publique pour la définition des risques et des objectifs de prévention ; la Conférence nationale de santé, pour la détermination des priorités de santé publique devant en principe guider l'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale ; le Conseil supérieur d'hygiène publique, obligatoirement consulté, notamment, pour les projets d'alimentation en eau et d'assainissement ; le Comité national de coordination sur la vaccination ; l'Institut national de veille sanitaire (INVS) pour la surveillance sanitaire et la quantification des risques ; le Comité technique national de prévention, institué par la loi du 4 mars 2002 (article L. 1417-3 du CSP) mais non encore mis en place, pour la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé et de leur financement ; l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), précité...

Cet ensemble complexe entretient, on l'a vu, des relations à la fois étroites et ambiguës avec l'assurance maladie. Il éprouve également des difficultés à conduire avec les collectivités locales une politique cohérente.

Le partage des compétences entre l'État et les départements ne favorise pas la cohérence des actions

Les départements (cf. infra, tableaux n° VIII et suivants) sont les collectivités territoriales auxquelles la loi de décentralisation du 22 juillet 1983¹³ a transféré le plus de compétences sanitaires : la lutte contre les fléaux sociaux que sont les maladies vénériennes et la tuberculose, le dépistage précoce des affections cancéreuses et les actions de lutte contre la lèpre (article 37) ; l'organisation des services de vaccination (article 38) ; l'organisation des activités et des services de protection maternelle et infantile (article 39) ; la gestion des dispensaires anti-tuberculeux et anti-vénériens.

Or, le partage de compétences entre l'État et les départements auquel a procédé le législateur il y a vingt ans s'est révélé inadapté à l'évolution des enjeux sanitaires, en particulier dans le domaine du cancer et de la prévention des maladies transmissibles.

Ainsi, les centres de vaccination, la lutte contre la tuberculose et les maladies vénériennes sont-ils de la responsabilité du département, mais la lutte contre l'ensemble des maladies transmissibles, dont le SIDA, relève de l'État. Or, toutes les études s'accordent désormais sur ce constat : les personnes venant consulter pour une maladie sexuellement transmissible sont aussi celles qui sont le plus exposées à une contamination par le virus du SIDA.

¹³ Loi n° 83-363 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.

Tableaux n° IX – A, B, C : Répartition des compétences sanitaires entre l'État et les départements
A. Lutte contre les fléaux sociaux (Livre I et Livre III de l'ancien code de la santé publique)

	ÉTAT	DÉPARTEMENT
Tuberculose	Surveillance (transmission obligatoire de données individuelles) Analyse de l'activité des dispensaires	Dispensaires : prophylaxie individuelle, familiale et collective, suivi médical et délivrance des médicaments
Maladies vénériennes : syphilis, gonococcie, chancrelle, maladie de Nicolas Favre	Surveillance (transmission obligatoire de données individuelles) Analyse de l'activité des dispensaires	Dispensaires : prophylaxie et traitement ambulatoire
Cancer	Programme national de dépistage	Dépistage précoce, surveillance après traitements des anciens malades
Maladies mentales	X	
Alcoolisme	X	
Toxicomanie	X	
VIH	X	
Tabagisme	X	

IX – B – Autres missions de santé

	ÉTAT	DÉPARTEMENT
Centres de planification et d'éducation familiale		X
Protection maternelle et infantile :		X
Santé-environnement	X	

IX – C – Lutte contre les maladies transmissibles (Livre I, troisième partie du code de la santé publique)

	ÉTAT	DÉPARTEMENT
Lutte contre les épidémies	X	
Lutte anti-vectorielle	X	
Vaccinations obligatoires : diphtérie, tétanos, Fièvre jaune en Guyane		Services départementaux
Vaccinations suivant les risques : Typhoïde – Paratyphoïde		
Typhus	En cas d'épidémie (arrêté ministériel)	
Hépatite B	En cas d'épidémie (arrêté ministériel)	
Typhoïde	Personnels des établissements de soins Personnels des laboratoires d'analyse de biologie médicale	Services départementaux
BCG		
Lèpre		Actions de lutte (dispensaires)
MST autres que les maladies vénériennes au sens du code la santé publique	X	

Source : rapport IGAS 119-2002

Autre risque d'incohérence : la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles est assurée par l'État, y compris celles (tuberculose, maladies vénériennes) pour la prévention desquelles les départements ont reçu compétence. Un tel partage, s'agissant de pathologies touchant souvent les mêmes profils de population, complique le travail des acteurs de soins, et fragilise la

pérennité des dispositifs mis en place, dont certains s'avèrent redondants et d'autres au contraire lacunaires. Au sein d'une même structure de dépistage et de soins – par exemple un dispensaire antivénérien habilité en tant que centre d'accueil anonyme et gratuit¹⁴ – vont coexister des activités relevant d'une responsabilité et d'un financement départementaux (dépistage et soins de IST) et d'autres relevant de la responsabilité de l'État (dépistage anonyme et gratuit du SIDA). Cette dualité des tutelles impose aux personnels de ces dispensaires des contraintes quotidiennes inutiles dont ils se plaignent (dossiers différents, règle d'anonymat pour l'activité de centres de dépistage anonyme et gratuit, alors que les patients sont les mêmes...).

Une remarque similaire peut être faite à propos de la lutte contre la tuberculose. Alors que le dépistage et la prévention de la maladie sont du ressort départemental¹⁵, le curatif et la surveillance épidémiologique restent de celui de l'État.

De même, en matière de lutte contre le cancer : le dépistage précoce et la surveillance des anciens malades sont confiés au département ; le traitement de la maladie relève du système de soins de droit commun : établissements de santé publics ou privés bénéficiant du financement de l'assurance maladie ; les conditions de réalisation des programmes de dépistage organisé des maladies aux conséquences mortelles évitables (dont font partie, notamment les cancers du sein, du col de l'utérus, du côlon, du rectum selon un arrêté ministériel¹⁶) sont du ressort de l'État depuis 1998.

La difficulté à gérer cette dualité est la raison du retard considérable pris dans l'organisation du dépistage systématique du cancer du sein.

Les modalités d'exercice de leurs compétences sanitaires par les départements sont contrastées

En 1999, une enquête de l'IGAS¹⁷ sur les compétences sanitaires des départements avait constaté que, dans son ensemble, l'effort financier des départements dans le domaine sanitaire, estimé à partir des dépenses réellement engagées et enregistrées dans leurs comptes administratifs (594 MF en 1997, soit l'équivalent de 91 millions d'euros environ), était inférieur aux droits à

¹⁴ La plupart des dispensaires anti-vénériens assurent sur le même site les activités de CDAG.

¹⁵ Selon un périmètre précisé par une circulaire de la DGS : prise en charge des traitements antituberculeux pour les personnes sans ressources et sans couverture sociale ; dépistage ciblé dans les milieux à risques : migrants, personnes en difficulté sociale, personnes séropositives pour le VIH, toxicomanes, détenus... ; enquête de dépistage autour des proches lors de la survenue d'un cas de tuberculose, sous forme d'enquête familiale, professionnelle ou de collectivité ; couverture vaccinale et contrôle des réactions tuberculitiques.

¹⁶ Arrêté ministériel du 24 septembre 2001 fixant la liste des programmes de dépistage organisé des maladies aux conséquences mortelles évitables.

¹⁷ Rapport n° 1999-145, novembre 1999.

compensation actualisés versés dans le cadre de la dotation globale de décentralisation (958,8MF pour 1997, soit l'équivalent de 146 Millions d'euros).

Par ailleurs, les informations concernant les moyens affectés par les départements à des actions sanitaires sont fragmentaires, dispersées et ne permettent pas une estimation fiable. Certaines enquêtes, toutefois, soulignent l'extrême disparité des efforts. C'est le cas dans deux domaines particulièrement sensibles, celui de la prévention des maladies transmissibles et celui du dépistage du cancer.

La prévention des maladies transmissibles

Selon une étude de la DREES menée en 1998, sept départements ne disposaient pas en propre de dispensaire anti-tuberculeux et treize départements de dispensaire antivénérien.

Certes, il s'agit pour la plupart de départements peu peuplés, ruraux, dont les conseils généraux ont opté pour un système de conventionnement avec des associations ou plus souvent avec l'hôpital, qui assurent les prestations pour leur compte. Les départements qui sous-traitent ainsi à l'hôpital sont ceux dont les caractéristiques (population vieillissante, petit nombre de concentrations urbaines...) et les faibles flux migratoires font passer les problèmes de tuberculose ou de SIDA loin derrière d'autres priorités telles que la prise en charge des personnes âgées ou des handicapés.

Cette décision est une illustration de la liberté de gestion dont les élus disposent en la matière et n'appelle pas de réserve pour peu que ces missions soient assurées dans des conditions satisfaisantes. Or, de nos jours, aucun département n'est épargné par la précarité sociale ou l'exclusion, et des cas de tuberculose, de SIDA ou de gonococcies sont signalés sur tout le territoire. A cet égard, l'absence de dispositif ou de procédure organisée permettant d'évaluer l'action des départements est préjudiciable.

Aussi l'enquête de l'IGAS a-t-elle tenté d'analyser les conditions de prise en charge des maladies transmissibles dans deux départements ayant fait le choix de confier ces missions sanitaires à l'hôpital (Eure) et/ou à des associations (Calvados).

A la suite de cette investigation, une conclusion s'impose : l'hôpital n'est pas toujours bien adapté à la prise en charge de patients en difficulté sociale et nécessitant des soins complexes. Les difficultés quotidiennes que rencontrent ces patients, qu'elles soient liées ou non à leur maladie (SIDA, tuberculose...) dépassent en effet les capacités des acteurs hospitaliers. Le recours à des partenaires extérieurs à l'hôpital, tant associatifs qu'institutionnels, et travaillant dans des domaines non curatifs (hébergement, accompagnement, éducation sanitaire...) s'avère la plupart du temps nécessaire pour répondre aux divers problèmes des intéressés et pour éviter, par une prise en charge globale de l'individu, une dégradation de la pathologie pour laquelle il a été adressé.

Ce partenariat s'impose encore davantage face à des patients atteints de maladies transmissibles graves, lorsque le risque de contamination de l'entourage se voit majoré par les conditions de promiscuité et d'insalubrité de leur vie quotidienne, mais aussi par la rotation rapide et incontrôlable de certaines populations, qui complique l'enquête de dépistage autour « du cas index » (centres d'hébergement d'urgence, foyers de travailleurs migrants...). Dans ces cas, les difficultés du dépistage des « sujets contacts » et du suivi médical régulier des personnes malades, visant à enrayer la propagation de la maladie, font d'un problème de santé individuel un véritable problème de santé publique, requérant une coordination des acteurs médico-sociaux que l'hôpital ne peut assurer à lui seul. Il est regrettable, à cet égard, que pour ces patients tuberculeux difficiles, la stratégie dite DOTS¹⁸ soit aussi peu utilisée en France alors qu'elle se montre très efficace dans de nombreux pays.

Le dépistage du cancer

Les difficultés de la généralisation du dépistage du cancer du sein sont révélatrices de l'inégalité de l'investissement des départements dans le domaine sanitaire.

Le dépistage du cancer est une compétence départementale fort ancienne, puisque c'est en 1963¹⁹ que les départements se sont vus confier « la lutte contre le cancer organisée pour exercer un dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades ». Toutefois, le législateur a une fois encore apporté une touche de complexité supplémentaire à l'occasion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999²⁰, en créant un nouvel article du code de la santé publique stipulant : « au vu des conclusions de la conférence nationale de santé, des programmes de dépistage organisé de maladies aux conséquences mortelles évitables sont mis en œuvre dans les conditions fixées par voie réglementaire sans préjudice de l'article L. 1423-1 » (article attribuant aux départements la responsabilité du dépistage).

En général, le dépistage organisé à l'échelle départementale ou interdépartementale repose sur des « structures de gestion », financées par les conseils généraux et les organismes d'assurance maladie, et au sein desquelles les professionnels de santé sont représentés. Le dépistage organisé du cancer est donc une responsabilité partagée par trois acteurs institutionnels, le département, investi d'une compétence légale pour effectuer le dépistage précoce des affections cancéreuses, l'assurance maladie, co-financeur et force d'appui technique, et l'État, chargé désormais de définir et de réglementer les dépistages organisés des maladies aux conséquences mortelles évitables depuis 1998. La coexistence de deux compétences concurrentes en matière de prévention du cancer, celles du départe-

¹⁸ DOTS : Directly Observed Treatment (programme de délivrance du traitement sous surveillance directe).

¹⁹ Loi n° 63-1241 du 19 décembre 1963 (Art. L. 1423-1 du code de la santé publique).

²⁰ Loi du 23 décembre 1998, créant l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.

ment et de l'État, contribue, selon les termes du récent rapport de la commission d'orientation sur le cancer, à « retarder la montée en charge » des programmes.

D'autant que, comme l'a souligné ce même rapport, « l'absence d'obligation précise quant au niveau de participation financière de chaque partenaire fragilise le dispositif ». Et de fait, l'implication financière est très variable d'un département à l'autre, certains conseils généraux ne souhaitant pas s'impliquer dans le dépistage, ou d'autres se dégageant du financement des programmes pilotes depuis la généralisation de la compétence d'État dans le domaine du dépistage organisé.

Le dépistage du cancer du sein fournit un exemple des rigidités et de l'inefficacité relative de ce dispositif.

En 2000, année où le gouvernement a fait de la généralisation du dépistage du cancer du sein une priorité nationale, trente-deux départements avaient mis en place un dépistage²¹, ce qui avait permis à plus d'un million de femmes de bénéficier d'une mammographie.

Le bilan s'est révélé mitigé, en tout cas inférieur aux recommandations européennes au regard de la participation : le taux de participation des femmes ciblées, quoique en amélioration régulière au fil des campagnes, n'a atteint que 43 %, alors que la référence européenne est de 60 %. En revanche, les autres paramètres d'évaluation qualitative situent les résultats français à un niveau proche de la référence européenne (RE) : taux de rappel à la première mammographie de 7,6 % (RE : moins de 7 %) ; taux de cancers détectés de 5,6/1000 (RE : au moins 51000) ; taux de biopsies de 1,1 % (RE : moins de 1,5 %).

Sous l'effet de la politique nationale mise en place à partir de 2000, trente nouveaux départements ont engagé une campagne en 2002 ou sont sur le point de le faire en 2003.

Il n'en demeure pas moins que certains conseils généraux ne se sont toujours pas engagés dans cette mission et que semblent persister dans certains départements des difficultés de coordination entre les différents acteurs (services de l'État, du conseil général, de l'assurance maladie, associations), l'absence d'un chef de file local se faisant encore sentir. Ces constatations ont conduit le gouvernement à annoncer le transfert à l'État de cette compétence.

Les communes : un réinvestissement du champ de la santé

La compétence des communes en matière d'hygiène remonte au début du siècle (Cf. supra, première partie) et à la loi relative à la politique de santé publique de

²¹ Conformément aux recommandations de l'ANAES, ce dépistage s'adresse depuis 2000 aux femmes entre cinquante et soixante-quatorze ans, auxquelles il est proposé une mammographie tous les deux ans.

1902 (précitée). Si les maires disposent d'un pouvoir général de police sanitaire²², les communes n'ont bénéficié, à l'occasion des lois de décentralisation de 1983, d'aucun transfert de compétences dans le domaine de la santé.

Au contraire, les villes de plus de 20 000 habitants, qui étaient auparavant soumises à l'obligation de créer un bureau municipal d'hygiène chargé de la lutte contre les épidémies, ont vu cette obligation levée en 1984. Actuellement, 208 services communaux d'hygiène et de santé (SHCS) continueraient à exercer, sous l'autorité du maire, des activités sanitaires pour lesquelles les communes perçoivent la dotation globale de décentralisation.

L'activité des services communaux d'hygiène et de santé ne fait pas l'objet de remontées d'informations exhaustives auprès des services de l'État, elle est toutefois assez bien connue des directions départementales des affaires sanitaires et sociales. Ces dernières font état d'une situation très variable d'une commune à l'autre. Certains services communaux de santé n'ont plus qu'une activité symbolique, tandis que d'autres au contraire ont maintenu une activité notable, notamment dans les domaines des vaccinations, de la désinfection et du contrôle des règles d'hygiène, voire constituent de véritables partenaires institutionnels. L'importance de la population communale, l'environnement socio-économique, l'existence ou le passage fréquent sur le territoire de personnes ou de communautés en difficultés (gens du voyage, demandeurs d'asile, migrants, personnes sans domicile fixe, toxicomanes...) convainquent nombre de responsables communaux de s'impliquer dans le champ de la santé. Ils s'efforcent alors, généralement, d'intégrer leur action à celles des services de l'État et/ou du département. A noter qu'une quarantaine de villes françaises ont adhéré au réseau des « Villes – Santé » créé sous l'égide de l'OMS, et se sont dotées de services de santé menant pour l'essentiel des actions de prévention.

Ces disparités sont parfois source de difficultés. La disparition de certains services d'hygiène n'a pas toujours répondu à celle des problèmes. Elle place alors l'État ou les conseils généraux dans l'obligation de suppléer les carences communales.

Pour autant, un tel enchevêtrement et une telle dispersion des compétences nécessitent-ils une refonte radicale de l'organisation de la prévention ? Et, dans cette perspective, une concentration ou une recentralisation comme certains l'appellent de leurs vœux ?

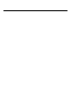
A l'évidence, la répartition des compétences entre l'État, l'assurance maladie et les collectivités locales doit être clarifiée. Mais il faut se défier des tentations simplistes qui ne déboucheraient que sur des réformes en trompe-l'œil. La prévention est par essence un domaine multisectoriel dans lequel l'ensemble des acteurs institutionnels, administrations d'État, collectivités territoriales, organismes de protection sociale, organisations profession-

²² Le préfet du département est compétent en cas d'épidémie et de danger imminent pour la santé publique.

nelles, associations possèdent non seulement une légitimité politique et pratique à intervenir, mais encore des savoir-faire et des ressources utiles. L'organisation actuelle, avec ses défauts, est le résultat, rappelons-le, de réformes successives dont la prévention n'était pas l'objet principal, et qui aboutirent à des attributions de compétences de circonstances, par défaut. Une organisation générale de la prévention n'a jamais de ce fait été pensée, pas même à l'occasion de la loi du 4 mars 2002, les modalités de création de l'INPES en témoignent.

Comme cela a déjà été indiqué, et les développements qui suivent tendront à le démontrer, si une réforme de l'organisation de la prévention est nécessaire, elle ne pourra faire l'économie d'une réflexion approfondie sur les rapports de la politique de prévention aux usagers, aux territoires et à tous les acteurs économiques et sociaux, pas plus que sur la répartition des missions entre politiques, experts, acteurs et usagers d'une part, entre État central, services déconcentrés et collectivités décentralisées d'autre part.

Au fond, cette difficulté française à mettre sur pied des dispositifs interinstitutionnels performants est peut-être le signe d'une culture de santé publique insuffisamment diffusée.



Chapitre 3

La crise de la médecine préventive

C' est un fait aujourd'hui largement reconnu, la France a longtemps souffert du manque de moyens et de légitimité accordés à la santé publique.

Parent pauvre de l'enseignement universitaire, peinant à trouver sa place dans une médecine caractérisée par l'hospitalocentrisme et focalisée sur le développement des techniques, la santé publique n'a pas dès l'origine disposé, à l'inverse des pays anglo-saxons ou scandinaves, ni des instituts de recherche et de formation idoines, ni bien sûr des structures d'intervention suffisamment efficaces pour conduire des actions de dépistage et de santé publique organisées (l'exemple du dépistage du cancer du sein en atteste).

Les études et recherches épidémiologiques spécifiquement françaises ont longtemps été assez pauvres, du moins en nombre, et ceci tant en matière de risques collectifs que de risques individuels. De même, le système de santé ambulatoire étant en majeure partie géré par les partenaires sociaux, l'État intervenait pour réguler les dépenses, mais peu pour orienter le système vers des priorités de santé publique.

Le paysage a de ce point de vue notablement changé depuis les années quatre-vingt-dix, qui ont vu la création de nombreux établissements publics administratifs dans le domaine de la santé, rassemblant des experts en sécurité et en prévention, comme en surveillance et en observation. En même temps, l'INSERM a réorienté l'activité de nombre de ses unités vers la recherche en santé publique. De même, le recours aux méthodes de santé publique, via la planification d'objectifs, le développement de programmes ciblés, s'est peu à peu imposé comme le mode usuel de l'action publique en santé.

Le système de santé est aujourd'hui largement innervé par une logique de santé publique, qui resitue chaque problème d'un point de vue populationnel et épidémiologique. Cette évolution s'est produite en ordre dispersé, par à-coups, adjonctions de structures, empilements de programmes, croisements de financement, plus que par la réorientation stratégique de l'ensemble du système.

Aussi les retards de la santé publique en France sont-ils moins dus à un manque de moyens qu'à la difficulté à adapter ces moyens aux besoins actuels, et les modes d'organisation et de management à l'évolution des enjeux. La crise ancienne et jamais résolue des services dédiés de médecine préventive en constitue une illustration.

La crise de la médecine du travail

Invention française issue de la médecine légale, la médecine du travail, dont les principes de base ont été mis en place par la loi du 11 octobre 1946, se caractérise par une vocation exclusivement préventive ; une organisation relevant de la responsabilité des employeurs en concertation avec les instances représentatives des salariés ; un exercice relevant du droit du travail, très réglementé, mais faisant l'objet d'un contrôle de l'État relativement lointain, fondé principalement sur la délivrance d'agrément.

Dès l'origine, le médecin du travail a joué un rôle exclusif de prévention, qui comprend essentiellement : la détermination de l'aptitude et la surveillance de la santé des travailleurs. Une première évolution intervient en 1979²³ avec la mise en place du « tiers temps technique » : les médecins du travail ne sont plus seulement en charge du suivi individuel des salariés, mais aussi de la surveillance collective et épidémiologique (pour un tiers de leur temps). Pourtant, les salariés restent attachés à la visite annuelle, les employeurs au certificat d'aptitude, c'est-à-dire à un document médico-légal. La loi du 31 décembre 1991²⁴, portant transposition d'une directive européenne relative à la santé et à la sécurité au travail, marque une deuxième évolution, via l'obligation faite aux employeurs d'évaluer les risques et la mise en place de services de santé et de sécurité dans les entreprises. Il faudra toutefois attendre plus de dix ans pour que cette obligation devienne effective dans notre pays, et elle ne fait que commencer à être appliquée.

Une pratique éloignée des préoccupations de santé publique

Deux éléments expliquent à la base les difficultés rencontrées : les intérêts divergents, sinon contradictoires ou perçus comme tels, entre les enjeux économiques de l'emploi d'une part, et les risques sanitaires d'autre part ; les rapports entre médecine du travail et santé publique, marqués par une tradition de forte ignorance, si ce n'est d'opposition.

De façon surprenante, alors même que les conséquences pour la santé humaine de l'exposition à des facteurs de risques professionnels se font sentir très tôt (affections touchant la fécondité et les femmes enceintes) et jusqu'à l'âge de la retraite, voire au-delà, les acteurs de la médecine du travail, partenaires sociaux, médecins du travail, les services du ministère du travail, restent dans l'ensemble étrangers à une logique de santé publique.

²³ Décret du 20 mars 1979.

²⁴ Loi N° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels.

La collaboration entre les deux ministères (celui en charge du travail et celui en charge de la santé) est faible sur cette question qui relève pourtant des deux compétences. De plus, de par leur formation, leur statut, le déroulement de leur carrière, ni les médecins du travail, ni les médecins inspecteurs régionaux du travail ne sont considérés comme des médecins de santé publique.

Le temps consacré à la santé au travail dans les études de médecine n'a jamais été le plus valorisé ; de surcroît, il diminue régulièrement. Les professeurs d'université de médecine du travail, qui interviennent en amont, au stade de la formation des médecins spécialistes, et en aval, à l'occasion des nombreux contacts qu'ils entretiennent avec les médecins qu'ils ont formés, s'interrogent également sur les standards très élevés de connaissances exigés, qui ne semblent pas indispensables dans la grande majorité des situations auxquelles sont confrontés les médecins du travail.

Le médecin du travail, isolé au sein de l'entreprise, ne peut confronter ses pratiques médicales à celles de confrères. Cet inconvénient se renforce, au moment où, devant l'évolutivité et la complexification des risques professionnels, une approche pluridisciplinaire, un croisement des regards, des angles d'analyse, des formations et des savoir-faire s'avèrent indispensables. Et si la médecine du travail collabore assez naturellement avec la médecine de ville, les médecins libéraux sont dans l'ensemble mal formés et mal sensibilisés à l'étiologie professionnelle. Une expérience observée par l'IGAS dans le Nord-Pas-de-Calais démontre tout l'intérêt d'une action coordonnée des professionnels de santé à l'échelle d'un bassin d'emploi. Elle paraît malheureusement exceptionnelle (Cf. encadré suivant).

Les actions coordonnées en Nord-Pas-de-Calais

Le Nord-Pas-de-Calais fournit l'exemple d'une organisation en réseau de la médecine (médecins généralistes, médecins conseils de la sécurité sociale, médecins du travail de services autonomes et de services interentreprises), qui a permis la désignation de médecins référents pour chaque secteur d'activité ou thème d'intervention (Bâtiment et travaux publics, handicap, maintien dans l'emploi...).

Les services interentreprises acceptent de donner du temps aux médecins pour qu'ils conduisent des actions collectives sur un secteur, sous la coordination de l'Institut du travail du nord de la France.

La libération de temps médical est indispensable au maillage territorial et thématique. Par exemple, un médecin couvrira plus spécifiquement le programme départemental d'insertion des travailleurs, un autre entretiendra des relations privilégiées avec les intervenants de l'Association pour la gestion du fonds d'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH), un autre encore se spécialisera dans les conduites addictives.

La mise en place de tels réseaux suppose cependant que les employeurs soient prêts à financer des actions de santé publique.

La visite médicale systématique en question : du contrôle de l'aptitude à la santé au travail

Dans sa pratique quotidienne, la médecine du travail reste focalisée sur l'examen général périodique et systématique, dont l'efficacité en santé publique est aujourd'hui remise en cause de façon générale.

En réalité, la préoccupation de la vérification de l'aptitude continue à prédominer et à justifier, aux yeux des acteurs de l'organisation du travail, employeurs, médecins, salariés, le maintien de l'examen individuel systématique comme mission primordiale de la médecine du travail.

Cette « aptitude » que le médecin du travail évalue, s'apparente au fond à une estimation de la prédisposition au risque d'indemnisation. Elle est davantage un vestige de la médecine légale qu'un véritable outil de prévention, et correspond à la fonction fondamentalement assurantielle de la médecine du travail. Le certificat d'aptitude est ressenti comme un permis de travail pour le salarié, comme une garantie assurantielle pour l'employeur.

Or, il convient de s'interroger sur la pertinence même du concept d'aptitude en tant qu'outil de prévention, et a fortiori sur la validité du concept récent de « non contre-indication ». Les travailleurs contaminés par l'amiante n'ont-ils pas tous été déclarés aptes ? De ce point de vue, la notion de « non contre-indication » d'exposition aux produits cancérigènes, mutagènes et toxiques récemment validée par le Conseil d'État, est perçue par beaucoup de médecins du travail comme une atteinte aux valeurs fondatrices et à la déontologie de la médecine du travail.

Pour cet ensemble de raisons, les organisations syndicales penchent aujourd'hui en faveur de la suppression du certificat d'aptitude, ce qui remettrait en cause la visite systématique, et réfléchissent à un système évaluant non pas l'aptitude au poste du salarié, mais le degré d'exposition aux risques du poste vis-à-vis du salarié.

Ce renversement apparaîtrait mieux adapté à l'évolution des processus de production et des modes d'organisation du travail, caractérisés, on l'a vu, par le développement du travail précaire, de la sous-traitance, de la dangerosité diffuse ou différée de nombre de produits utilisés. Cela renvoie aux tâches désormais essentielles des médecins du travail, qui, au-delà du contrôle de l'aptitude, résident d'une part dans la surveillance de la santé des travailleurs, en particulier par le dépistage des effets nocifs liés au travail, d'autre part dans l'étude des conditions de travail, des risques et des nuisances. De ce point de vue, la médecine du travail française se trouve à un carrefour, où elle va devoir choisir entre deux voies divergentes : l'une, traditionnelle, fondée davantage sur l'approche médicale individuelle de l'individu et le traitement illusoirement égalitaire de tous les salariés ; la seconde, plus proche du modèle anglo-saxon, et plus tournée vers un mode d'action collectif et ciblé, vers la santé au travail plutôt que vers l'aptitude au travail.

La problématique de l'examen préventif systématique au Québec

Au Québec, deux types d'examens médicaux existent, avant l'embauche et en cours d'emploi. En s'inspirant des travaux d'une commission américaine qui a défini en 1951 six critères pour le dépistage²⁵, la Commission des droits de la personne du Québec a posé le principe en 1987 qu'aucun dépistage ne devait être organisé avant une embauche formelle. En pratique cette recommandation n'a pas été suivie.

Le Collège des médecins du Québec a insisté en 1997 sur la nécessité de démontrer la pertinence scientifique et sociale du dépistage au double motif que sa valeur prédictive varie en effet selon la prévalence de la maladie dans la population, et que le dépistage de maladies rares ou avec des tests indépendants multiplie les risques d'erreur et de « faux positifs ». De ce point de vue, les recommandations de l'OMS sur le dépistage (1969) sont souvent ignorées.

Le dépistage dans le cadre de l'activité professionnelle, pour le Collège des médecins, ne peut être justifié que pour protéger la santé publique ou la santé de l'individu et de ses collègues. Le Collège des médecins a notamment préconisé :

1/De proscrire, à propos des examens de santé des agents de la Sûreté (police), les analyses de la glycémie, urine, cholestérol, qui n'ont aucun lien avec les risques professionnels.

2/D'éviter de façon générale la radiographie pulmonaire et lombaire, ces examens pour une population asymptomatique s'avérant inutiles pour un coût élevé.

3/Plusieurs dépistages systématiques sont jugés par ailleurs inutiles ou contre-productifs (discrimination de personnes qui en réalité ne sont pas atteintes) : l'audiogramme, cet examen ne permettant pas de vérifier la capacité de discrimination auditive et donc de prévenir les accidents du travail ; le dépistage systématique du cancer de la plèvre compte tenu de sa faible prévalence (incidence de 325/100 000 personnes).

Cette position critique à l'égard des dépistages systématiques apparaît partagée par la plupart des médecins, et notamment des médecins de santé publique au Québec.

En revanche, sa traduction dans les textes s'avère difficile : les examens de santé du personnel de police demeurent tout comme les audiogrammes et les radiologies des poumons.

Cette analyse des effets pervers et de l'inefficacité des dépistages systématiques pourrait être transposée, en France, à la médecine du travail comme à la médecine scolaire.

La remise en cause du principe de la visite médicale systématique est d'autant plus à l'ordre du jour que la médecine du travail pâtit à l'heure actuelle d'une pénurie de praticiens alarmante.

²⁵ « *US Commission on chronic illness* » : fiabilité, efficacité, coût, efficacité, acceptabilité, possibilité de traitement.

La démographie médicale en baisse : la nécessaire réorientation des priorités

De l'avis général, la démographie de la médecine du travail est alarmante. Et ce d'autant plus que la situation est appelée à empirer avec les nombreux départs à la retraite à l'échéance de 2007.

L'effectif des médecins du travail spécialisés est en 2002 de 5 933, sous certaines conditions et selon des modalités diverses, par l'intervention de médecins généralistes et de spécialistes d'autres disciplines. Or, le secteur industriel et commercial emploie en France quelque 15 millions de salariés, dont 88 % travaillent dans les petites et moyennes entreprises.

Ce seul rapprochement de chiffres suffit à vider de son sens l'intangibilité du principe de la visite systématique, et commande d'orienter la médecine du travail vers un autre mode d'organisation, collectif et pluridisciplinaire. Sans doute, la remise en cause du caractère systématique et annuel de la visite médicale du travail conduirait à se poser d'autres questions : ouvrir au médecin du travail la possibilité de prescrire d'autres visites ; offrir au salarié la garantie que toute demande de visite médicale s'impose à l'employeur ; prévoir un pouvoir d'alerte des représentants du personnel. A cet égard, l'expérience danoise, qui laisse la liberté de choix de sa surveillance médicale au seul salarié, mériterait d'être expérimentée.

Le temps que libérerait pour les médecins du travail un allègement de la périodicité des visites pourrait être utilement affecté au travail de terrain, dans les sites de production, et serait de nature à rendre effectif le « tiers temps », en pratique peu utilisé aujourd'hui.

La double nécessité d'une indépendance et d'une pluridisciplinarité renforcées

La récente loi de modernisation sociale²⁶ s'efforce d'apporter une réponse aux problèmes de la médecine du travail, et ce dans trois directions (ses décrets d'application sont en cours d'élaboration) :

– renforcement de l'indépendance des médecins du travail : le recrutement à titre temporaire des médecins du travail est interdit (article L. 124-2-3 du code du travail) ; le licenciement d'un médecin du travail doit être soumis à l'approbation d'un inspecteur du travail, l'accord du comité d'entreprise n'étant en revanche plus obligatoire (article L. 241-6-2 du code du travail) ;

²⁶ Loi 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

- facilitation de l'accès aux fonctions de médecin du travail : mise en place d'une possibilité de conversion en médecin du travail pour les médecins généralistes²⁷ ; possibilité de régularisation pour les médecins non diplômés en médecine du travail et exerçant dans les services de médecine du travail (article L. 241-6 du code du travail) ;
- renforcement du caractère collectif des services de médecine du travail : ces services prennent l'appellation de « services de santé au travail » (article L. 241-2 du code du travail) ; possibilité leur est donnée de faire appel à des techniciens des caisses régionales d'assurance maladie, de l'office professionnel paritaire du bâtiment et des travaux publics (OPPBT), ou des agences régionales de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT).

Ainsi est reconnue la triple nécessité d'une indépendance renforcée des médecins du travail à l'égard des entreprises qui les emploient ; d'un élargissement du vivier des médecins du travail ; d'une approche pluridisciplinaire des risques professionnels (mise en œuvre de compétences médicales, techniques et organisationnelles). Les décrets d'application, en cours d'élaboration, devraient conforter encore la recherche de ces objectifs.

Certes, les syndicats de médecins du travail se déclarent inquiets du risque de balkanisation de leur mission, déjà effectif en raison de la diversité des régimes juridiques applicables (secteur privé, fonctions publiques, agriculture...), et qu'accentuerait un recours fréquent à des accords de branche. La mise en œuvre de la pluridisciplinarité, telle qu'elle s'annonce, menacerait selon eux la médecine du travail dans la mesure où l'absence d'articulation organisée entre les professions, combinée à la pénurie de médecins, pourrait aboutir à la déposséder de sa fonction d'intervention sur les lieux de travail. Dans une telle hypothèse, les examens médicaux, réalisées par des professionnels ne connaissant pas les postes de travail, perdraient, selon eux, tout leur sens.

En toute hypothèse, l'organisation des services de médecine du travail paraît aujourd'hui dépassée. Encore focalisée sur une visite systématique que la diversification de leurs missions et la réduction de leur nombre tendent à rendre inopérante, mais à laquelle les employeurs – dont ils sont aussi les salariés – restent majoritairement attachés, la médecine du travail traverse une crise d'identité. Leurs missions nouvelles entraînent les médecins du travail vers des démarches de santé publique auxquelles leur formation et leurs savoir-faire ne les a guère préparés. La complexification des risques professionnels et l'accroissement des exigences de sécurité et de prévention commandent une approche pluridisciplinaire envers laquelle les employeurs, pour des raisons économiques, les organisations syndicales, fidèles à leur pragmatisme réservé en matière de risques professionnels, et les médecins du travail eux-mêmes, dans un réflexe conservatiste, se montrent réticents. Les modalités et l'importance du finance-

²⁷ A condition d'avoir obtenu un titre en médecine au travail et de prévention des risques professionnels à l'issue d'une formation spécifique d'une durée de deux ans.

ment sont très variables selon les services et les entreprises. Les commissions de contrôle sont bien souvent des organisations fantômes. Devant toutes ces mutations présentes et à venir, les médecins du travail se sentent souvent trop isolés, ou impuissants.

D'autant que le relais des médecins inspecteurs régionaux du travail n'est pas à la hauteur des besoins. Car ce corps aussi est en crise : en nombre réduit (quarante et un postes théoriques, dix vacants en permanence à l'échelle du pays), ces médecins inspecteurs sont mal intégrés aux services administratifs du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, peu ouverts à la culture médicale, à son langage, ses valeurs, ses méthodes, et pas du tout liés aux services régionaux de santé publique (DRASS). Si bien que les médecins inspecteurs se trouvent la plupart du temps plongés dans un isolement dont ils finissent par se satisfaire, mais qui au bout du compte s'avère extrêmement préjudiciable à la prise en considération des enjeux sanitaires par l'administration du travail.

La crise de la prévention en milieu de travail dépasse largement celle de la médecine du travail

Cette crise de la médecine du travail s'inscrit dans un contexte plus large, qui met en jeu l'ensemble des acteurs de la prévention des risques professionnels, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'entreprise.

D'une part, cela a été rappelé, les progrès technologiques multiplient les situations à risque en même temps qu'ils permettent de les maîtriser ; d'autre part, les restructurations, et plus généralement la fragilisation des relations de travail via le développement de l'intérim, de la sous-traitance, compliquent davantage la perception du risque et le suivi des populations exposées. Dans le secteur de la chimie par exemple, les substances utilisées et les combinaisons de produits sont de plus en plus nombreuses et, malgré les réglementations nationales et communautaires qui en régissent l'usage, leur impact à long terme sur la santé humaine selon les degrés d'exposition est mal connu (cf. infra).

Plus généralement, les nouvelles formes d'organisation du travail, souvent caractérisées par une intensification des cadences et une charge mentale plus importante, suscitent des risques nouveaux, en particulier pour la santé mentale de salariés, dont le repérage et la reconnaissance sociale sont difficiles. L'IGAS ne peut que souligner les discours constants des inspecteurs du travail, des médecins du travail et de l'ensemble des intervenants concernés par la santé au travail, sur la « souffrance au travail », le stress dont se plaignent un nombre croissant de salariés. L'augmentation du nombre d'arrêts de travail semble corroborer ce sentiment général de « violence » au travail, de

plus en plus intense ou à tout le moins de plus en plus souvent dénoncé par les salariés.

Face à ces phénomènes, les acteurs de la prévention se sentent démunis. Les agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), très sollicitées, peinent à faire face aux demandes. Les services de prévention des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) sont mal outillés pour intégrer ce risque dans les contrats de prévention. De même, le champ d'intervention de l'inspection du travail est de plus en plus complexe, interrogé à la fois par l'éclatement de la collectivité du travail, la sous-traitance, le travail précaire, la complexité croissante des procédés et des techniques, la segmentation des compétences, le caractère diffus ou différé des risques. Or, les inspecteurs du travail sont des généralistes dont la formation initiale, essentiellement juridique, les prédispose peu au contrôle d'entreprises à hauts risques.

A la lumière de ces brefs constats, on mesure combien la compréhension et la prévention du risque exigent des compétences techniques nombreuses (médecins, juristes, ergonomes, ingénieurs, psychologues...) et, pour chacun des intervenants, la conscience des limites de sa propre expertise. La médecine du travail, l'inspection du travail qui, sur des registres différents, sont à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise les institutions pivots de la prévention, sont confrontées à cette même difficulté. Elle a été résolue, en droit sinon dans les faits, pour la médecine du travail par la création des services de santé dans l'entreprise, à vocation pluridisciplinaire. L'inspection du travail, quant à elle, n'a pas vu remis en cause son monopole du contrôle du respect de la législation dans l'entreprise en matière de santé au travail. Les positionnements relatifs des inspecteurs, des ingénieurs et des médecins au sein des services du travail, semblent être un frein au développement de la pluridisciplinarité.

La question de la pluridisciplinarité du contrôle des entreprises mérite donc d'être explicitement posée. De même que celle d'une approche coordonnée et systématisée de l'ensemble des services de contrôle, d'évaluation et de conseil, inspection du travail, caisses régionales d'assurance maladie, agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail, ingénieurs de prévention des directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, médecins inspecteurs régionaux...

Le contrôle social exercé à l'intérieur des entreprises par les comités d'hygiène et de sécurité (CHSCT), quand ils existent, est également compliqué par les mutations permanentes du risque et des formes de l'entreprise. Les CHSCT des entreprises donneurs d'ordre n'ont pas tendance à se préoccuper de la santé des salariés des entreprises sous-traitantes ; sur le plan juridique, leur intervention est limitée par le champ de la propriété de l'employeur ; ils ne peuvent, sauf accord très précis, auditionner un salarié d'une autre entreprise.

Face à ces enjeux, la question de la formation des acteurs au sein de l'entreprise (médecin du travail, membres de CHSCT, mais aussi plus largement préventeurs), ou à l'extérieur de l'unité de production, est capitale.

Plusieurs intervenants rencontrés par l'IGAS partagent le sentiment que dans les entreprises, la fonction « santé et sécurité » est de moins en moins organisée, de moins en moins bien positionnée sur le plan hiérarchique, et ne bénéficie donc pas d'un circuit court dans le processus de décision. Ils partagent également la conviction que dans le domaine de la santé au travail, la question cruciale est celle de la qualité des professionnels intervenant dans les entreprises, les médecins, les infirmiers, les hygiénistes du travail, etc. La professionnalisation des équipes de santé au travail est un préalable pour évoluer vers un modèle d'évaluation et de gestion des risques. Cela suppose notamment une quantification des risques et l'organisation d'un débat dans l'entreprise. Les outils de maîtrise du risque étant assez rarement des outils médicaux, il faut donc être capable de mobiliser des compétences variées. Il faut inciter et aider les entreprises à avoir des professionnels compétents.

On ne peut qu'encourager, à ce titre, le développement dans les entreprises de fonctions de sécurité reconnues, formées et managées. L'évaluation des risques étant réalisée dans l'entreprise, les acteurs de l'entreprise (le médecin du travail, les partenaires sociaux, l'employeur) peuvent alors construire des priorités, qui ont nécessairement une dimension de jugement de valeur, en s'appropriant les résultats de l'évaluation scientifique.

A l'extérieur des entreprises, c'est davantage la complémentarité des expertises qui doit être recherchée, dont la médicale n'est qu'une des composantes. Un recours plus simple et plus fréquent à l'expertise permettrait à l'inspection du travail d'appréhender la globalité des risques, de ses conséquences pour la santé au travail, et d'apprécier les modalités d'intervention appropriées. De la même manière, l'inspection doit pouvoir avoir recours de façon opérationnelle à des mesures et vérifications (taux de pollution, présence de produits polluants, taux de concentration dans l'atmosphère...). Cette dimension nécessite une organisation en réseau, l'optimisation du rôle d'appui des ingénieurs et médecins inspecteurs régionaux, et la détermination de protocoles d'intervention et de capitalisation des éléments d'observation des difficultés ou des réussites dans l'action conduite.

La médecine préventive en direction des enfants : une approche encore trop centrée sur le bilan de santé

Deux services de médecine préventive interviennent en direction des enfants : les services de protection maternelle et infantile (PMI), dont la compétence a été décentralisée au bénéfice des départements, et les services de santé scolaire, qui sont rattachés au ministère de l'Éducation nationale.

Les services de PMI jouent un rôle majeur dans la mise en place des actions de prévention en direction des enfants

En leur confiant la gestion de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de la protection maternelle et infantile (PMI), les lois de décentralisation (notamment la loi du 22 juillet 1983, précitée) ont transféré au département l'essentiel des compétences dans le domaine de l'enfance. Les conseils généraux jouent donc un rôle majeur dans le dispositif de veille sanitaire et sociale en direction des jeunes enfants. Ils sont, pour toutes les politiques ayant un retentissement sur l'enfance, des partenaires obligés. Certes, ces missions sont exercées de manière variable sur l'ensemble du territoire, selon la tradition, les caractéristiques sociodémographiques et les priorités budgétaires et politiques propres à chaque collectivité.

Dans l'ensemble, néanmoins, sensibles à sa portée politique et conscients de l'importance de la prévention sanitaire pour des populations dont ils ont un peu plus tard la charge en matière d'action sociale, les conseils généraux semblent accorder à la PMI attention et moyens. De ce point de vue, l'action menée dans le Pas-de-Calais constitue, non pas un modèle, mais un exemple de ce que peut être une politique de prévention maternelle et infantile globale (cf. encadré suivant).

Il est malgré tout regrettable que ce sujet n'ait donné lieu à aucune enquête générale, susceptible de fournir des indications précises, aussi bien qualitatives que quantitatives, sur les conditions dans lesquelles cette fonction est assurée sur l'ensemble du territoire.

Un exemple de politique départementale de PMI en direction des populations fragiles : le Pas-de-Calais

La démarche : engagée à l'initiative du Conseil général du Pas-de-Calais, elle a été élaborée dans le cadre d'une recherche-action conduite par un chercheur de l'université de Lille, et est articulée avec les plans régionaux de santé « Santé des jeunes » et « Périnatalité ».

La mise en place du dispositif de prévention comporte deux volets : d'une part le dépistage et le suivi précoce des enfants, d'autre part une protection sociale des familles. Ce dispositif n'est pas limité à la tranche d'âge des 0-6 ans, puisqu'il couvre aussi l'adolescence jusqu'à la majorité. Les personnels médicaux et paramédicaux, mais également ceux du champ social sont associés.

Les actions :

1/Mise en place d'indicateurs servant de support à la définition des objectifs de prévention primaire

Toute observation d'un facteur de risque chez un enfant relevant d'un public prioritaire entraîne le passage du dossier en commission de prévention précoce, la situation de la famille pouvant également être examinée en commission de protection sociale. Sont considérés comme public prioritaire : les mineurs enceintes, les primipares au foyer sans profession, les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) ou des minima sociaux.

2/Etablissement d'un support à l'évaluation des indicateurs de risque

Ces indicateurs de risque concernent aussi bien l'enfant que les parents. Ils portent sur le développement physique de l'enfant et sa santé psychique. Sont pointés : les troubles du comportement, de l'alimentation, du sommeil et de l'endormissement, du contrôle sphinctérien, les actes auto-agressifs, les dépendances, mais également les comportements « déviants » (actes délictueux, appartenance à une bande marginale, fugues, violence). L'adaptation scolaire est notée, que ce soit à travers l'absentéisme, les difficultés d'apprentissage scolaire ou les troubles de l'adaptation à la classe. Dans un deuxième temps, les indicateurs de risque relatifs aux parents ou aux substituts parentaux sont également recensés, notamment : séparation à la naissance, grossesses répétées ou rapprochées, grossesse déclarée tardivement ou non déclarée, grossesse issue d'un viol, demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG) non aboutie, etc.

3/Bilan de dépistage

Cet outil commun est utilisé dans le cadre d'un bilan systématiquement proposé à tous les enfants âgés de 4 ans, et réalisé par le personnel de la PMI à l'école maternelle. Il a pour objectif de rencontrer tous les enfants de la tranche d'âge 0-4 ans (le taux d'atteinte avoisine actuellement 87 %).

4/Suivi

La PMI effectue le suivi des recommandations faites aux parents. Dans la majorité des cas, les parents donnent suite aux prescriptions. Le délai d'attente allant dans ce département jusqu'à six mois pour certains spécialistes, notamment en ophtalmologie, ORL et pédopsychiatrie, le service prend lui-même le rendez-vous pour raccourcir le délai.

La protection maternelle et infantile recouvre en effet un champ d'action extrêmement large, comprenant : dans le domaine de la maternité lato sensu, la planification et l'éducation familiale, la surveillance médico-sociale de la femme enceinte ; dans le domaine de la petite enfance, la surveillance médico-sociale sous forme de consultations de nourrissons, de vaccinations et de bilans de santé notamment, la régulation et le contrôle des modes de garde des enfants ; enfin, de façon plus spécifique et en fonction des priorités locales, des actions en direction de certaines catégories d'enfants, de familles et de pathologies de l'enfance.

De surcroît, la portée de l'investissement départemental en matière de protection de la mère et de l'enfant dépasse ce seul domaine. La PMI, en effet, se situe à l'intersection de nombreuses autres politiques de prévention, dont le facteur clé de succès réside souvent dans une bonne coordination entre les services, organismes et professionnels concernés. Il en va ainsi, sans viser à l'exhaustivité, dans les domaines de l'épidémiologie scolaire, des bilans de santé, de la périnatalité, des campagnes de vaccination, de la santé mentale...

Or, à l'occasion de ses différentes enquêtes, l'IGAS a pu constater que l'indispensable coordination interinstitutionnelle requise par la prévention en direction de l'enfance, pour convenable qu'elle soit dans certains départements visités comme le Pas-de-Calais et l'Hérault, se révèle beaucoup plus problématique dans certains autres. Lorsque des difficultés surgissent ou ne peuvent être surmontées, les raisons peuvent être variées : tentation autarcique de telle ou telle institution, contraintes budgétaires, insuffisance de ressources humaines disponibles, relations personnelles tendues entre responsables, etc. Mais à chaque fois que la coordination s'avère payante, ce sont toujours les mêmes clés de succès qui sont réunies, dont deux paraissent déterminantes : une démarche de planification régionale de santé véritablement participative, dans laquelle les élus et les représentants de l'assurance maladie ne sont pas seulement considérés comme des payeurs ; une capacité d'entraînement des services de l'État fondée sur le partage des analyses, des résultats, des fruits de la réussite.

L'activité de santé scolaire reste majoritairement tournée vers des bilans de santé systématiques

En 2002, les ministres de l'Education nationale et de la Santé, de la famille et de la santé ayant confié à un groupe de travail, présidé par le docteur Philippe Most, la mission d'effectuer un état des lieux de la prise en charge de la santé des élèves en milieu scolaire et de faire des propositions d'évolution du dispositif, l'IGAS n'a pas souhaité dans ce domaine mener des investigations approfondies qui auraient fait redondance avec des travaux déjà engagés. La mission Most a d'ailleurs remis aux ministres un rapport d'étape, et le ministre délégué à l'enseignement scolaire, M. Xavier Darcos, a présenté en conseil des ministres

au mois de février 2003 une communication présentant un plan destiné à améliorer la santé des jeunes en milieu scolaire.

Toutefois, il n'était pas possible d'ignorer totalement cet autre secteur « carrefour » des politiques de prévention en direction de l'enfance, que constituent les « services de promotion de la santé des élèves », nouvelle appellation des services de santé scolaire. A partir des récentes études publiées sur la santé des jeunes (cf. infra, première partie) et de l'enquête thématique qu'elle a consacrée à l'enfance et l'adolescence, l'inspection générale a centré sa réflexion sur la pratique des bilans de santé et visites médicales de prévention.

L'examen de santé de prévention constitue un outil traditionnel de dépistage dans l'arsenal de la prévention. Il justifie en général l'essentiel de l'activité des services de médecine préventive. Cela est vrai de la médecine du travail comme de la médecine scolaire.

Les services de la promotion de la santé des élèves de l'Education nationale ont en effet pour mission principale d'effectuer une visite médicale permettant de réaliser un bilan de santé des enfants au cours de la sixième année, et des examens médicaux périodiques, en particulier au moment de l'orientation scolaire ou professionnelle.

Les examens de santé effectués en milieu scolaire s'inscrivent à la fin de toute une série d'examens encouragés ou organisés de façon systématique depuis la naissance : à la naissance, à 8 jours, au cours du 9^e mois, du 24^e mois, à l'âge de 4 ans²⁸.

Ce qu'on appelle le bilan de santé de la sixième année est un examen de santé systématique préalable à l'entrée des enfants à l'école primaire. Son objectif est de dépister et de signaler aux parents d'éventuels problèmes de santé, comme des anomalies de la vision, de l'audition, qui seraient jusque là passées inaperçues, ou de détecter des troubles nécessitant une prise en charge ou une surveillance particulière, comme l'asthme, l'obésité, voire les troubles du langage²⁹. L'examen clinique est en outre assorti d'un examen bucco dentaire³⁰.

Les résultats de cet examen préalable à l'entrée dans le cycle primaire sont notamment exploités par la direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES) du ministère de la santé, dans le cadre d'un cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire³¹.

²⁸ Les examens des huitième jour et neuvième mois ont un taux de réalisation compris entre 70 et 75 % ; l'examen du vingt quatrième mois à un taux de réalisation compris entre 65 % et 70 % (source DGS) ; l'examen à 4 ans effectué par la PMI dans les écoles maternelles sous la responsabilité du médecin scolaire touche 90 % des enfants fréquentant la maternelle.

²⁹ Une enquête de l'IGAS sur la prise en charge des troubles du langage, conduite en 2001, a cependant mis en évidence que les troubles du langage étaient mal dépistés à l'occasion de ce bilan de la sixième année.

³⁰ (Code de la santé publique article L 2325-1).

³¹ Cf. Etudes et Résultats N° 155 – janvier 2002, La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire.

Au cours de l'année scolaire 1999/2000, 550 000 élèves ont bénéficié du bilan, soit en moyenne nationale, 68 % des élèves, le taux de couverture dépassant 80 % dans quatorze académies.

L'organisation de ces bilans systématiques suscite cependant des interrogations quant à son efficacité du point de vue de la santé publique. En premier lieu, sa généralisation à tous les enfants de grande section maternelle apparaît de moins en moins bien adaptée aux situations observées. L'avantage d'une approche plus ciblée est de plus en plus souvent mis en avant. Les bilans scolaires sont une forme de prévention de masse qui, dans un contexte contraint du point de vue des moyens³², occupe le temps des acteurs de la santé scolaire et les détourne d'actions individuelles ou plus collectives de promotion de la santé de plus en plus prioritaires. Le bilan de l'activité des médecins du service de promotion de la santé en faveur des élèves (Evolution 1992-1997/Bilan de l'année 1996/1997) notait « une stagnation, voire une régression du temps de travail consacré aux activités collectives, notamment en ce qui concerne la part réservée aux actions d'éducation à la santé et de prévention des conduites à risques en faveur des élèves ». De plus, le suivi des dépistages effectués à l'occasion de ces bilans se met, en général, difficilement en place. Ainsi, dans le rectorat de Nantes, après un repérage à l'occasion du bilan de santé de la sixième année, et une prescription d'orientation vers un centre médico-pédagogique (CMP) par la psychologue scolaire, le délai d'accueil par le CMP peut atteindre six mois.

On peut dès lors s'interroger sur la pertinence du positionnement du médecin dans le service de santé scolaire et sur l'utilité de ces pratiques anciennes. Pour pallier ce type de difficultés, les ministres de la Santé et de l'Education nationale ont émis, en mai 2002, une circulaire³³ « relative à la mise en place d'un dispositif de partenariat visant à améliorer le suivi et le recours aux soins des enfants repérés comme porteurs de problème de santé au cours de la visite médicale obligatoire au cours de la sixième année de l'enfant ». Selon les termes de cette circulaire, « tout problème repéré au cours de cette visite doit désormais être signalé par un avis écrit aux familles en leur demandant un retour d'information sur la consultation et la mise en place éventuelle de soins ». Par ailleurs, il est recommandé de créer dans les zones d'éducation prioritaires et dans les quartiers de la politique de la ville des dispositifs particuliers pouvant s'inscrire dans les plans régionaux accès aux soins et à la prévention (PRAPS), et associant les services de promotion de la santé des élèves, les professionnels du système de soins, les collectivités locales, les organismes d'assurance maladie et le tissu associatif. Il s'agit donc tout à la fois de faire une priorité du « suivi du bilan de six ans et (de) la prise en charge des problèmes de santé repérés chez les enfants » et de « construire un réseau coordonné dans l'intérêt de l'enfant ».

³² En Ile-de-France, par exemple, on dénombre un médecin scolaire pour plus de 6 500 élèves, et une infirmière pour près de 3000 élèves ; dans le Val-de-Marne, 1 médecin et 2 infirmières pour 4000 élèves.

³³ Circulaire N° 2002/281 DGS/SD – D/Education nationale, du 3 mai 2002.

Sur le terrain, la mise en œuvre collective de ce suivi se heurte souvent à des obstacles administratifs, psychologiques, culturels. Ainsi, à Nantes, où sont menées auprès des populations en difficultés d'intéressantes actions sur les représentations de la santé et de soutien à la fonction parentale, le médecin responsable du service de santé scolaire soulignait à l'IGAS « l'absence de culture de la santé publique dans beaucoup de services en relation avec le public », la difficulté de travailler en réseau et de trouver un langage commun aux divers intervenants en charge de ces populations, allant jusqu'à parler de la « peur du médecin envers les assistantes sociales. »

Il y a donc bien prise de conscience générale et reconnaissance du caractère primordial de quatre priorités : le suivi des bilans de santé ; la prise en charge précoce des problèmes de santé dépistés ; l'accompagnement des familles dans les zones défavorisées ; la mise en place de partenariats interinstitutionnels. Mais toutes les conséquences ne semblent pas être tirées d'une démarche dont la faisabilité requiert, des points de vue de la stratégie de santé et des moyens, une approche sans doute moins systématisée et plus ciblée. A cet égard, les orientations récemment présentées en conseil des ministres par le ministre délégué à l'enseignement scolaire, en ce qu'elles prévoient une augmentation du nombre des visites médicales systématiques (cf. encadré suivant), n'empruntent peut-être pas la voie la plus réaliste et la plus efficace.

La question est difficile, il est vrai. C'est toute une culture qui est en jeu. Faisant partie intégrante de l'équipe éducative, le médecin scolaire devrait aussi jouer un rôle moteur dans l'analyse des conditions de vie à l'école et de leur impact sur la santé des jeunes. Les phénomènes de violence, d'ennui, de souffrance psychique, tant décrits de nos jours et volontiers attribués à des facteurs exogènes à l'école, aux parents, au quartier, à la télévision, méritent sans doute d'être rapportés aussi au milieu dans lequel ils croissent. Un pédopsychiatre lorrain en a témoigné devant l'IGAS en ces termes : « *si l'enseignant n'a plus aucun moyen de sanction et d'expression d'autorité envers les élèves, si personne ne lui a enseigné comment travailler avec un groupe et comment gérer les conflits et les luttes de pouvoir, si les enfants vivent perpétuellement dans une atmosphère de permissivité et d'insécurité, comment voulez-vous qu'ils ne souffrent pas et qu'ils ne deviennent pas soit violents, soit passifs.* » Pour ce pédopsychiatre, la prévention devrait d'abord reposer sur la « *collaboration des différents intervenants de l'enfance dans un territoire, de manière à permettre à chaque professionnel de maîtriser sa tâche, d'effectuer un diagnostic partagé, de mettre en place les coopérations nécessaires à une prise en charge adaptée des enfants* ».

Dans le même esprit, l'observatoire d'épidémiologie scolaire de la région Languedoc-Roussillon travaille sur les troubles du comportement et les troubles de l'apprentissage et, partant, sur les conditions scolaires susceptibles de constituer un facteur déclenchant ou aggravant de ces troubles.

Mesures annoncées par M. X. Darcos, ministre délégué à l'enseignement scolaire pour améliorer la santé des jeunes en milieu scolaire (février 2003) : trois axes et dix orientations

Repérer les troubles et en assurer le suivi

- Un dépistage plus précoce : visite médicale en grande section de maternelle avancée en moyenne section, et plus fréquent : deux consultations de prévention pour tous les élèves en primaire en classe de CM2, et en classe de troisième au collège, s'ajouteraient à la visite effectuée en maternelle.
- Mise sur pied d'un « Plan contact », destiné à une meilleure prise en compte des troubles psychiques.
- Mise en place d'un « Plan santé » dans chaque département, conjointement entre l'inspecteur d'académie et les autorités sanitaires, de façon à prévoir un accompagnement personnalisé des familles.

Éduquer à la santé

- Apprendre, en liaison avec la MILDT, pour « rejeter les drogues et produits dangereux »
- Apprendre à vivre sans tabac : application stricte de la loi Evin, création de vingt centres d'expérimentation pilotes à la rentrée 2003, ayant mission d'information et de ressource documentaire.
- Apprendre à gérer son alimentation : généralisation des fontaines d'eau dans les établissements, limitation du nombre de distributeurs de boissons hypercaloriques.
- Apprendre à porter secours : enseignement des gestes de premier secours.

Mobiliser

- Faire intervenir les étudiants en médecine à l'école : en 2004, près de 600 étudiants devraient effectuer un stage en milieu scolaire.
- Assurer la cohérence de l'action au niveau régional : mise en cohérence du plan régional de santé, du schéma régional d'éducation pour la santé et du volet santé du projet académique pour mettre en œuvre un véritable plan régional pour la santé des jeunes.
- Fonder la politique nationale sur une réflexion scientifique pluridisciplinaire.

A cet égard, les examens périodiques ou les dépistages systématiques selon les modes du moment apparaissent redondants souvent, inutiles dans de nombreux cas. Ainsi du dépistage systématique³⁴ des troubles du langage, qui constitue, on l'a vu, l'un des objectifs du bilan de santé dit de la sixième année.

³⁴ Un dépistage systématique est appliqué à tous ; un dépistage cible est appliqué aux élèves signalés.

Une enquête de l'IGAS, réalisée en 2001,³⁵ a mis en évidence que ce dépistage est en pratique bien souvent illusoire. A cela plusieurs raisons : systématiques en principe, ces examens de dépistage ne le sont pas toujours dans la réalité, notamment en raison d'effectifs de médecins scolaires insuffisants et d'un taux élevé de mutations et de remplacements ; les médecins n'ont pas toujours la possibilité de recevoir la formation nécessaire ; les outils utilisés ne sont pas toujours valides, ou si frustes qu'ils n'aboutissent qu'à une prescription d'orthophonie pas toujours bien adaptée aux troubles spécifiques de l'enfant. En revanche, les enseignants sont de bons détecteurs des troubles du langage. L'enjeu est dès lors de faire collaborer enseignants, médecins, personnels des services de santé scolaire, réseaux d'aide ou de soins. Chacun apportant d'ailleurs à l'enseignant le soutien nécessaire : les médecins et les psychologues scolaires en définissant avec lui les conditions d'un enseignement plus individualisé ou d'un travail de groupe pour les enfants posant des problèmes spécifiques ; les services sociaux via une mise en relation avec les familles et les intervenants extrascolaires.

Dans une perspective semblable, le bilan de santé destinés aux enfants en classe de troisième fait également l'objet de critiques. Destiné à aider à l'orientation, il est bien souvent réalisé... après l'orientation. Lors de l'année scolaire 1999/2000, quelque 555 000 examens ont été réalisés, pour une population scolaire de plus de 800 000 élèves (soit un taux d'atteinte de 68 % environ, comparable à celui enregistré pour l'examen de la sixième année). De surcroît, cet examen n'est en général pas centré sur la détection des difficultés personnelles ou sur l'identification de troubles de l'humeur, fréquents à l'adolescence. Le rapport d'activité des médecins des services de promotion de la santé des élèves précité notait en 1997 : « *L'élévation sensible de la durée moyenne des examens effectués auprès des élèves lors du bilan d'orientation montre le grand intérêt et l'importance que les médecins attachent à ce contrôle, mais aussi dénotent un plus grand besoin de dialogue de conseil et d'écoute de la part des adolescents* ». En vérité, dans la vie courante des établissements, c'est bien souvent l'infirmière qui a à connaître des difficultés d'un jeune, et qui joue un rôle de médiation. Au cours de l'année scolaire 1999/2000, près de 1 500 000 repérages ont ainsi été signalés par le personnel infirmier, dont plus de 60 % ont fait l'objet d'un suivi spécifique. L'activité d'écoute et de conseil représenterait à elle seule un quart de l'activité totale (25,9 %) ³⁶.

Le changement de stratégie semble difficile à accomplir. A l'instar des autres services traditionnels de médecine préventive, la médecine scolaire demeure encore marquée par la tradition du dépistage systématique héritée de la médecine hygiéniste et sociale. Elle peine à acquérir les réflexes de santé

³⁵ Rapport n° 2002 003 Enquête sur les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et pédagogiques de prise en charge des troubles complexes du langage. IGAS avril 2001.

³⁶ Source : direction de l'enseignement scolaire (DESCO), la santé et l'action sociale en faveur des élèves, quelques données chiffrées, année 1999-2000.

publique qui permettraient d'envisager la prévention comme la concrétisation d'une démarche collégiale et multidisciplinaire, menée en direction de populations repérées en fonction d'un ensemble de déterminants socio-économiques et de facteurs de risque, et conduites selon des modes d'intervention adaptés à la situation de ces populations, dans ses dimensions individuelle et communautaire.

Les missions des centres d'examen de santé en voie de redéfinition

Les centres d'examen de santé, gérés par le régime général d'assurance maladie, sont directement issus des ordonnances du 19 octobre 1945 instituant la sécurité sociale, qui font de « l'examen de santé gratuit, à certaines périodes de la vie », un droit des assurés et une obligation des caisses de sécurité sociale (l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale).

A partir de 1947, qui voit le premier d'entre eux ouvrir ses portes à Paris, les centres d'examen de santé³⁷ se développent sur l'ensemble du territoire. Il en existe aujourd'hui plus de quatre-vingts, qui reçoivent chaque année quelque 600 000 personnes (soit 1,3 % des assurés sociaux).

A l'origine, les centres d'examen de santé sont considérés comme un instrument de dépistage polyvalent, comprenant une batterie de tests faisant l'objet d'une synthèse à l'attention du médecin traitant, et proposé entre six mois et soixante ans, tous les cinq ans à partir de six ans³⁸. Aucun référentiel ne définit alors de façon précise le contenu de l'examen de santé et ses objectifs. Ainsi conçu, l'examen périodique de santé a rapidement montré ses limites : il ne touchait qu'une part minoritaire de la population, et, malgré la sophistication progressive des référentiels utilisés, selon l'âge et les facteurs de risques, il ne constituait pas un outil de santé publique efficace. Proposé aux assurés et non pas organisé de façon systématique, cet examen périodique bénéficiait surtout aux personnes possédant une bonne couverture sociale et un accès privilégié au système de santé. La liaison avec les médecins traitants se révélait difficile à mettre en place. Enfin, à l'exception remarquable de quelques centres, comme

³⁷ Ils ne constituent pas, au sens ni du code de la santé publique ni du code de la sécurité sociale, une catégorie particulière d'établissements de santé ; ils ont un statut associatif ou constituent des œuvres, adossées, sans personnalité juridique propre, à un organisme de sécurité sociale (une caisse primaire généralement). A l'inverse, d'autres établissements dits centres de santé, reconnus établissements de santé par l'article L. 647-3 du code de la santé publique exercent des activités de diagnostic, d'examen et de prévention.

³⁸ Cf. arrêté du 19 juillet 1946.

celui de Vandœuvre-lès-Nancy, de réputation internationale, l'activité de recherche et la surveillance de l'état de santé de la population étaient peu développées.

C'est pourquoi un arrêté ministériel a redéfini et élargi en 1992³⁹ les missions des centres d'examen de santé : réalisation d'examens dont le contenu – examens pré-cliniques, investigations et explorations – est désormais modulé en fonction de l'âge, du sexe et des facteurs de risque, conformément à un document de référence établi par la CNAMTS et soumis à l'avis du Haut comité médical de santé publique ; ciblage des populations en marge du système de soins ou ne bénéficiant pas d'un suivi médical régulier ; participation à des campagnes de dépistage et d'éducation pour la santé ; recueil de données épidémiologiques et participation à des programmes de recherche. Créé en 1994 par la caisse nationale d'assurance maladie, le centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (CETAF) est chargé d'établir les référentiels auxquels les examens périodiques de santé doivent se conformer, de développer des protocoles d'évaluation des tests, d'organiser la formation des personnels des centres, et, de façon générale, d'un rôle de conseil et de soutien pour les centres et pour les caisses.

Malgré ces progrès, l'intérêt des examens de santé périodiques a continué à susciter des interrogations. C'est pourquoi, en 2000, la Caisse nationale d'assurance maladie a commandé un audit, dont l'un des principaux auteurs est le professeur Marcel Goldberg. Ce rapport a conclu sur les forces et les faiblesses des centres d'examen de santé en ces termes : « l'examen périodique de santé, activité de base des CES, n'a montré ni son utilité pour ceux qui en bénéficient, ni son efficacité pour l'amélioration de la santé de la population française, du fait notamment de la très faible proportion de la population qui est susceptible de fréquenter personnellement ces centres ; les centres d'examen de santé constituent cependant un outil au potentiel exceptionnel et unique ; malgré la création du CETAF, les CES souffrent d'une faiblesse de support méthodologique pour l'élaboration de programmes, l'évaluation de leurs activités, le recueil et l'exploitation des données, la mise en œuvre d'études. » La principale recommandation de ce rapport d'expertise consiste à transformer progressivement ce plateau technique en un véritable « laboratoire de santé publique » : « Il serait judicieux que les centres d'examens de santé se transforment en un lieu où des programmes de santé publique innovants pourraient être élaborés puis diffusés à l'ensemble des structures concernées. En effet, les interventions de santé publique sont toujours complexes et difficiles à définir, nécessitant des travaux préalables importants de mise au point et d'évaluation menés avec une grande rigueur scientifique avant d'être généralisés. Les centres d'examens de santé joueraient ainsi réellement un rôle de « Laboratoire » expérimental destiné à mettre au point des outils et des méthodes de santé publique en utilisant au mieux leur potentiel technique et leur insertion institutionnelle. La production

³⁹ Cf. arrêté du 20 juillet 1992.

de connaissances sur la santé de la population et la participation à la recherche épidémiologique et en santé publique : les possibilités exceptionnelles des CES pour le recueil de données nombreuses, standardisées et de qualité à une large échelle, inscrites dans la durée dans le cadre d'études disposant d'un protocole rigoureux sont uniques en France. Il est tout à fait prioritaire d'orienter explicitement les activités des CES dans ce sens. »

A partir de cette analyse, le professeur Goldberg a proposé pour ces centres une redéfinition de leurs activités autour des programmes suivants : risques post-professionnels ; personnes âgées ; santé de l'enfant ; précarité et inégalités ; participation aux dépistages organisés par la participation à l'élaboration et à l'évaluation et en tant que plateau technique. A quoi s'ajouterait une activité spécifique de surveillance, de recherche, de centre de ressources pour l'observation de la santé et l'épidémiologie.

L'ensemble de ces orientations est sans doute de nature à combler en partie le retard pris en France dans le domaine de la recherche en santé publique. De même l'organisation d'un suivi post-professionnel apparaît-elle pertinente, dans la mesure où elle permettrait d'assurer une fonction de surveillance et de dépistage des pathologies professionnelles à un âge où la médecine du travail n'intervient plus et où se déclare la majorité des maladies professionnelles.

On comprend bien cependant la position du conseil d'administration de la CNAM qui a refusé d'acter la totalité de ces propositions, considérant que la réorientation vers la seule production de données épidémiologiques et de laboratoire de santé publique pour l'élaboration et l'évaluation de programmes de prévention ne suffirait pas à justifier l'activité de ces centres.

Restera à l'État à fournir l'effort nécessaire pour développer un outil de surveillance épidémiologique des risques professionnels adéquat et suffisant.

S'agissant des examens périodiques eux-mêmes et de leur ciblage, les orientations prises par la CNAM pour tous les assurés, populations précaires, personnes âgées, risque post-professionnel impliquent-elles de supprimer dans le code de la sécurité sociale le « *droit universel à un examen périodique de santé* ».

Enfin, et cela est d'importance, pourquoi et à quelles conditions une consultation périodique de prévention, organisée sous forme de droit, universel et gratuit aurait-elle de meilleures chances d'atteindre prioritairement les populations qui en ont le plus besoin en termes de risques et de non recours au médecin ? Certes, les médecins de ville n'abandonneraient pas dans leur fonction prévention leur compétence curative et ils pourraient tirer immédiatement les conséquences des constats de prévention. Mais, s'agissant des personnes qui ne consultent pas, qui ne sont pas mobilisées par la préservation de leur état de santé, pourquoi iraient-elles voir le médecin de ville, plus que le centre d'examen périodique de santé dès lors qu'elles n'en ressentent pas la nécessité ? Qu'il n'y a pas de signe d'appel ?

A tout le moins serait-il nécessaire de profiter de l'existence de ces centres pour étudier leur rayonnement et les modalités selon lesquels ils atteignent ou non les populations qui ont le plus besoin d'un tel examen de prévention.

En dernière analyse, ce survol des conditions d'exercice des services de médecine préventive traditionnels montre qu'il est nécessaire non pas tant d'accroître leurs moyens que d'organiser leurs interventions, et de renouveler et de diversifier leurs approches. A cet égard, cela a été mis en évidence à maintes reprises déjà, la pluridisciplinarité est pour les politiques de prévention un facteur clé de succès.

Chapitre 4

Le rôle et la formation des médecins en prévention sont mal appréhendés

Est-il besoin à ce stade de le répéter ? La frontière entre le soin et la prévention est artificielle. Les cliniciens sont amenés dans leur exercice quotidien à effectuer de nombreux actes de prévention, mais ils le font de façon trop isolée, insuffisamment inscrite dans une démarche systématisée, de réseau, de travail en équipe, et obéissant à des procédures de santé publique. Telle est l'importance des déterminants de santé sociaux et environnementaux, que la santé publique ne peut être l'affaire des seuls épidémiologistes, et que la prévention ne peut être celle des seuls médecins. Comme la santé publique requiert l'apport des sciences humaines, la prévention requiert la coopération du sanitaire et du social, la collaboration du médical et du paramédical.

De ce point de vue, la France n'échappe pas toujours à une attitude paradoxale. Tantôt, considérant l'importance du tissu médical libéral qui, malgré les disparités territoriales, n'en est pas moins l'un des plus denses d'Europe, et la part effective qu'il prend dans la prévention, la tentation prévaut de s'appuyer sur la médecine de ville pour donner à la politique de prévention l'essor que des années de réformes sanitaires institutionnelles n'ont pu susciter. Tantôt, considérant le corporatisme revendicatif des médecins et les incorrigibles velléités d'autonomie de l'assurance maladie, la tentation l'emporte de bâtir un domaine de la santé publique autonome et souverain, fort de sa compétence régaliennne et démarqué du social d'un côté et de l'offre de soins de l'autre, dans des structures publiques spécifiques. La loi en cours de préparation aura à trouver le juste équilibre entre ces deux voies, ces deux logiques contradictoires dont aucune, poussée à son terme, n'est susceptible de répondre aux enjeux de la prévention.

L'analyse des forces et faiblesses structurelles de la politique de prévention met à cet égard en évidence deux constats principaux qui, à la lumière des expériences étrangères, semblent aujourd'hui prendre un relief singulier : ni leur formation ni leurs conditions d'exercice ne permettent aux médecins de s'investir pleinement dans la prévention ; la complexification des actions préventives requiert des stratégies globales qui ne sont possibles qu'avec le concours d'un grand nombre d'acteurs et de professionnels différents, parmi lesquels le médecin, ou même le professionnel de santé, conserve une légitimité et un rôle

majeurs mais non forcément prédominants ; la pertinence de la séparation du sanitaire et du social est une illusion technocratique.

A l'étranger comme en France, le rôle du médecin dans la prévention est en question

Dans les trois pays ayant fait l'objet d'une enquête particulière de la part de l'IGAS, Royaume-Uni, Finlande, Québec, on constate une réflexion convergente sur le périmètre d'intervention des professions de santé, et sur la valorisation du rôle de l'infirmière. Simultanément, plusieurs pays s'efforcent de développer des carrières de santé publique non réservées aux professionnels de santé.

L'implication des médecins généralistes dans la prévention : un défi constant, l'exemple du Royaume-Uni

L'exemple du Royaume-Uni est là pour en témoigner, même dans un système de santé où le médecin généraliste joue un rôle de pivot, son implication dans la politique de prévention ne va pas de soi.

En 1990, des incitations financières ont dû être instituées en faveur des médecins généralistes s'engageant dans des actions de promotion de la santé. Leur résultat est mitigé.

La rémunération des généralistes comporte depuis cette date un certain nombre de forfaits⁴⁰ destinés à rémunérer les actions de santé publique telles que la vaccination, la promotion de la santé et la gestion des maladies chroniques (diabète, asthme). La quasi totalité des médecins s'est engagée dans ce type d'actions, et, en définitive, ces incitations ont permis l'essor des services de prévention et de promotion de la santé. Elles auraient en particulier contribué à sensibiliser les médecins généralistes à une approche populationnelle et à améliorer les taux de couverture vaccinale⁴¹. Ce mécanisme ne va toutefois pas sans certains effets pervers. Ainsi, l'incitation financière conduirait parfois à une pres-

⁴⁰ Les généralistes anglais touchent en moyenne un revenu net de 90 000 € par an en janvier 2002. La promotion de l'éducation à la santé est rémunérée à hauteur de £ 2 740 (4 330 €) par an pour les généralistes ; le suivi des malades du diabète et de l'asthme à hauteur de £ 475, soit 750 €, (95 % des médecins en bénéficient) ; une partie de la rémunération est fonction de la population couverte, comme en matière de vaccination des enfants et de suivi gynécologique (97 % à 99 % des médecins bénéficient de cette rémunération en 2 000, et 70 % ont dépassé le seuil ouvrant droit à la rémunération la plus élevée).

⁴¹ En 2001, 91 % des enfants de moins de deux ans sont vaccinés et 65 % des personnes de plus de 65 ans sont immunisées contre la grippe.

sion du médecin sur le patient et un moindre respect de ses choix, en matière de dépistage du cancer de l'utérus par exemple.

En revanche, les incitations financières destinées à favoriser la mise en place des actions d'éducation à la santé⁴² ont eu peu d'effet ; confrontés à la difficulté d'inciter les personnes en difficulté sociale à entreprendre des mesures de prévention sanitaire, les médecins des zones défavorisées ont relativement moins bénéficié de ces mécanismes d'incitation que leurs confrères.

Une négociation est en cours pour modifier le mode de rémunération des généralistes. Le cabinet médical serait rémunéré en distinguant trois types d'activité : les « services essentiels », c'est-à-dire les soins ; les « services additionnels », qui viseraient les actions de prévention et resteraient optionnels ; les actions de modernisation ou de formation dans le cadre du cabinet.

Vers un accroissement du rôle des infirmières

Au Royaume-Uni, le nombre d'infirmières exerçant dans un cabinet de généraliste a été multiplié par plus de quatre entre 1985 et 1995, alors que les effectifs des autres personnels de soutien doublaient et que le nombre de généralistes n'augmentait que de 11 %. Une enquête du ministère de la santé britannique souligne dès 1993 le rôle déterminant pris par les infirmières dans le dépistage, la vaccination et les autres actions de promotion de la santé. Amplifiant ce mouvement, le rapport Wanless préconise une révision du partage de compétences entre professionnels de santé, avec un transfert de tâches du médecin généraliste vers l'infirmière (20 % de la charge de travail médical) et de celle-ci vers l'assistante médicale (12,5 % du travail infirmier). Le ministère de la santé envisage ainsi de renforcer le rôle des infirmières dans la prévention en développant les formations : les visiteurs de santé assureraient un suivi de prévention après une consultation chez le généraliste, les infirmières interviendraient davantage dans les écoles.

Au Québec, une loi du 21 juin 2002 a modifié la répartition des compétences entre médecins et infirmières pour accroître le rôle de ces dernières dans la prévention tertiaire. La création de groupes de médecine de famille, annoncée par le ministre de la santé québécois en novembre 2002, devrait en outre faciliter l'implication des infirmières dans des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Par ailleurs, il n'est pas indifférent de relever que la Finlande, où la culture de prévention est ancienne, présente l'un des taux d'infirmières par habitant les

⁴² Des primes étaient accordées aux médecins qui mettaient en place des cours de promotion de la santé, par groupe de dix personnes environ, sur le sujet de leur choix.

plus élevés de l'Union européenne : 21,7 pour 1000 habitants en 1999 (contre 18,4 pour 1000 en Norvège, 5 pour 1000 en France ou au Royaume-Uni⁴³). Les infirmières de santé publique, en particulier, jouent un rôle essentiel dans les cliniques maternelles et infantiles, ainsi que dans la santé scolaire.

Enfin, il est à noter qu'au Royaume-Uni le renforcement du rôle des patients dans la gestion de leur maladie, notamment pour les maladies chroniques, est une piste également explorée : s'inspirant de l'exemple américain des « *risk, des cas et des deaseese management* », un programme développe ainsi les groupes de patients et les forme à la prévention secondaire pour des maladies comme l'asthme⁴⁴, l'épilepsie ou le diabète.

En amont de leur mise en œuvre, la conception et l'évaluation des politiques de prévention impliquent également des compétences nouvelles avec des « techniciens » non sanitaires qui développent une approche sanitaire de leur discipline : ainsi les agences de santé publiques comme STAKES, en Finlande, s'appuient sur des architectes, des ergonomes...

Le rôle des médecins généralistes dans la prévention en Europe : quelques repères

Au **Danemark**, les médecins généralistes, libéraux dans la plupart des cas, et financés par les comtés, peuvent facturer des « consultations générales de promotion de la santé » à raison d'une par an par patient. Elles sont cependant rémunérées au même tarif que les autres consultations alors qu'elles durent sensiblement plus longtemps (environ 45 minutes par rapport à 10 minutes et 15 minutes avec l'infirmière) ; cette pratique reste donc assez limitée.

En **Allemagne**, le gouvernement envisage de sensibiliser davantage les médecins à l'importance de la prévention en inscrivant dans la formation des futurs médecins des cours obligatoires sur la prévention. En outre, une nouvelle dénomination professionnelle devrait être créée pour mettre en évidence l'aspect de médecine préventive.

En **Norvège**, les généralistes sont rémunérés depuis 2001 à la capitation et peuvent obtenir une prime additionnelle pour des actions de prévention consomma-trices de temps telles que le soutien à la cessation du tabagisme. La prévention ne repose cependant pas essentiellement sur les médecins dans la mesure où leur formation initiale est peu adaptée à cette mission. Les infirmières de santé publique sont notamment responsables de la santé scolaire et des cliniques maternelles et infantiles ; plusieurs associations interviennent dans la promotion de la santé.

⁴³ En revanche, le taux de médecins par habitant est en Finlande proche de la moyenne européenne (3,1 pour mille habitants), contre 3 pour mille habitants en France et 1,6 pour 1000 habitants au Royaume-Uni (en 1993).

⁴⁴ A noter par exemple « l'Ecole de l'asthme » ouverte par le CRHU de Montpellier, dans laquelle les jeunes patients et leurs parents « apprennent à vivre avec la maladie », mais à ne pas vivre comme des malades : sports, lutte contre les allergies, rapports avec les animaux domestiques, etc.

En **Suède**, les médecins de famille recevaient une rémunération à la capitation avec une part réservée aux actions de prévention ; ce mode de rémunération a été abandonné et, si la prévention doit être intégrée dans les consultations des professionnels de santé, il n'existe pas d'incitation financière directe. Les autorités locales peuvent éventuellement instaurer ce mode de paiement. Une part importante des actions de prévention est menée, au niveau local, par les coordonnateurs en prévention et promotion de la santé, par les conseils locaux de santé : ce sont souvent des infirmières mais aussi d'autres professionnels, spécialistes en communication... Leur nombre n'est pas évalué au plan national.

En **Italie**, les médecins généralistes jouent un rôle essentiel en matière de prévention dans le cadre des agences sanitaires locales où ils sont inscrits. Les patients doivent s'affilier auprès d'un généraliste et passer par lui pour consulter un spécialiste (autre que les pédiatres, ophtalmologues, gynécologues, psychiatres, dentistes). La rémunération des généralistes du secteur public, à la capitation, inclut des compensations pour les programmes de prévention, la prescription de génériques, la coopération en réseaux.

En France, le difficile passage de l'acte préventif à l'action de prévention

Les médecins participent quotidiennement à la prévention, c'est un fait abondamment commenté jusque là. Leur activité préventive représenterait même, au bas mot, 15 % de leur temps de travail rémunéré. Pourtant...

Les relations ambiguës de la médecine libérale et de la prévention

Si les médecins généralistes accomplissent tous les jours des actes de nature préventive, comme l'écrit M. Goldberg, « une prévention efficace ne se réduit aucunement à la pratique isolée et spontanée d'actes considérés comme de nature préventive (vaccination, dépistage, conseils hygiéno-diététiques...). Seuls des programmes de prévention planifiés, aux objectifs explicites, contrôlés tout au long de leur réalisation et évalués en permanence, peuvent prétendre à une véritable efficacité... et une des caractéristiques majeures de la médecine de ville (générale ou spécialisée) est de ne pas être coordonnée au niveau collectif et de reposer entièrement sur le caractère spontané de la demande et de l'offre de

soins ; ce qui est contradictoire avec une activité de prévention rigoureusement planifiée et programmée »⁴⁵.

Tout est dit. Doit-on pour autant considérer comme une fatalité l'impossibilité d'inscrire l'action des médecins de ville dans des politiques coordonnées, de les faire adhérer à un modèle de pratique concédant aux procédures et aux nécessités de la santé publique ?

Les évolutions sont longues, sans doute, à se dessiner, mais l'histoire des relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les médecins témoignent d'un lent mais réel infléchissement des pratiques et de la vision de l'exercice médical libéral. Certes, l'institution du médecin référent n'a pas été le succès escompté, si l'on en juge au faible score d'adhésion des médecins. Il est d'ailleurs dommage que le dispositif n'ait pas fait l'objet de l'évaluation prévue. Malgré tout, les actions menées au titre de l'amélioration de la qualité des soins de ville, le développement des accords de bon usage des soins⁴⁶ et de diffusion des bonnes pratiques (soixante contrats de ce type ont été signés avec la CNAMTS à ce jour), comme celui, prochain, des contrats de santé publique, attestent d'avancées significatives. Les contrats de santé publique, en particulier, devraient permettre d'organiser la participation des médecins aux actions relevant de priorités de santé publique. La mise en place du dépistage systématique du cancer colorectal dans des départements pilotes, à l'occasion de laquelle ces contrats d'un nouveau type vont être expérimentés, va constituer un test important. La tendance est là, perceptible. D'une progressive assimilation par le corps médical de la nécessité de faire évoluer ses pratiques dans un cadre concerté dépassant la lettre rassurante mais sclérosante des principes de la médecine libérale à la française. D'une prise de conscience par leurs interlocuteurs conventionnels, et l'État, de la nécessité de faire évoluer un régime tarifaire que la préoccupation exclusive de maîtrise de la dépense avait fini par détourner de son objectif premier : la qualité des soins dans leur acception la plus large. Les témoignages individuels recueillis par l'IGAS au fil de ses enquêtes sur le terrain le confirment.

Ainsi, la grande majorité des professionnels rencontrés dans le cadre de l'enquête thématique consacrée à la prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents, et parmi eux les médecins libéraux, généralistes, pédiatres ou pédopsychiatres, partagent le point de vue – et cela correspond à leur pratique quotidienne – si bien exprimé par l'un d'eux : « Une consultation pour un motif précis est souvent l'occasion, à des degrés et sur des thèmes divers en fonction du vécu du moment, d'aborder avec l'adolescent, à travers la transformation du corps ou les soucis dermatologiques ou gynécologiques, la sexualité, la prise de

⁴⁵ Rapport d'expertise sur l'activité et les orientations des centres d'examen de santé – Professeur Marcel GOLDBERG - 13 novembre 2000.

⁴⁶ Cf. accord conventionnel du 5 juin 2002 entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats nationaux représentatifs de médecins.

risque, l'hygiène de vie, les activités sportives. Au cours de ces moments privilégiés, il n'est pas concevable de dissocier l'acte de prévention de la consultation de soin. »

Dans la réalité, cet idéal de pratique médicale se heurte au temps de consultation disponible. Ecouter au-delà d'un symptôme initial, examiner, poser un diagnostic, prescrire et susciter une ouverture pour conseiller un changement de comportement ou d'habitude (alimentation, tabac, hygiène corporelle, sédentarité...) nécessite un temps long de consultation (de l'ordre de trente minutes de l'avis général des médecins rencontrés), que n'autorise de fait ni la file d'attente ni la nomenclature tarifaire. Plusieurs études ont permis d'approcher l'ampleur du phénomène de la consultation pour « mal-être ». Si elles ont confirmé que la consultation du généraliste peut être le lieu d'expression privilégié d'une plainte psychique, elles ont aussi mis en évidence l'état d'impréparation de nombreux praticiens face à ce type de problème, faute d'une formation minimale en la matière.

Pourtant, des expériences concluantes ont eu lieu, à l'initiative de médecins libéraux parfois. Ainsi l'IGAS a eu connaissance d'expériences intéressantes⁴⁷, comme celles de « Cap jeunes » à Guingamp, du réseau d'aide aux toxicomanes de Rennes, ou encore, dans la Sarthe, où, à la suite d'une formation organisée par la Société française de médecine générale (sur le thème : « sémiologie clinique et épidémiologie en médecine générale »), un groupe de médecins généralistes s'est, il y a quelques années, donné pour but de promouvoir une prévention cohérente auprès de leurs confrères⁴⁸. Il s'agissait d'abord, pour ces médecins, de vérifier, du point de vue de sept actions préventives retenues par eux comme prioritaires à partir de l'analyse de la littérature, de vérifier si ces actions étaient convenablement effectuées pour leur clientèle. Les résultats s'étaient avérés positifs pour le dépistage du cancer du sein (palpation et mammographie), le cancer de l'utérus (frottis), la vaccination antitétanique, mais contrastés pour le tabagisme, le mélanome et la vaccination antipoliomyélitique. En conclusion ces médecins écrivaient en 1996 : « Cet audit montre que des médecins généralistes motivés peuvent atteindre des taux de suivi supérieurs à ceux décrits pour la population... Certaines classes de population ne bénéficient toutefois pas de toute l'attention qu'elles méritent. Des pratiques individuelles (par exemple la prévention insuffisante du mélanome ou du tabagisme) ou collectives (absence de référence prouvant l'utilité du dépistage et du traitement de l'hypercholestérolémie en prévention primaire, et du dépistage du cancer du colon par l'Hémocult, en terme de diminution de la morbi-mortalité) devraient être remises en cause... »

Mais la force de ces expériences est aussi leur faiblesse : elles reposent sur des médecins libéraux peu nombreux, ayant une très grande implication person-

⁴⁷ Ces expériences sont citées à titre d'exemples, sachant que de telles actions se développent sur tout le territoire.

⁴⁸ F. Paré et alii, Stratégie de prévention générale en médecine générale, Santé publique, 1996.

nelle et étant parvenus, par leur compétence et leur charisme, à mobiliser les institutions mais aussi un certain nombre de leurs confrères. On a pu constater cette même volonté de la part d'un certain nombre de médecins animateurs d'unions régionales de médecins libéraux. Beaucoup d'unions régionales de médecins libéraux semblent participer effectivement aux programmes de santé des régions. Mais quel est l'effet d'entraînement auprès de professionnels demeurant attachés au colloque singulier et méfiant à l'égard des initiatives publiques ? De l'analyse des consultations régionales organisées dans le cadre de la préparation au projet de loi relatif à la politique de santé publique ressort la faible implication des professionnels de santé libéraux tant dans les travaux de la conférence régionale de santé que dans la mise en œuvre des plans régionaux de santé.

La cause n'est pas désespérée. Sans doute le chemin à parcourir est-il encore long et escarpé. Les malentendus engendrés par des années de négociations conflictuelles, la persistance des contraintes économique et budgétaire, l'ancienneté de la culture curative et individualiste prédominante parmi les médecins, seront encore, dans les années à venir, des obstacles redoutables. La loi du 4 mars 2002, on l'a vu, a ouvert des pistes. Il revient à au projet de loi relatif à la politique de santé publique de les confirmer et de les élargir, en intégrant mieux encore la prévention parmi les missions fondamentales et naturelles, et donc reconnues et rémunérées comme telles, de la médecine de ville (cf. infra, quatrième partie).

La prévention doit jouer sur de nombreux déterminants, et si les médecins ont sans aucun doute une légitimité importante, y compris en matière de communication et d'éducation à la santé, leur action mérité d'être relayée, par d'autres professionnels et en dehors du cabinet médical.

La frontière problématique du sanitaire et du social

A mesure que la prévention, s'attachant à supprimer ou à réduire les facteurs de risque d'ordre comportemental, se rapproche de l'éducation et de la promotion de la santé, elle s'éloigne de son domaine originel, purement médical, pour entrer sur un autre terrain, celui de l'éducatif et du social. Ainsi, non seulement la médecine préventive a besoin, dans une partie croissante de ses domaines d'intervention, de l'appui d'autres disciplines, mais une large part des actions de prévention aujourd'hui prioritaires ne nécessitent pas de compétence médicale spécifique.

Une illustration en est fournie par la santé scolaire, où les enseignants se révèlent les mieux placés pour détecter les troubles du langage et où les infirmières dépistent le quart des difficultés des jeunes appelant une prise en charge spécifique. Une autre en est donnée par un programme de lutte contre l'obésité, mis en place dans le Val-de-Marne et étudié par l'une des missions de l'IGAS, qui

mobilise personnels de santé scolaire, médecins et infirmières, conseillers d'éducation, professeurs d'éducation physique et sportive, médecins traitants, travailleurs sociaux, animateurs sportifs et culturels (Cf. encadré à la fin de cet alinéa), mais se heurte parfois à la faible motivation des médecins de ville.

Addictions, tabagisme, alcoolisme, déséquilibre nutritionnel, pratiques sexuelles à risques, éducation à l'hygiène et à la santé, il n'est pas un de ces domaines désormais prioritaires de la santé publique qui ne puisse faire l'économie, à la plupart des étapes d'une action ou d'un programme, du recours au médecin. L'information primaire du jeune fumeur, le repérage du mal-être, le dépistage de l'obésité, le suivi éducatif de l'individu que l'on aide à modifier son rapport au risque, aucune de ces tâches ne nécessite, moyennant une formation adéquate et une action coordonnée, une compétence véritablement médicale. Un infirmier, un psychologue, un éducateur, un professionnel de la pédagogie peuvent les assurer dans les meilleures conditions.

Ces rapides exemples ne font que traduire, une fois encore, le caractère multidimensionnel de la prévention, à la fois sanitaire, éducatif et social. Les conditions de vie sociales et psychologiques, les relations sociales, le rapport à son environnement proche, sont des déterminants majeurs de la santé d'un individu. Leur prise en considération est une donnée fondamentale de la prévention moderne. Elle suppose que soient appréhendés les ressorts non seulement psychologiques et personnels, mais aussi familiaux et communautaires du comportement, ceux qui puisent leur racine dans l'interaction de l'individu et de son groupe, de sa tribu, de son quartier. Comment demander à quelqu'un de faire des choix positifs, d'améliorer par son comportement immédiat sa santé de demain, s'il vit dans la rue ou dans un logement insalubre ou inadapté ? « Pour avoir envie de protéger sa santé, d'arrêter les paris avec la mort, avec l'accident, avec la maladie, avec la contamination, il faut tenir suffisamment à la vie », écrit le professeur Antoine Lazarus⁴⁹. En définitive, les mystères de la santé se nichent tout autant dans le social que dans le biologique.

Dans les pays étrangers étudiés par l'IGAS dans le cadre de ce rapport, on s'efforce de prendre la mesure de cette situation. Les politiques de promotion de la santé impliquent de manière croissante des associations, des travailleurs sociaux ayant une compétence en matière de santé, des professionnels d'origine variée. Ces nouveaux types de professionnels apparaissent notamment dans la composition des équipes de santé des *Sure start centers* en Angleterre : « accompagner le développement social et sanitaire de l'enfant » mobilise des infirmières (visiteurs de santé, sages-femmes), mais aussi des travailleurs sociaux spécialisés dans les dépressions post-natales, des thérapeutes du langage, des spécialistes de l'arrêt du tabac et des assistants en santé bilingues (espagnol, arabe...).

⁴⁹ Haut comité de santé publique : « Santé des enfants, santé des jeunes » – juin 1997.

La France semble avoir plus de mal, ou de retard, à s'adapter à cette évolution. A cela, plusieurs raisons peut-être : dans un système de santé où la performance thérapeutique et technique demeure la valeur première, le médecin possède un prestige et une légitimité particuliers ; science pluridisciplinaire par excellence, la santé publique est peu enracinée et peu répandue en France ; les enjeux et les voies de la prévention, objet de préoccupation prioritaire récent, ne sont pas encore profondément assimilés, et dans beaucoup de secteurs, la prévention se cherche des acteurs.

Or la technicité de la médecine et son mode d'exercice régulé par la contrainte financière, comme la tendance structurelle des administrations à se spécialiser, à cloisonner leur territoire, à contrebalancer la déconcentration de leurs missions par un renforcement des logiques sectorielles et verticales, peuvent aboutir à une coupure entre action sanitaire et action sociale. Ainsi du projet d'une direction régionale des affaires sanitaires et sociales de l'est de la France, consistant, pour faciliter la pénétration des actions de prévention sanitaire auprès des populations en difficultés, à créer à l'échelle des « pays » des agents de coordination possédant une double compétence sanitaire et sociale, et refusé par l'administration centrale au motif « qu'il existe une frontière naturelle entre le sanitaire et le social », et que « la séparation des activités sanitaires et des activités sociales étaient le gage de leur efficacité... ».

Dans cette perspective, la formation des professionnels de la prévention au sens large est un enjeu stratégique.

Le projet thérapeutique du Val-de-Marne contre l'obésité

Dans ce projet, qui repose sur les recommandations validées par l'ANAES en 1998 et l'expertise collective de l'INSERM de 2000, l'accès au dispositif de prise en charge repose sur : en amont, le repérage systématique et un premier bilan pluridisciplinaire effectué par le service de santé scolaire, associant étroitement les professeurs d'éducation physique et sportive (EPS) et les conseillers principaux d'éducation (CPE) ; l'incitation à une prise en charge individualisée.

Le repérage : en novembre 2001, les infirmières de l'inspection académique ont pesé et mesuré, dans 94 collèges, 2 261 élèves de 5^{ème} (une classe par établissement) : 22 %, soit environ 460 élèves ont été repérés comme « obèses ».

Le projet de prise en charge est élaboré avec l'élève dépisté et sa famille par le médecin scolaire, lors d'une **consultation ad hoc**. Un carnet de route, support du projet de prise en charge, est remis à l'adolescent. Ce carnet est un guide agréable d'informations, de conseils et de tests, en particulier sur l'activité physique. L'adolescent est adressé à son médecin traitant qui dispose des coordonnées des professionnels mobilisés. Les bilans à l'inclusion et à l'issue de la prise en charge prennent en compte l'avis de l'élève, du professeur d'EPS et de l'équipe éducative et enrichissent l'évaluation médicale.

L'accompagnement et le suivi de chaque adolescent concerné : différents acteurs sont susceptibles d'accompagner le projet élaboré avec le médecin scolaire :

personnels exerçant en ville (médecins de famille, diététiciennes) et en institutions sanitaires, sociales, sportives, associatives, scolaires... (éducateurs sportifs, consultations hospitalières, monitrices éducatrices intervenant auprès des familles en difficulté sociale...). Le réseau sportif associatif scolaire et associatif de loisirs tient une place particulièrement importante, les professeurs d'EPS ayant un rôle central d'accompagnement de l'adolescent. Un carnet d'adresses des « professionnels ressource » est mis à disposition des partenaires du réseau. Des programmes d'information et de formation visant à faciliter et harmoniser l'accueil des adolescents ont été conçus pour les professionnels du soin et de l'activité physique. Au moins deux moments de dialogue dans l'année sont aménagés, entre les professionnels de santé et d'EPS et l'élève.

L'organisation de modules éducatifs destinés à des groupes d'adolescents et à leurs familles. Dans la très grande majorité des cas, la prise en charge n'est pas médicale, mais éducative. S'agissant d'adolescents, la portée éducative des messages est soutenue par une approche collective avec les pairs. S'agissant de réorganiser certains aspects de la vie quotidienne, l'implication des parents est centrale. Pour ces raisons, ont été conçus des ateliers⁵⁰ pratiques adaptés à des groupes de jeunes et à leurs parents. En 2002-2003, 10 ateliers « manger mieux, bouger plus, des plaisirs qui s'apprennent » sont organisés dans les maisons des jeunes et de la culture, centres socioculturels, services municipaux.

Résultats : parmi les 491 élèves répondant aux critères, 72 % ont été inclus dans le dispositif. Au total, 67 % des jeunes inclus a effectué un parcours complet ou quasiment. Les premiers résultats suggèrent que proposer de façon systématique aux jeunes obèses une prise en charge de leur excès de poids suscite motivation, satisfaction et changements de comportements favorables à leur corpulence pour la majorité d'entre eux. Un sur dix a refusé, ou exprimé son mécontentement.

Les points forts du programme sont : le caractère de la prise en charge, éducative et non médicale, le réseau qui mobilise surtout les secteurs paramédical et éducatif (au sens large), la prise en compte des aspects individuels (l'adolescent lui-même, ses parents) et collectifs (ses pairs), enfin ses premiers résultats, très encourageants.

Les aspects plus problématiques sont, d'une part, l'énergie considérable que suppose la mobilisation de tous les partenaires (pilotage assuré par environ quatre cadres de l'équipe « études » de la direction des interventions de santé du conseil général), d'autre part, la faible motivation et implication des médecins de ville.

⁵⁰ Ateliers ayant reçu un financement dans le cadre de l'appel à projets 2002 du PNNS.

Un appareil de formation à la santé publique cloisonné entre professionnels et disciplines

Les formations nécessaires au développement d'une politique de prévention sont diversifiées, et variables selon les besoins et le niveau d'intervention, national ou local. A l'échelon national, il est important de disposer de personnes aptes : à évaluer les risques, c'est-à-dire rassembler des données cliniques, biologiques, physiques ou chimiques, et les traiter ; il s'agit là de scientifiques (médecins, épidémiologistes, ingénieurs, biologistes, toxicologues etc.) ; à piloter la surveillance de l'état de santé de la population, selon les milieux, les problèmes, les risques, etc., il s'agit là d'épidémiologistes (médecins ou non) ; à élaborer et évaluer les stratégies de prévention, notamment celles qui agissent sur les risques individuels : il s'agit là encore de spécialistes en santé publique, mais aussi en anthropologie, sociologie, économie, sciences de l'éducation, psychosociologie ou communication.

A l'échelon local, il faut disposer de personnes aptes : à pratiquer un diagnostic de santé publique, soit en vue d'une évaluation des risques, en entreprise ou en milieu scolaire par exemple, soit pour contribuer à définir des projets de santé communautaire (diagnostic d'un état de santé, repérage et mobilisation des acteurs, suivi de la mise en œuvre) ; à organiser des réseaux de surveillance et d'alerte ; à aider à construire des stratégies de promotion de la santé, ce qui suppose une capacité de recours à la sociologie, la compréhension de l'épidémiologie, de l'économie publique, etc.

Un besoin général de formation en santé publique

Les besoins de formation recouvrent donc à la fois des spécialistes au sens académique du terme, tels que des épidémiologistes, économistes de la santé ou sociologues, et des profils plus polyvalents, spécialisés en santé publique après une formation initiale, et capables d'établir un diagnostic de santé publique ou d'assurer une ingénierie de projet tout en ayant la compréhension des données nécessaires et des référentiels disponibles.

S'il existe en France des formations universitaires dans toutes les disciplines évoquées, force est de constater qu'il n'existe pas de lieu, à l'instar de ce qui existe au Canada par exemple (cf. encadré au paragraphe suivant), où soit enseignée à des personnes déjà titulaires d'un diplôme universitaire dans l'une de ces disciplines, la démarche transversale nécessaire à la santé publique.

Or, une des principales caractéristiques de la prévention, on l'a vu, réside dans son caractère partagé, et dans le grand nombre de compétences et de professions susceptibles d'y concourir : médecins cliniciens, personnels paramédi-

caux, pharmaciens, mais aussi ingénieurs, travailleurs sociaux, enseignants et personnels administratifs de l'éducation nationale, magistrats et éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse, policiers et gendarmes. Que ces professionnels concourent à une action de prévention de façon marginale par rapport à leur métier principal (l'enseignant intégrant à sa démarche pédagogique des messages de prévention, le gendarme allant parler de drogue à l'école), ou dans l'exercice normal de leur profession (le médecin, l'infirmier), tous, à leur niveau doivent posséder une compréhension commune des problèmes, un langage partagé, des outils de coopération et d'évaluation, autrement dit des connaissances de base en santé publique.

De ce point de vue, l'organisation des formations à la santé publique apparaît bien loin d'être à la hauteur des enjeux actuels de la prévention.

L'enseignement spécialisé de la santé publique est globalement pauvre et segmenté

Les écoles ou facultés où est enseignée la santé publique ne couvrent en général qu'une partie, plus ou moins grande, du champ de la santé publique et des savoir et savoir-faire qu'elle exige. Ce qui frappe dans ce paysage de l'enseignement spécialisé de santé publique, ce n'est pas tant la diversité des filières de formation, qui pourrait être facteur de richesse et de dynamisme, c'est le cloisonnement, l'absence de synergie, d'échanges, de recherche.

L'Ecole nationale de la santé publique (ENSP) est l'organisme offrant naturellement l'éventail de formations le plus large. Toutefois, cette école forme davantage des personnels concourant à l'administration du système de santé que des promoteurs de santé publique⁵¹. Ce qui est logique compte tenu de son statut d'établissement public administratif et de sa mission initiale, de son public, et de la priorité donnée à la régulation du système de santé depuis de nombreuses années. Dans le domaine de la prévention, l'accent est mis sur l'épidémiologie, les méthodes de planification et d'évaluation, les aspects économiques et éthiques de la santé, la connaissance des dispositifs institutionnels, mais l'investissement est moindre sur l'éducation pour la santé et la conduite de projets collectifs de promotion de la santé.

En revanche, la formation à l'éducation pour la santé est nettement plus présente dans la formation des médecins inspecteurs de santé publique, dont le cursus a été orienté en ce sens à plusieurs reprises. Il en est de même pour la formation d'application obligatoire, de huit semaines ou de vingt quatre semaines en fonction de leur cursus antérieur, destinée aux médecins de santé

⁵¹ Les formations à la gestion de la santé publique de l'ENSP sont dispensées aux médecins et pharmaciens inspecteurs, inspecteurs des affaires sanitaires et sociale, directeurs d'hôpitaux ou d'établissements sociaux, infirmières générales et ingénieurs et techniciens du génie sanitaire.

scolaire, puisqu'un huitième du temps de la formation est consacré à l'éducation pour la santé (avec, dans le cycle long, trois temps, respectivement consacrés à : l'analyse des représentations ; les déterminants de la santé d'une population et les logiques des différents acteurs ; la méthodologie de projet). Le caractère relativement limité du public de l'ENSP, cantonné aux cadres de l'administration sanitaire et sociale de l'État et des hôpitaux, comme son faible investissement partenarial avec des universités ou des organismes de recherche (malgré les progrès accomplis récemment : deux DESS menés avec l'Université de Rennes 1 et un mastère en cours d'accréditation avec des universités parisiennes), nuisent à son rayonnement, et à celui de la culture de santé publique. On pourrait imaginer d'élargir la mission de l'ENSP à la formation des futurs praticiens hospitaliers de santé publique ainsi qu'aux futurs médecins de l'assurance maladie ou des collectivités territoriales. Ceci suppose néanmoins toute une réflexion sur le statut de l'École et notamment sur sa transformation éventuelle en grand établissement scientifique et culturel.

Les formations de médecine du travail sont peu ouvertes aux problématiques de la santé publique. En revanche, s'inscrivant dans un réseau universitaire diversifié délivrant un certificat de médecine du travail, ces formations peuvent s'articuler avec des formations complémentaires ou d'application. Elles ne s'adressent pas exclusivement aux médecins, puisqu'il existe des formations de « conseiller du travail », à contenu juridique et social, visant les assistants sociaux du travail et les personnels sociaux des services de médecine du travail, voire certains profils professionnels de la fonction gestion des ressources humaines orientés vers la sécurité et la prévention.

De façon surprenante, il n'existe pas de formation obligatoire pour les médecins de P.M.I., même si les départements ont pris de nombreuses initiatives, en lien avec le centre de formation de la fonction publique territoriale. Le même constat peut être effectué pour la formation des médecins de statut départemental, municipal ou hospitalier, intervenant dans le cadre de dispositifs R.M.I. ou de lutte contre la précarité, ou dans celui d'une psychiatrie de liaison à fort contenu social.

Il existe enfin un certain nombre de formations universitaires, de niveau et d'intérêt très variables, le plus souvent non homologuées au plan national, et se situant pour certaines d'entre elles dans le champ de l'épidémiologie et d'autres dans celui de la promotion et de l'éducation à la santé. Malgré l'existence de quelques formations de troisième cycle, on ne peut qu'être frappé par la faiblesse du nombre des formations homologuées au plan national.

Offrant assez peu d'opportunités de formation de haut niveau, caractérisé par le cloisonnement des filières de formation, qui aboutit à ce que des médecins inspecteurs de l'État, de PMI, de santé scolaire, qui auront tout au long de leur carrière à travailler ensemble, n'aient pas même un tronc commun de formation, ou à tout le moins des enseignements et des angles de vue homogènes, le dispositif français de formation à la santé publique est à repenser et dynamiser totalement.

La formation des médecins à la prévention s'est dans l'ensemble améliorée

Il n'était pas de l'objet de ce rapport de procéder à une analyse exhaustive de la formation de santé publique délivrée aux futurs professionnels de santé, médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, professionnels paramédicaux.

Néanmoins, deux constats principaux s'imposent : contrairement à une idée encore fort répandue, l'enseignement de la santé publique occupe une place croissante dans les programmes, même s'il est souvent proposé sous forme optionnelle ; en revanche, cet enseignement demeure extrêmement centré sur une approche strictement médicale, et peu ouvert aux sciences humaines.

Ces commentaires valent pour la formation des médecins, seul corps de santé dont la formation sera évoquée dans ces lignes. La formation clinique des médecins intègre finalement assez bien la prévention : il est peu de manuels consacrés à une pathologie qui ne commencent par un chapitre consacré à sa prévention ; de même l'éducation thérapeutique, l'observance, la prévention tertiaire ne sont plus absentes de la formation initiale et continue des médecins.

En revanche, la formation en santé publique, c'est-à-dire celle qui leur permettra de situer leur patient et ses pathologies dans son environnement et dans l'échelle des risques, est encore relativement faible.

Chaque réforme des études médicales a cherché à apporter sa pierre à la construction d'un édifice plus ouvert aux problématiques de santé publique, et, contrairement à des représentations ou images persistantes, la formation médicale de base, ou du moins ses programmes, ouvrent des espaces non négligeables aux préoccupations de santé publique et de prévention. En première année, un module sur six (60 à 90 heures) est consacré aux sciences humaines et sociales, à inscrire dans trois grands champs disciplinaires : démographie, économie de la santé et organisation du système de santé ; psychologie, sociologie et anthropologie appliquées à la santé ; éthique médicale et déontologie. Les programmes de seconde et troisième année comportent 400 heures de stages cliniques d'initiation aux fonctions hospitalières et un enseignement complémentaire de 80 à 100 heures, défini par la faculté, à partir d'une liste officielle mentionnant : l'ethnologie, l'anthropologie et la sociologie ; la philosophie des sciences et l'histoire de la médecine ; les techniques d'expression et de communication.

Mais c'est surtout au niveau du deuxième cycle, centré sur l'apprentissage de la démarche médicale et clinique, que les programmes offrent aux facultés la possibilité d'intégrer l'apprentissage de démarches de prévention. Les enseignements de quatrième, cinquième et sixième années comportent, depuis la rentrée universitaire 2001, onze modules transdisciplinaires ouverts à la relation avec le patient, à la mise en perspective de l'exercice médical dans un environnement psychologique, humain et social donné, à la familiarisation avec des

approches de santé publique. Le module transversal consacré à « l'apprentissage de l'exercice médical » comporte un objectif afférent à la « formation du patient atteint de maladie chronique », ainsi libellé : « élaborer un projet pédagogique individualisé pour l'éducation d'un malade porteur d'une maladie chronique en tenant compte de sa culture, de ses croyances ». Les étudiants doivent suivre, au-delà de leur mi-temps hospitalier, un stage d'initiation à la médecine générale. Cependant, le module sur « le rôle du médecin généraliste en matière de prévention individuelle et collective » n'est proposé qu'en option.

Depuis la rentrée universitaire de 2001, la réforme du deuxième cycle des études médicales se met en place, dont l'objectif principal est « le décloisonnement de l'enseignement disciplinaire, trop centré sur la maladie au détriment de l'homme malade dans sa globalité »⁵². A la fin du deuxième cycle, tous les étudiants doivent désormais avoir assimilé « l'organisation du système de santé et une démarche de santé publique,... les pathologies les plus fréquentes, leurs procédures diagnostiques et leurs préventions,... la maîtrise des outils de la relation et de la communication », et être aptes à « informer les patients et leurs familles en termes simples et compréhensibles, pour mieux les associer aux décisions qui les concernent ».

Au total, l'architecture commune des études médicales offre de réels espaces pour un investissement pédagogique sur les démarches de prévention. La question n'est pas tant celle d'une modification des programmes, si l'on excepte quelques adaptations à la marge et un travail qui reste à faire sur les modalités de validation (coefficients, nature des épreuves, composition et orientation pédagogique des jurys) que celle de l'appropriation de ces espaces par les facultés, les formateurs et les étudiants.

La formation en santé publique à l'étranger/Quelques points de repère

La formation en santé publique des professionnels de santé donne rarement satisfaction. L'OMS constate par exemple, dans le cadre de la mission d'appui qu'elle assure en Finlande, que la place de la santé publique dans la formation médicale y est insuffisante. L'existence de l'Ecole nordique de santé publique (NHV) permet pourtant de disposer d'un institut de formation pluridisciplinaire de haut niveau.

L'Ecole nordique de la santé publique (NHV) : créée en 1953 par les cinq pays nordiques (Danemark, Finlande, Islande, Norvège et Suède), l'Ecole offre **des formations en santé publique aux professionnels de santé comme aux autres professionnels**. Les diplômes de formation vont jusqu'à la maîtrise de santé publique et le doctorat de santé publique. Depuis 1997, la réforme des programmes

⁵² « Education pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? – état des lieux et recommandations » : rapport établi à la demande de M. KOUCHNER, ministre délégué à la Santé par M^{me} B. SANDRON-BERTHON mars 2002.

a permis de créer une filière de recherche avec une maîtrise de science en santé publique. L'école accueille environ 750 étudiants chaque année. En 1999, l'École a été évaluée, à sa demande, par l'Association européenne des écoles en santé publique. Celle-ci reconnaît la qualité de la formation offerte tout en soulignant l'enjeu d'une plus grande ouverture internationale et d'un développement du secteur de la recherche notamment.

Au Québec, s'il est difficile de connaître le nombre d'infirmières travaillant en santé publique, les quelques 62 000 infirmières diplômées reçoivent une solide formation en santé publique : le programme de base comprend entre 5 et 10 cours de santé publique avec l'intervention de sociologues et de doctorants en santé publique ; en outre certaines suivent une maîtrise de santé publique (2 ans) après leur formation initiale (3,5 ans dans la voie universitaire).

Depuis la fin des années 1970, en s'inspirant des recherches sur les déterminants sociaux de la santé, **les facultés de médecine canadiennes ont développé des pôles à forte composante sociale et pluridisciplinaire** (départements de médecine sociale et préventive, administration de la santé, hygiène des milieux et santé au travail) : l'intérêt du système québécois est ainsi d'offrir à la fois des formations et des possibilités de recherche grâce à une synergie forte entre l'université et les professionnels de la santé publique.

La formation médicale de base reste cependant lacunaire sur les déterminants sociaux de la santé. La santé publique est une spécialité qui s'acquiert en quatre ans après la formation de base (maîtrise de santé communautaire ou d'administration de la santé, un an de pratique clinique et un an de pratique générale). Même si la formation des professionnels de santé est perfectible au Québec, l'interface avec les sciences sociales est un acquis important par rapport à la France : **ce sont des spécialistes reconnus de leurs disciplines qui enseignent et non pas exclusivement des médecins.**

Au **Royaume-Uni**, la réforme du système de santé s'accompagne d'une **réflexion sur la formation des professionnels de santé publique** : les conditions d'obtention du diplôme de médecin en santé publique ont été modifiées en juin 2002 ; le futur médecin doit suivre une formation de deux ans en médecine générale, quatre ans de spécialisation (dont un an de formation de *higher specialist*, trois mois de formation en surveillance épidémiologique et santé environnement dans un service du NHS, et un an supplémentaire dans un service du NHS).

L'objectif des autorités britanniques est simultanément d'étendre la spécialisation de santé publique au-delà des médecins et de renforcer la professionnalisation. **La carrière de santé publique va ainsi être ouverte aux non médecins** : le ministère de la santé travaille à la création de postes de directeurs de la santé publique dans les *primary care trusts* qui pourront être occupés par des spécialistes non médecins. La création de l'agence, *Health development agency*, est destinée à renforcer la professionnalisation dans le champ de la santé publique (révision des programmes de formation, diffusion d'information...) et soutenir les différents acteurs, notamment dans le secteur de la santé scolaire.

L'IGAS ne disposait ni du temps nécessaire, ni du recul suffisant par rapport aux dernières réformes, pour procéder à un bilan concret de la mise en œuvre des nouvelles orientations. Les avis recueillis donnent à penser qu'il conviendrait de mettre l'accent sur l'adhésion des étudiants eux mêmes, en utilisant le tremplin des stages, de la clinique et du travail sur la relation au patient, et de sensibiliser les universités à l'intérêt de jouer la carte du décloisonnement. Les textes permettent de sortir l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique de quelques petits compartiments réservés. Encore faut-il, pour mobiliser la communauté universitaire, reconnaître la promotion de la santé comme une discipline à part entière. Il faut aussi naturellement disposer des moyens d'une pénétration plus horizontale des approches de prévention : diversification des intervenants et des terrains de stage.

En dernière analyse, conjugué à une formation continue notoirement insuffisante chez les médecins (les conditions d'application de l'obligation de formation médicale continue instaurée par la loi du 4 mars relative au droit des malades fait encore l'objet d'une concertation avec les professionnels), le peu de rayonnement de la spécialité de santé publique et la multiplication, dans l'enseignement supérieur, des cloisonnements par disciplines et par professions, ne permet pas d'accélérer la nécessaire mutation du système de santé vers une logique de santé publique. Et ce d'autant plus que cette situation a des répercussions sur le niveau et la qualité de la recherche, dont il faut bien constater qu'elle est, dans le domaine de la santé publique et de la prévention, sous bien des aspects insuffisamment développée.

Chapitre 5

Les faiblesses de la recherche et de la surveillance

Du point de vue de la santé publique, la situation de la recherche apparaît critique. L'absence de stratégie, le nombre restreint d'équipes de recherche, des moyens chiches, ont fini par provoquer diverses carences que la littérature internationale ne peut pas toujours utilement combler, et par engendrer une forme d'incurie dans l'organisation et l'animation de plusieurs dispositifs de surveillance et d'alerte.

La recherche sur la santé au travail, une discipline délaissée

L'essentiel de la recherche dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail est réalisé par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), organisme paritaire créé en 1947 sous l'égide de la Caisse nationale d'assurance maladie. L'INRS est une association régie par la loi de 1901 à gestion paritaire⁵³, dotée en 2002 d'un budget de quelque 68 millions d'euros et employant plus de 650 personnes. L'institut inscrit son action dans le cadre d'un programme d'activité établi selon les directives de la CNAMTS. Ses missions sont de trois ordres : anticiper l'apparition de risques par la conduite d'un programmes d'études et de recherches ; sensibiliser les responsables de la prévention et de la sécurité dans les entreprises ; fournir une assistance technique et une formation aux entreprises.

Plusieurs rapports récents, de l'inspection générale des affaires sociales en 1999, de la Cour des comptes en 2002, ont largement mis en évidence les limites et les défaillances de cette institution, tant du point de vue de son fonctionnement que de sa stratégie. Il n'est pas utile ici de revenir sur ces problèmes, inhé-

⁵³ Son conseil d'administration est de 18 membres représentant le MEDEF d'une part, et les organisations syndicales de salariés d'autre part.

rents dans une certaine mesure à sa nature paritaire, et qui ont depuis fait l'objet de mesures correctrices : alternance de la présidence, élargissement et reconstitution du conseil scientifique, planification à cinq ans du programme de recherche accompagné, le cas échéant, de conventions avec les différents ministères concernés ou des laboratoires de recherche, insertion dans des réseaux européens, etc.

Si la mission de recherche a toujours été considérée par ses instances dirigeantes comme un moyen d'action parmi d'autres et non comme un but premier (près de la moitié de son activité consiste en effet dans l'animation de réseaux de préventeurs, la diffusion large d'informations, la réalisation d'études par ses laboratoires...), l'Institut n'en demeure pas moins le principal et quasi unique instrument de connaissance du risque professionnel en France... D'où un malentendu, et les critiques qui lui ont été faites. Ainsi, le service en charge de l'épidémiologie est-il le plus petit (environ dix personnes) de l'Institut.

Les limites de cette institution tiennent aussi à l'inertie de l'État, qui n'a pas mis en place les conditions d'une réelle tutelle scientifique à l'égard d'un organisme paritaire, qui n'avait pas vocation à assurer, au nom des pouvoirs publics, l'évaluation de tous les risques professionnels. Il revenait à l'État à se donner les moyens d'une recherche indépendante dans le domaine de la santé au travail.

Et de fait, les faiblesses générales de l'épidémiologie et de la recherche fondamentale en France se font particulièrement ressentir dans le champ de la santé au travail. Le faible rayonnement de l'enseignement de santé publique en France se répercute à tous les niveaux : les spécialistes de la santé au travail sont de plus en plus rares, les travaux scientifiques incontestables font défaut, dans un champ où ils sont indispensables pour surmonter les intérêts industriels, et quelque fois le conservatisme syndical. Le retard de la réaction vis-à-vis de l'amiante s'explique en partie par le fait qu'il y avait très peu de chercheurs capables de faire face aux industriels.

On ne compte dans l'université française qu'une dizaine d'équipes travaillant sur les sujets de santé au travail, et trois unités de l'INSERM. La dizaine de centres de formation de médecins du travail ne peut remplacer un véritable dispositif de recherche. Cette lacune, énorme quand on connaît, à travers la littérature scientifique internationale l'impact du milieu professionnel sur la santé, va se faire encore vivement sentir lorsqu'il s'agira, comme l'Union européenne en a le projet, d'évaluer la nocivité d'un millier de produits chimiques d'ici 2004 (la France n'en a évalué qu'une dizaine à ce jour).

La pauvreté du vivier de chercheurs est d'autant plus criante que le risque professionnel exigerait, de par sa complexité et son évolutivité, une politique de recherche d'envergure. La tendance à l'augmentation du nombre des arrêts de travail suggère, pour de nombreux observateurs, une aggravation des problématiques liées au stress. Des pans importants du risque toxicologique restent ignorés. Malgré cela, aucune recherche d'envergure n'a été engagée en France.

Recherche des causes, analyse des facteurs de risque et surveillance des populations sont extrêmement imbriquées. L'étude des cohortes, des cas témoins, suppose des moyens importants et une grande proximité du chercheur et de l'entreprise.

L'absence de liaison entre les services du travail, en charge du risque professionnel, et les pôles d'expertise et de recherche médicales des institutions sanitaires (pourtant à plusieurs reprises réunis sous l'autorité d'un seul et même ministre au cours des deux dernières décennies) ne facilite pas le développement de compétences.

Une prise de conscience semble toutefois se dessiner. Un séminaire, organisé sur ce thème en novembre 2002 par les ministères de la recherche, de la santé et du travail, a permis de prendre la mesure de l'insuffisance des équipes et des travaux sur la santé au travail. L'objectif est de favoriser la formation d'un milieu scientifique pluridisciplinaire sur cette question, en suscitant la constitution d'équipes reconnues et plus nombreuses, et en attirant de jeunes chercheurs de façon à renouveler les équipes dont les chercheurs approchent de la retraite. L'appui de la DREES, via des financements, et de la DARES, via l'appui technique aux équipes de recherche, a été affirmé.

On doit enfin s'interroger sur la responsabilité respective des partenaires sociaux et de l'État devant un tel constat de carence. Qu'aucune politique incitative, qu'aucun dispositif n'ait été mis en place depuis une quinzaine d'années pour développer la recherche dans un secteur où la gravité des enjeux et des risques a pourtant dramatiquement éclaté au grand jour, ne laisse pas d'étonner. A cet égard, l'absence de recueil organisé de données, outil de base pourtant, est consternante. L'enquête « Santé, Travail et Vieillesse » (ESTEV) est tenue par quelques bonnes volontés sans moyens.

Ce sujet, au regard du retard accumulé et de l'importance des enjeux, mériterait sans aucun doute d'être franchement abordé dans le cadre du projet de loi relatif à la politique de santé publique. Ce serait le moyen de briser enfin le mur qui sépare la santé au travail de la santé publique. La Finlande présente à ce propos, sinon un modèle, du moins un exemple à méditer, avec l'Institut finlandais de la santé au travail.

L'institut finlandais de santé au travail

Créé en 1945 et développé dans les années 1970, l'Institut finlandais de la santé au travail mène des recherches, forme les responsables de la santé et sécurité, diffuse des conseils et informations.

L'Institut dispose de 880 employés (dont 580 salariés permanents) et de 6 instituts régionaux. Son budget est de 58,8 M€ en 2002 (80 % provient du budget de l'État et 20 % des services commercialisés par l'Institut – formation, publications, consultants...). La recherche est financée majoritairement sur les fonds du budget de l'État (30 % provient de sources extérieures en 2001) et représente 39 % du budget de l'Institut.

– 40 % du budget recherche est consacré à la santé au travail et à la capacité fonctionnelle : les maladies respiratoires liées au travail, les maladies de peau et les troubles musculo-squelettiques sont les sujets faisant l'objet de plus de recherches ;

– l'amélioration de l'environnement de travail représente 37 % du budget recherche : un programme « work environment 2005 » vise à développer l'évaluation des risques et les méthodes de gestion des risques au sein des entreprises ; il permet également, à partir d'études sur plus d'un millier de lieux de travail et l'analyse biologique de 10 000 échantillons chaque année, d'établir un bilan des conditions de travail en Finlande ; un programme sur les poussières de bois analyse la toxicité des différents bois. L'analyse des risques chimiques a notamment porté sur l'exposition aux isocyanates dans les secteurs qui utilisent du polyuréthane.

Le niveau de formation des employés de l'Institut est relativement élevé dans un pays dont le niveau éducatif général est supérieur à la moyenne européenne : plus de la moitié du personnel a un diplôme académique de haut niveau (master, licence, doctorat). Parmi les 146 personnes titulaires d'un doctorat, 51 sont médecins, 26 chimistes et biochimistes, 21 psychologues et sociologues...

L'Institut central compte neuf départements dont les deux principaux sont le département de toxicologie et d'hygiène industrielle (analyse de l'exposition chimique, toxicologie, risques biologiques) et celui de médecine du travail (diagnostic et traitement⁵⁴, recherche et formation). Les autres départements travaillent notamment sur l'épidémiologie, la psychologie, la kinésithérapie, la physique, la sécurité au travail, la recherche sur les services de santé au travail. Les six instituts régionaux sont spécialisés chacun dans un type d'industrie ou d'activité. Ils assurent des missions de formation, d'analyse des risques chimiques et des prélèvements sur les lieux de travail, de conseil en médecine du travail, ergonomie et psychologie du travail.

Relations avec les partenaires sociaux et le ministère : un conseil de direction tripartite (ministère, représentants des employeurs et des salariés) fixe des orientations stratégiques (stratégie 2001-2005) ; il n'intervient pas dans la gestion ou la conduite des programmes de recherche (l'Institut estime avoir une réelle marge de manœuvre, sensiblement supérieure à ce qu'elle était dans les années 1970). Un accord avec le ministère fixe les 10-12 objectifs annuels de l'Institut.

La formation représente 11 % du budget temps : en 2001, l'Institut a formé près de 9 000 personnes en santé et sécurité au travail. Un peu plus de 45 % sont des professionnels de santé : 13,2 % sont des médecins, 25,8 % des infirmières et 6,3 % des kinésithérapeutes. Près de 10 % sont des responsables de sécurité et 7 % des délégués de sécurité. Un Centre de formation a été mis en place en 2002.

Outre cet Institut, existe un Fonds finlandais pour l'environnement de travail, géré par les partenaires sociaux, qui finance de la recherche-développement.

⁵⁴ L'Institut dispose de 16 lits (589 patients en 2001) et propose essentiellement des services de consultation spécialisés (5 202 visites en 2001), de radiologie, kinésithérapie, tests de laboratoires.

Le retard français en matière de recherche en santé environnementale

Un état des lieux peu flatteur

La faiblesse de la recherche française dans le domaine « santé – environnement » est considérée comme un fait acquis par de très nombreux interlocuteurs de l'IGAS, pour ne pas dire la totalité. Si un consensus aussi net semble laisser peu de place au doute sur la véracité du constat, il n'en demeure pas moins qu'il est difficile de l'étayer par des données indiscutables : en effet, sur ce champ, il n'existe pas en France de données bibliométriques, comme l'a confirmé à la mission l'Observatoire des sciences et des techniques (OST). De même, l'analyse des participations françaises au cinquième programme cadre de recherche et de développement de l'Union européenne, réalisée par l'OST pour le compte du ministère de la recherche, n'apporte pas d'éléments utilisables.

Le classement de la recherche française à la troisième place en Europe, établi à l'aune des publications en recherche médicale, en biologie fondamentale et en biologie appliquée ne permet en rien d'inférer ce qu'il en est en santé environnementale.

Faiblesse de la recherche française : des indices préoccupants

Une étude sommaire de 92 projets retenus dans le cadre du cinquième PCRD sous la rubrique « environnement et santé » montre que la France représente environ 3 % des coordonnateurs et 6 % des participants.

A titre d'illustration complémentaire, la mission a également étudié le programme et les résumés de la conférence « *Linking exposures and health : innovations and interactions* », tenue à Vancouver du 11 au 15 août 2002, sous l'égide de l'ISEA (International Society of Exposure Analysis) et de l'ISEE (International Society for Environmental Epidemiology). Sur 281 communications, 2 étaient présentées par des équipes françaises ; un chercheur français avait collaboré à une troisième ; pour les « posters », sur 534 présentations, 6 émanaient d'équipes françaises, et 5 chercheurs avaient collaboré à d'autres études : à ce niveau, il n'est pas exagéré de parler de marginalisation.

En termes de moyens, un recensement réalisé en 2002 par l'INSERM pour lui-même dénombre 41 formations (unités et équipes) travaillant sur des projets dans le domaine de l'environnement, soit environ 12 % des formations (350). Mais la part des moyens directs de l'INSERM engagés sur l'environnement n'est que de 2,6 % des chercheurs (soit 52 équivalents temps plein) et 1,7 % des ingénieurs et techniciens (soit 35 équivalents temps plein). Ces données illustrent à la fois la faiblesse et l'éparpillement des moyens dans ce domaine.

En revanche, les opinions, sans être antinomiques, sont plus divisées sur les origines de cette situation. Pour les uns, c'est le nombre limité de chercheurs dans certaines disciplines (épidémiologie, expologie, métrologie, modélisation, toxicologie...) qu'il faut mettre en cause, ainsi que le faible intérêt des professions médicales pour les déterminants environnementaux de la santé (les facultés de médecine ont très peu investi ce champ, et guère plus les facultés de pharmacie). Pour d'autres, les chercheurs existent, mais l'État se révèle incapable de les mobiliser, faute de financements pérennes. La thématique santé – environnement étant essentiellement pluridisciplinaire, il est difficile de l'articuler avec la structuration « verticale » de la recherche française, qui prive la France d'un laboratoire ou d'un institut réunissant les compétences variées nécessaires pour étudier les problèmes dans leur globalité, alors que de telles structures peuvent exister à l'étranger ou dans le domaine privé (par exemple, pour l'eau, aux Pays-Bas et en Allemagne, ainsi que chez les grands distributeurs).

En 1996, le ministère chargé de l'environnement, dans le cadre de sa politique de recherche, a lancé un programme sur l'environnement et la santé, défini conjointement avec le ministère chargé de la santé (programme conçu pour une durée de cinq ans). La recherche privilégiée a été de type finalisé et a porté sur des thèmes ayant trait à l'interface entre l'environnement et l'homme dans le contexte français, sur les problèmes d'exposition des individus et des populations, ainsi que sur les effets sur la santé de l'homme. Aucune évaluation scientifique des résultats de ce programme n'a été réalisée à ce jour, mais pour en mesurer l'impact, l'observatoire des services et des techniques a réalisé, à la demande du ministère chargé de l'environnement, une enquête par courrier auprès des laboratoires coordonnateurs de projets retenus pour la période 1996-1999.

Le bilan de cette enquête apparaît mitigé : le programme n'a pas mobilisé une population de jeunes responsables de projets ; il a contribué à un travail en réseau, puisque dans 75 % des cas, le projet a donné lieu à des collaborations dont la grande majorité était nouvelle (72 %) ; les projets sont de petite taille (coût moyen de 530 KF), ne mobilisant en moyenne que 15 % des effectifs de chercheurs ou d'enseignants chercheurs du laboratoire (soit deux chercheurs en moyenne) ; 30 projets sur 52 ont eu des répercussions sur la réglementation, 6 contribuant à l'élaboration de normes ; la moitié des projets a, au moins, donné lieu à une publication scientifique.

L'année 2002 pourrait marquer une inflexion pour la recherche en santé environnement

En premier lieu, l'INSERM a lancé une action thématique concertée (ATC) consacrée à la santé environnementale, qui serait dotée de 800 000 euros sur deux ans, l'objectif des responsables de l'ATC étant de disposer, grâce aux autres financements espérés, de deux millions d'euros par an sur trois ans, ce qui

pourrait marquer un changement de dimension des projets de recherche, à condition d'éviter un saupoudrage des financements.

En second lieu, l'agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFFSE), nouvellement créée, a pris le relais du ministère chargé de l'environnement pour le programme de recherche environnement et santé, conformément aux responsabilités que lui confère la loi en matière de recherche ; elle disposerait de 1,5 millions euros pour 2002-2003, et espère 1,2 millions euros pour 2004.

Ces éclaircies sont les bienvenues, car ce retard de la recherche française, s'il perdurait, pourrait entraîner à terme : une influence encore plus réduite de la France dans les organes communautaires ou internationaux où s'élaborent les normes et réglementations, avec toutes les conséquences que cela entraînerait sur la compétitivité de l'industrie nationale ; une médiocrité de l'expertise française, non irriguée par une recherche de haut niveau, avec en conséquence un éclairage insuffisant des décideurs.

Cela dit, le problème essentiel reste celui de la faiblesse de viviers de chercheurs sur ces sujets ; une politique d'incitation est à développer auprès des étudiants, dès leur spécialisation, par l'octroi de bourses et d'allocations de recherche fléchées, le développement de l'accès des jeunes chercheurs aux laboratoires etc.

Des défauts dans les dispositifs de surveillance

Dans les domaines qui viennent de faire l'objet d'une analyse, ceux de la santé au travail et de l'environnement, les carences de la recherche sont accrues, nous l'allons voir, par les déficiences des dispositifs de surveillance. Mais le système de surveillance, et avec lui les dispositifs d'alerte, ont également été pris en défaut dans la plupart des domaines ayant fait l'objet d'une enquête thématique de la part des équipes de l'IGAS, comme cela est illustré dans le domaine des maladies transmissibles.

SIDA et infections sexuellement transmissibles, un système d'alerte⁵⁵ en partie artisanal

Les récentes alertes émanant de quelques médecins de dispensaires antivénéériens à Paris et à Marseille, signalant une recrudescence de cas de syphilis et de

⁵⁵ Le mot alerte est employé, sans qu'il s'agisse bien évidemment d'une réactivité identique à celle exigée pour les épidémies type méningite.

gonococcies, comme le constat que la dynamique de l'épidémie de SIDA n'est pas stoppée, la persistance de foyers endémiques de tuberculose à Paris, enfin l'apparition de résistances aux traitements constituent autant d'arguments pour rappeler la nécessité d'une surveillance étroite de ces pathologies.

Or, au cours des deux dernières années, la flambée de cas de syphilis dans les milieux homosexuels à Paris a pris de court les acteurs de santé publique. La survenue de cas groupés de syphilis, maladie hautement contagieuse, à courte période d'incubation, qui paraissait quasiment éradiquée au point que bien des généralistes n'en connaissaient plus les signes cliniques, est considérée comme le témoin d'un relâchement des comportements de prévention. Cette hypothèse est préoccupante pour l'avenir des contaminations par le SIDA, maladie survenant dans des situations de prise de risques similaires, mais dont l'incubation prolongée masquerait bien plus longuement la progression.

Si certaines populations cumulent des facteurs de vulnérabilité les exposant plus particulièrement à la contamination et au retard au dépistage et au traitement, pour autant aucune catégorie de personnes n'est épargnée. Ainsi, les recommandations de vigilance à l'égard du SIDA, de la tuberculose ou des IST ne concernent pas seulement les acteurs de soins travaillant en structure de soins communautaire, en PMI ou dans les quartiers à forte population de migrants, mais l'ensemble des acteurs, qu'ils travaillent en milieu libéral, hospitalier, scolaire ou universitaire.

Le code de santé publique confie la surveillance de maladies transmissibles à l'institut national de veille sanitaire (InVS) qui est chargé d'une triple mission d'observation épidémiologique, de veille et d'alerte sanitaires.

La surveillance épidémiologique : une couverture hétérogène

Il s'agit de l'observation permanente de l'état de santé de la population. Elle consiste à recueillir et traiter en routine les données enregistrées à partir des informations transmises par les médecins. Elle repose : d'une part sur les déclarations obligatoires pour les pathologies soumises à cette obligation (HIV ; SIDA, tuberculose) ; d'autre part sur des données non exhaustives, mais considérées comme représentatives, transmises par des correspondants publics et privés, participant à des réseaux de surveillance propres à certaines pathologies, mis en place pour compléter le dispositif précédent ou pallier ses insuffisances (par exemple la surveillance des contaminations par le virus du SIDA, jusqu'à sa déclaration obligatoire depuis fin janvier 2003).

Les données recueillies permettent d'établir pour chaque affection : sa prévalence (nombre de personnes malades à une date donnée) qui renseigne sur l'étendue de la maladie dans une population à cette date ; son incidence (nombre de nouveaux cas de contamination ou de maladie) qui permet de visualiser la dynamique et les tendances de l'épidémie.

Des informations sur les caractéristiques sociodémographiques et l'origine des personnes contaminées, plus ou moins complètes selon chaque dispositif de surveillance, viennent compléter utilement les simples données chiffrées. Elles permettent d'identifier les catégories de population les plus exposées, de souligner d'éventuelles disparités régionales. Ainsi Paris se caractérise par une épidémie de SIDA à dominante homosexuelle ; en région PACA, la contamination est majoritairement liée à l'injection de drogue intraveineuse ; aux Antilles et en Guyane, la contamination est très largement hétérosexuelle. Les stratégies nationales ou régionales de prévention et de prise en charge à mettre en œuvre devront largement en tenir compte.

La surveillance exercée par le biais des déclarations obligatoires : un système national de surveillance du SIDA en crise récurrente

Le décret du 6 mai 1999, établissant la liste des maladies à déclaration obligatoire (DO), fait obligation à tout médecin de notifier, notamment, ses diagnostics de tuberculose et de SIDA au médecin de la DDASS, par le biais du formulaire disponible auprès des DDASS. Celles-ci sont chargées de recueillir et transmettre chaque semaine ces déclarations à l'InVS qui en assure l'exploitation nationale avec un décalage d'un an environ.

Le diagnostic de séropositivité n'a été soumis à déclaration qu'à dater du 29 janvier 2003. La déclaration des quatre maladies sexuellement transmissibles (MST) « classiques », à laquelle les médecins ne se soumettaient plus depuis longtemps, a été supprimée en 1999.

En outre, pour ce qui concerne les cas de tuberculose, le service départemental de prévention du conseil général a pour mission de prendre les mesures de prévention individuelles et collectives : enquête de dépistage dans l'entourage de la personne diagnostiquée notamment. Certains médecins en charge du traitement du cas index, signalent sur le formulaire qu'ils ne souhaitent pas avoir recours aux services du département et se chargent eux-mêmes de l'enquête de proximité. Dans d'autres situations, notamment lorsque l'enquête nécessite des investigations élargies (milieu professionnel ou scolaire, foyer d'hébergement) ou complexes (squat, campement...) ils sollicitent au contraire ces services. Les délais entre le signalement d'un cas de tuberculose et la mise en œuvre du dépistage dans l'entourage et surtout le début du traitement en cas de découverte d'une nouvelle contamination paraissent très variables d'un département à l'autre, excédant parfois deux mois. Cette situation et surtout la recrudescence signalée en Ile-de-France de foyers persistants de tuberculose, a conduit certains responsables de santé publique à renforcer la procédure de suivi afin de raccourcir ces délais et à personnaliser les interlocuteurs dans un souci de responsabilisation (circulaire du directeur de l'AP-HP en date du 5 juillet 2002).

En principe, le système de déclaration obligatoire devrait permettre un recueil exhaustif. En fait, l'exhaustivité varie selon les pathologies et les périodes (la survenue d'une recrudescence annoncée, les campagnes d'information renforcent temporairement l'adhésion des médecins au dispositif de déclaration). Pour la tuberculose, l'exhaustivité est en moyenne de 65 %. Le SIDA semble mobiliser bien davantage avec un niveau d'exhaustivité record pour les déclarations. Néanmoins, le système de surveillance de l'infection par le VIH n'est complet que depuis janvier 2003.

En tout état de cause, l'interruption de la transmission des déclarations obligatoires de SIDA pendant dix-huit mois lors de la grève des médecins de DDASS a montré la fragilité du dispositif.

Depuis sa constitution à la fin des années quatre vingt, l'évolution du dispositif, insuffisant pour répondre aux objectifs d'alerte sanitaire, a connu de multiples vicissitudes et retards. Seuls les cas de maladie SIDA étaient, fin 2002, soumis à déclaration obligatoire ce qui plaçait la France très en retard par rapport aux autres pays européens puisque treize pays de l'Union européenne avaient à cette date un système de surveillance des nouvelles contaminations.

Or, la généralisation des multithérapies a conduit l'ensemble des concepteurs même du système à souligner l'obsolescence du dispositif français de surveillance de l'infection à VIH, devenu trop décalé dans le temps par rapport à la contamination par le virus, pour renseigner efficacement sur la dynamique de cette contamination. La mise en œuvre de la déclaration obligatoire des séropositivités, enfin à peu près admise par tous, a été repoussée à plusieurs reprises pour des raisons à la fois juridiques et techniques. Mais cette décision de report ne s'est pas accompagnée de la relance des enquêtes qui renseignaient auparavant sur l'évolution de la séropositivité ; en effet, dans l'anticipation de la déclaration obligatoire des sérologies HIV positives, les autres dispositifs informatifs relatifs à ce phénomène ont été abandonnés.

En effet, jusqu'en 1998, date d'arrêt de la plupart de ces dispositifs et de ces enquêtes de surveillance, cinq systèmes différents recensaient l'activité de dépistage et le nombre de sérologies positives ; de vastes enquêtes de prévalence étaient menées sur les femmes enceintes, la clientèle des dispensaires anti-vénériens, dans les milieux homosexuels et chez les usagers de drogues. Enfin, un système d'information (le DM I2) renseigne spécifiquement sur l'infection VIH en milieu hospitalier.

La multiplication de ces sources d'information, pas toujours complémentaires ni suffisamment exhaustives, leur qualité inégale, mais aussi les coûts de maintenance de dispositifs de surveillance parfois redondants, ont été critiqués par le Réseau national de santé publique devenu l'Institut nationale de veille sanitaire (INVS) qui souhaitait disposer d'un système plus efficient. Dès lors que la généralisation des traitements a entraîné un bouleversement des durées d'incubation de la maladie SIDA, seule la déclaration obligatoire de séropositi-

tivité permettra de suivre l'évolution historique des contaminations et donc de modéliser l'évolution prospective de l'épidémie. Cette décision, réclamée par les experts, relayés par la presse, a fait l'objet d'une vaste polémique au sein des associations de lutte contre le SIDA et de défense des droits de l'homme. Depuis l'automne 1997, date à laquelle B. Kouchner, secrétaire d'État chargé de la Santé a pris position publiquement en faveur de la déclaration des cas de séropositivité, sa mise en œuvre s'est enlisée dans une série de problèmes éthiques (confidentialité) et juridico-politiques. Elle est intervenue début 2003, mais les données ne seront exploitables au mieux qu'à la fin de l'année.

Indépendamment des vicissitudes du dispositif national de surveillance épidémiologique, le réseau des généralistes « Sentinelles » apporte, depuis 1987, des informations sur les prescriptions de tests de dépistage du VIH en médecine libérale. L'objectif est de quantifier l'activité de dépistage des généralistes⁵⁶ et de suivre l'évolution de la demande des consultants ainsi que les comportements de dépistage des généralistes. Le réseau « Sentinelles » donne aussi des informations sur la population diagnostiquée comme séropositive par le généraliste (âge, sexe, origine, motif du test de dépistage, antécédent d'IST, conduite sexuelle à risque...).

Les résultats des données de ce réseau font l'objet de confrontations régulières avec ceux d'autres systèmes donnant des informations sur l'activité de dépistage HIV dans d'autres populations que celles fréquentant la médecine générale (centres d'accueil anonyme et gratuit, réseau des laboratoires RENA VI). Ces confrontations ont permis de noter l'importante augmentation des demandes de test HIV à la suite des mesures incitatives au dépistage volontaire⁵⁷ et la diminution importante du pourcentage de sérologies positives sur l'ensemble des réseaux, s'expliquant par l'afflux de patients testés à faible risque, en lien avec cette politique incitative.

Cette importante activité de dépistage, si elle souligne le succès des campagnes le promouvant dans la population générale, atteint ses limites d'efficacité auprès de certains sujets les plus à risque de contamination. En effet il persiste une proportion importante de malades du SIDA, diagnostiqués au stade de la maladie, qui ne connaissaient pas leur séropositivité. C'est précisément sur les facteurs de ces retards (méconnaissance des modes de transmission, freins culturels, tabous, difficultés d'accès aux soins...) que les efforts des responsables nationaux et locaux de santé publique doivent porter.

⁵⁶ Elle fluctue de 500 000 à 1 million de tests par an selon les extrapolations menées à partir des résultats du réseau.

⁵⁷ Remboursement à 100 % par l'assurance maladie en juin 1992, test systématiquement proposé lors des examens prénuptiaux et prénataux depuis janvier 1993, anonymat et gratuité dans les CDAG...

Tableau : Systèmes de recueil de données relatives aux MST, SIDA, Tuberculose

IST		SIDA		Tuberculose
		Séropositivité	SIDA	
Déclaration obligatoire (DO)	Supprimée en 1999	Depuis début 2003	DO Exhaustivité : 95 %	DO Exhaustivité : 65 %
Réseaux de surveillance volontaires	Sentinelles 1 % des généralistes gonococcies	Sentinelles prescription test HIV	DM 12 (infection à VIH à l'hôpital)	
	Dispensaires anti-vénéériens : 257 centres 20 % des MST	RENAVI Laboratoires test HIV		
	service de santé des Armées	Centres de dépistages anonymes et gratuits Test HIV		
	RENAGO 4 % des laboratoires gonococcies	Enquêtes Périnatalité		
	RENACHLA 2,6 % des laboratoires chlamydiae			
	REZO 85 en milieu Gay			

Source : IGAS

La surveillance épidémiologique des infections sexuellement transmissibles est fragmentée et non exhaustive

L'apparition chez un patient d'une IST peut être considérée comme un marqueur objectif de comportement pouvant constituer aussi un risque pour une infection par le VIH. C'est ce qui a conduit, dès 1985, un certain nombre de généralistes bénévoles à mettre en place un système de surveillance des urétrites masculines, dont le diagnostic est dans la majorité des cas effectué par le généraliste, dans le cadre du réseau « sentinelles » précité.

Depuis la suppression des IST de la liste des déclarations obligatoires, la surveillance des IST est fragmentée par maladies et non exhaustive. Elle repose sur plusieurs systèmes basés sur le volontariat, qui privilégient les IST les plus fréquentes ou les plus préoccupantes (cf. tableau ci-dessus) :

- le réseau « Sentinelles » regroupe plus d'une centaine de médecins généralistes répartis sur vingt-deux régions métropolitaines. Ce réseau recense depuis quinze ans des informations épidémiologiques sur neuf maladies transmissibles ou attitudes diagnostiques (dont les urétrites masculines et les prescriptions de sérologie VIH). Ces informations sont notifiées chaque semaine à l'INVS par les médecins bénévoles adhérant au réseau. Chaque année, environ 200 cas d'urétrites masculines sont ainsi signalés permettant d'estimer à 50 000 le nombre de cas annuels. La qualité de ce réseau tient à ce qu'il atteint la population générale ; ses faiblesses tiennent à la définition très large de l'urétrite, au

fait qu'on ne suit ainsi que les IST masculines ; son intérêt est donc complémentaire de celui de l'InVS ;

- les consultations des dispensaires antivénériens tiennent des recueils d'informations sur leurs consultants qu'elles adressent périodiquement à l'InVS ;
- le système de surveillance épidémiologique des armées répertorie chaque semaine le nombre de cas de syphilis et de gonococcies dans leur personnel ;
- deux réseaux de surveillance fondés sur les données de laboratoires volontaires, répertorient l'un les gonococcies (réseau RENAGO⁵⁸ depuis 1986) l'autre les chlamydioses (réseau RENACHLA⁵⁹ depuis 1990) ;
- REZO 85 regroupe neuf médecins libéraux bien implantés dans la communauté homosexuelle en Ile-de-France, impliqués dans la prise en charge de patients séropositifs. Depuis 2001, ils ont mis en place dans leur clientèle à hauts risques une surveillance des gonococcies, de la syphilis et de l'hépatite.

Ces systèmes ont le mérite d'exister et s'ils reposent tous sur le volontariat et la libre participation des médecins, il faut noter que depuis leur création le nombre de médecins y concourant a augmenté et s'est renouvelé. Les systèmes se complètent : RENAGO et Sentinelles renseignent sur la population ayant recours à la médecine libérale, les dispensaire anti-vénériens sur leur population spécifique (plus de migrants, de jeunes, de personnes précaires recherchant l'anonymat qu'en population générale), REZO 85 sur les patients « gays ». Mais l'éclatement de ce dispositif et son hétérogénéité rendent la surveillance complexe ; en l'absence d'exhaustivité, les lacunes du recueil ne permettent pas de garantir la fiabilité des données chiffrées. Ainsi, RENAGO ne concerne que les patients ayant recours à un examen de laboratoire, ce qui est loin d'être le cas pour tous les diagnostics de gonococcie ; il donne peu d'informations sur la pratique à risque et l'orientation sexuelle des patients. Les dispensaires antivénériens reçoivent moins de 20 % des patients atteints d'IST. La plupart sont dotés de faibles moyens ne leur permettant pas de mener les enquêtes de comportement qu'ils jugent intéressantes pour guider leurs actions de prévention. Signalons que les dispensaires antivénériens parisiens, qui pourtant reçoivent une population à hauts risques, comme l'a montré la récente alerte syphilis, ne disposent pas de fiche patient commune pour les IST et ne sont pas informatisés. Cette situation de pénurie ne facilite pas la réactivité que l'InVS attend d'eux, ce qu'ils déplorent.

En raison de la décroissance régulière et importante des IST en France en population générale (indépendamment de la récente alerte) la performance des systèmes de surveillance basée sur des réseaux Sentinelles est plus difficile à

⁵⁸ RENAGO regroupe plus de 200 laboratoires (83 % privés et 17 % hospitaliers) sur toute la métropole représentant 4 % des laboratoires français.

⁵⁹ RENACHLA regroupe une centaine de laboratoires (70 % privés et 30 % hospitaliers) représentant 2,6 % des laboratoires français.

assurer. L'obligation d'augmenter le nombre de correspondants volontaires⁶⁰ s'impose si l'on veut disposer d'un outil de surveillance sensible et réactif.

L'alerte sanitaire : une mission difficilement exercée

Au-delà de la surveillance épidémiologique, c'est la deuxième mission de l'InVS. C'est aussi celle que l'Institut à le plus de mal à exercer.

Elle consiste à détecter tout événement susceptible d'altérer l'état de santé de la population ; le premier objectif d'un tel dispositif de surveillance est d'identifier rapidement les populations où la transmission est en augmentation. Une information mensuelle est suffisante pour satisfaire cet objectif. Mais le fonctionnement de la chaîne doit être parfait d'un bout à l'autre. Pour cela il est nécessaire que les moyens informatiques soient adaptés et performants. De l'avis général des personnes interrogées, cette exigence ne peut être satisfaite en l'état actuel des moyens concédés à l'InVS pour exercer la veille des pathologies transmissibles considérées dans ce rapport.

Pourtant l'IGAS a constaté la faiblesse d'utilisation des nouvelles technologies d'information entre l'InVS et ses correspondants. Le recueil de données, la transmission de messages ou de recommandations aux professionnels de santé sont encore souvent réalisés sur des supports papiers : le fax, le téléphone ou même la poste représentent des outils privilégiés dans la plupart des situations⁶¹.

D'une part, la réactivité des différents dispositifs, sur lesquels s'appuie la veille sanitaire, est conditionnée par la périodicité des recueils. Plus les informations remontent vite, plus vite elles sont susceptibles d'être traitées et de donner lieu à alerte en cas d'événement inhabituel par sa fréquence ou sa survenue. Or, la périodicité des recueils est variable : hebdomadaire pour le réseau sentinelles (très réactif mais pas assez spécifique pour enregistrer des phénomènes sur un trop petit nombre de cas) mensuelle pour RENAGO et REZO 85, annuelle ce qui est trop tardif pour les dispensaires antivénériens (sauf ceux de Paris qui transmettent leur activité chaque trimestre).

Ce sont pourtant les dispensaires antivénériens parisiens, en dépit de leurs faibles moyens et grâce aux relations informelles que les médecins de ces dispensaires entretiennent entre eux, qui ont été les premiers à s'étonner des cas de syphilis observés fin 2000 et à donner l'alerte à l'InVS. Ces premiers signalements, effectués par téléphone en l'absence d'outils informatiques, ont été rapidement suivis d'autres, ce qui a déclenché de la part des responsables de la prévention de la ville de Paris une vigoureuse campagne « alerte syphilis ».

⁶⁰ Le nombre de médecins sentinelles devient insuffisant, notamment en Ile-de-France (seulement 20 urétrites à gonocoques par an recensées par ce système).

⁶¹ La mise en place de la nouvelle réglementation en matière de déclaration obligatoire de la séropositivité en France ne s'appuie pas davantage sur une transmission informatique des données anonymisées entre les médecins, les laboratoires, les DDASS et l'InVS.

Parallèlement, l'InVS a réuni les responsables des dispensaires des vingt plus grandes villes françaises pour mettre en place un réseau de surveillance associant, outre des données cliniques et biologiques, des données comportementales recueillies par auto-questionnaire proposé au patient par son médecin.

La récente recrudescence de la syphilis, mais aussi des autres IST, a permis de constater le rôle d'observatoire des dispensaires anti-vénériens et l'intérêt de renforcer leurs moyens pour y répondre efficacement. Une grande disparité dans les moyens mis à leur disposition par les responsables départementaux a été constatée à cette occasion (opposant le dispositif de surveillance informatisé très performant dont le Conseil général des Bouches-du-Rhône a doté ses dispensaires anti-vénériens aux dispensaires anti-vénériens parisiens dans lesquels les médecins déplorent le temps passé à effectuer leur recueil d'information sur un mode artisanal peu rentable et surtout peu fiable sur le plan de sa réactivité).

Outre leurs insuffisances en termes de réactivité et représentativité de l'échantillon les outils de surveillance basés sur la participation de médecins libéraux et de laboratoires ne permettent pas de repérer une recrudescence d'IST dans les populations marginalisées ayant peu ou pas recours à ces filières. Il est nécessaire de compléter ces dispositifs par un système de surveillance implanté dans les consultations publiques spécialisées offrant la gratuité (dispensaires anti-vénérien, centres de planification) plus susceptibles de drainer une clientèle à risque élevé.

Le risque professionnel n'est pas surveillé

La commission Lévy-Rosenwald a encore souligné cette année les lacunes énormes de la connaissance statistique et scientifique en matière de risque professionnel. Aujourd'hui, l'appareil statistique de la Caisse nationale d'assurance maladie ne sert qu'à la tarification. Les informations sur les prestations aux victimes sont beaucoup moins nombreuses et détaillées. La caisse nationale a engagé une reconfiguration du réseau et du système d'informations afin de fiabiliser les données et de garantir l'harmonisation des procédures de reconnaissance des maladies professionnelles. Les marges de progrès sont importantes et seront inscrites dans la convention d'objectifs et de gestion de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Les statistiques de la branche de sécurité sociale sont systématiquement avancées pour illustrer une avancée ou un recul d'un risque professionnel alors même que chacun reconnaît leurs limites. D'abord et par construction, ne figurent dans ces statistiques que les accidents et les maladies *reconnues* d'origine professionnelle. Or, les difficultés de reconnaissance sont nombreuses et rendraient utile une connaissance des accidents et maladies *déclarées*. Ensuite, elles ne révèlent qu'une partie du risque, la part réalisée, ce qui limite leur inter-

prétation pour soutenir une politique de prévention. Enfin, leur mode d'élaboration, récemment critiqué par la Cour des comptes, ne permet pas de garantir leur fiabilité.

Certaines données mériteraient par ailleurs d'être collectées : les registres d'accidents dans les entreprises, les maladies déclarées non reconnues, les plaintes reçues par différentes institutions (inspection du travail), les statistiques d'activité des médecins du travail... Il n'y a en effet pas de système d'information autre que comptable, or cette source est par nature inadaptée pour construire des analyses scientifiques même si elle est utile par ailleurs. D'autres données telles que les déclarations de maladies professionnelles ne sont pas bien collectées et sont donc inutilisables. L'immense majorité des médecins ignorent quelles sont leurs obligations, sans compter que de toute façon ils ne sauraient pas établir d'étiologie professionnelle des pathologies. Théoriquement, les entreprises doivent déclarer les procédés dangereux, l'immense majorité d'entre elles ne le font pas. La fiche d'entreprise élaborée par les médecins du travail dans les entreprises de plus de 10 salariés est devenue un document quasi-confidentiel.

De nombreux acteurs souhaiteraient disposer facilement du *cursus laboris* des personnes : les services des CRAM n'en disposent pas alors que les caisses vieillesse disposent par définition de cette information. Des investigations de la mission, il ressort que les organisations de la sécurité sociale peuvent localement procéder à des collectes d'informations sur tel ou tel risque, sur une pathologie, sans cependant disposer ni des outils nécessaires, ni de l'information sur les initiatives prises ailleurs, sans coordination avec les diagnostics territoriaux de l'inspection du travail. Ainsi la CRAM Nord Picardie a-t-elle élaboré une base de données sur les troubles musculo-squelettiques (TMS), celle de Strasbourg sur les risques chimiques et celle de Nancy sur les cancérigènes mutagènes.

En définitive, le peu que l'on sait aujourd'hui provient de travaux ponctuels.

Une connaissance encore lacunaire de la pollution des milieux

La prévention nécessite en premier lieu une bonne connaissance de la pollution des milieux ; en effet, cette connaissance, rapprochée de données sanitaires, peut permettre d'établir des relations de cause à effet, de bâtir des programmes de prévention, et de mesurer l'effet des actions menées ; la surveillance des milieux permet également de déclencher des alertes. En France coexistent des réseaux de surveillance de conception variable, à des stades de développement inégaux, et qui n'aboutissent qu'à une connaissance disparate et lacunaire de la pollution des milieux.

Les réseaux de surveillance bâtis sur le suivi des normes : eaux destinées à l'alimentation humaine, air extérieur

La surveillance de la qualité des eaux destinées à l'alimentation humaine et de l'air extérieur repose sur le suivi d'indicateurs définis réglementairement, devant permettre d'apprécier l'évolution de la qualité des milieux et de prendre, le cas échéant, des mesures sanitaires d'alerte et de prévention.

Les eaux destinées à l'alimentation humaine : une qualité dans l'ensemble satisfaisante

La qualité des eaux destinées à l'alimentation humaine ne peut être dissociée de celle, en amont, des eaux dans le milieu naturel. Dans le rapport sur « La politique de préservation de la ressource en eau destinée à la consommation humaine » du conseil national de l'évaluation et du commissariat général du plan en 2001, il est souligné que le système de connaissance de la qualité des eaux est à la fois émietté, parcellaire et en partie inexploité.

La direction de l'eau, au ministère chargé de l'environnement, a détaillé dans la circulaire du 26 mars 2002 des orientations nationales dont l'amélioration des connaissances dans le domaine de l'eau. Le but est de disposer, d'ici six ans, d'outils permettant de satisfaire les objectifs suivants : mise en œuvre et suivi des programmes d'incitations financières et de la réglementation, notamment celle prise en application des directives européennes et des conventions et traités internationaux, en particulier dans le domaine de la police administrative et judiciaire de l'eau et des installations classées pour la protection de l'environnement ; évaluation des politiques mises en œuvre, en particulier dans le cadre des schémas directeurs d'aménagement et de gestion des eaux et des programmes d'incitations financières ; mise à disposition du grand public et des acteurs institutionnels et socio-économiques d'une série d'informations synthétiques et homogènes sur l'ensemble du territoire dans le domaine de l'eau (eaux superficielles, souterraines, eaux marines).

Trois grands types de projets sont prévus, portant sur les réseaux de mesure, les outils de traitement des données et les banques de données nationales. Parallèlement, la direction de l'eau projette la création d'un réseau national de référence pour l'amélioration de la qualité des mesures d'analyses des eaux.

Les eaux destinées à la consommation humaine sont distribuées par environ 26 700 unités à partir de près de 32 000 captages (5 % des captages, représentant 37 % du volume distribué annuellement, exploitent des eaux superficielles). La surveillance de la qualité des eaux destinées à la consommation humaine est exercée par les DDASS, les analyses étant effectuées par 120 laboratoires agréés par le ministère chargé de la santé.

Chaque année, environ 300 000 prélèvements sont réalisés, et près de quatre millions de déterminations analytiques effectuées, portant sur des paramètres

bactériologiques (un tiers des mesures) et sur des paramètres physico-chimiques (deux tiers des mesures). Les informations issues de cette surveillance sont gérées avec l'aide d'un outil informatique spécialisé : SISE-EAUX (système d'information en santé environnement sur les eaux), comportant fin 2001 plus de 28 millions de résultats. Ce système « permet une description homogène à l'échelle nationale de toutes les installations de captage, de traitement et de distribution d'eau d'alimentation et des analyses qui s'y rapportent. Il permet donc l'exploitation des données à tous les échelons : départemental, régional, régional de bassin, national. »

Le nombre de paramètres contrôlés réglementairement a considérablement augmenté au fil du temps : 5 en 1885, 20 en 1954, 55 depuis 2001. Ces paramètres, dont certains sont génériques, sont maintenant en quasi-totalité repris de directives européennes. Ils sont répartis en deux catégories : ceux ayant une incidence directe sur la santé, immédiate ou à long terme, des personnes et ceux qui sont des indicateurs du fonctionnement des installations de production et de distribution d'eau.

Cette surveillance permet d'affirmer que, globalement, les eaux distribuées sont de bonne qualité sanitaire même si des problèmes subsistent :

- la qualité microbiologique de l'eau demeure une préoccupation, en particulier dans les petites unités de distribution d'eau en zone rurale. Toutefois, le taux de conformité bactériologique (tous paramètres confondus) France entière, calculé sur le mois d'octobre (mois le plus défavorable compte tenu de la pluviométrie) a progressé de 80 % en octobre 1991 à 86 % en octobre 1998 pour atteindre 89,6 % en octobre 2001 ;
- des problèmes de contamination des ressources en eau par les nitrates perdurent pour certaines eaux superficielles et une fraction croissante des eaux souterraines : en 1998, le bilan dressé pour l'ensemble du territoire indiquait que la population concernée par un dépassement de la limite réglementaire de 50 mg/l représentait 2 % de la population (2,5 % en 1986). Les nitrates représentent la principale cause des abandons de captage d'eau dans certains bassins (Loire, Bretagne, Seine Normandie par exemple) ;
- une augmentation tendancielle du nombre de pesticides détectés, liée à la diversification des programmes de suivi des pesticides et à l'amélioration de la sensibilité des méthodes d'analyse de ces produits (cf. infra). Les pesticides représentent également un motif important d'abandon de captages d'eau.

Il est difficile de porter une appréciation détaillée sur le système de surveillance de la qualité de l'eau, en l'absence d'évaluation, de contrôle ou d'audit du dispositif. Toutefois, il est généralement jugé comme satisfaisant, voire novateur avec SISE-EAUX, les principales remarques portant sur le manque d'articulation entre le suivi réalisé par le producteur et le contrôle sanitaire effectué par l'État, qu'il s'agisse de la mise à disposition de l'État des résultats du producteur ou de la prise en compte par l'État des résultats de ce dernier en subs-

titution partielle de son contrôle sanitaire. Le décret du 20 décembre 2001 apporte à cet égard de nouveaux éléments ; l'agrément des laboratoires par le ministère chargé de la santé, dont les conditions actuelles sont dépassées ; le choix des paramètres contrôlés et la fréquence des prélèvements du contrôle par l'État, parfois jugés insuffisants ou inadaptés.

Dans le domaine particulier des eaux minérales et thermales, deux rapports de l'IGAS (Contrôle du laboratoire national des études hydrologiques et thermales, 1999) ; Le thermalisme français, 2000) ont mis notamment en évidence l'obsolescence (en particulier pour les autorisations d'exploitation et les contrôles de qualité des eaux minérales et thermales) d'une réglementation qui n'a toujours pas évolué.

L'air extérieur : un développement récent de la surveillance

Si la surveillance de l'eau destinée à la consommation humaine remonte à plus d'un siècle, la surveillance de l'air extérieur n'a débuté en France qu'en 1973, avant d'être profondément renforcée par la loi du 30 décembre 1996 qui fonde le dispositif actuel.

La principale originalité de ce dispositif est de confier la surveillance de la qualité de l'air extérieur à des organismes agréés par le ministre chargé de l'environnement (actuellement au nombre de quarante), constitués sous forme d'associations régulièrement déclarées, dont l'organe délibérant doit associer au sein de quatre collèges des représentants de l'État, des représentants des collectivités territoriales, des représentants des activités contribuant à l'émission des substances surveillées, des représentants des associations agréées (protection de l'environnement, consommateurs) et des professions de santé. La coordination technique de ces organismes est assurée par l'ADEME.

Les polluants contrôlés réglementairement sont au nombre de sept, tous repris de directives européennes.

En décembre 2001, le conseil national de l'air a présenté un rapport sur « *L'évaluation de la mise en œuvre de la loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie du 30 décembre 1996* ».

Il en ressort essentiellement :

- une évolution favorable de l'équipement, avec une augmentation du parc des analyseurs de plus de 40 % en cinq ans, permettant une extension de la surveillance, sur un plan géographique et sur des nouveaux polluants.

Au niveau des comparaisons internationales :

- des stratégies légèrement différentes selon les pays : moindre effort français en matière de surveillance de sites exposés au trafic automobile et en zone rural mais surveillance prioritaire des zones industrielles ;

- un équipement en stations fixes similaire, mais en suréquipement pour le dioxyde de soufre ;
- une surveillance par des campagnes de mesure (laboratoires et stations mobiles...) plus récente en France et d'un niveau d'activité comparable à celui du Royaume-Uni mais inférieur à celui de l'Allemagne ;
- un moindre intérêt pour la surveillance des polluants qui ne sont pas visés par les directives européennes.

Du fait du développement récent de cette surveillance, il est difficile d'évaluer dans de nombreuses agglomérations l'évolution de la qualité de l'air. Il semble toutefois possible de retenir les évolutions suivantes :

- une baisse significative du dioxyde de soufre, dont les concentrations ne restent préoccupantes que dans quelques zones fortement industrialisées ;
- une baisse très significative du plomb, dont les concentrations dans l'air extérieur ont été divisées par six environ en 5 ans (interdiction de plomb tétraéthyle dans l'essence) ;
- une baisse légère et insuffisante du dioxyde d'azote.

Pour l'ozone, les évolutions constatées s'expliquent d'abord par les conditions météorologiques. Pour d'autres polluants (benzène, particules fines, hydrocarbures, pesticides...), les mesures sont encore insuffisantes pour dégager des tendances. De plus, le réseau de surveillance est majoritairement situé dans les grandes agglomérations et n'assure donc qu'une couverture limitée du territoire.

Les réseaux de surveillance servant à améliorer la connaissance de la qualité des milieux : l'air intérieur

La mise en place d'un observatoire de la qualité de l'air intérieur (OQAI) qui ne devrait être effectif qu'à partir de 2003, après plus de deux ans de travail préparatoire et d'étude pilote, ne s'inscrit pas dans une perspective normative puisqu'il n'existe aucune valeur réglementaire sur les concentrations de polluants dans les espaces clos hors locaux professionnels. L'utilité d'un tel observatoire a été confirmée par les résultats obtenus à l'issue de l'étude pilote menée sur un échantillon limité de sites (90 logements, 9 écoles). Les problèmes de certaines pollutions sont en effet plus aigus dans les espaces intérieurs qu'extérieurs pour deux raisons : les concentrations de certains polluants y sont plus élevées⁶²

⁶² Pour trois substances réputées cancérigènes (benzène, trichloroéthylène, tétrachloroéthylène), par exemple, le ratio concentration dans l'air intérieur sur concentration dans l'air extérieur est de l'ordre de 1.5. Le formaldéhyde, classé comme cancérigène probable, systématiquement présent dans l'ensemble des écoles étudiées, est quelquefois en concentration 20 fois supérieurs aux niveaux observés à l'extérieur.

et l'exposition des populations plus importante⁶³. Ils sont également spécifiques aux espaces intérieurs car les pollutions rencontrées sont majoritairement endogènes (substances provenant par exemple des matériaux de construction, des systèmes de chauffage ou encore du mobilier).

L'observatoire de la qualité de l'air intérieur se distingue des réseaux d'observation de l'eau de consommation et de l'air extérieur par la nature des données suivies. Les mesures effectuées sur les concentrations de polluants sont en effet complétées par des indicateurs relatifs à l'exposition des occupants (temps de présence des occupants), aux déterminants environnementaux (par exemple, la nature du chauffage) et comportementaux (par exemple, l'aération du logement). L'existence d'un groupe de travail chargé de la hiérarchisation des polluants suivis ainsi que l'organisation d'une veille documentaire devraient en outre permettre l'adéquation du choix des substances étudiées avec les enjeux sanitaires et l'état des connaissances scientifiques.

Par ailleurs, l'expérience acquise sur les réseaux de suivi de l'eau et de l'air extérieur a permis de définir des modalités de fonctionnement de l'observatoire de la qualité de l'air intérieur (OQAI) a priori satisfaisantes du point de vue de :

- l'information et la communication : site internet présentant les problématiques de pollution de l'air intérieur et les principaux résultats des campagnes de mesure, site extranet à destination des partenaires de l'observatoire ;
- l'ouverture à l'ensemble des acteurs concernés : participation des représentants d'associations de protection de l'environnement, de malades atteints d'insuffisances respiratoires au comité consultatif ; création de groupes d'échange locaux regroupant administrations, collectivités locales, bailleurs, professionnels du bâtiment, associations, etc. ;
- la rigueur scientifique : création d'un conseil scientifique et de groupes de travail d'experts par polluant pour les méthodes de mesure, etc ; consultation d'experts étrangers ; désignation d'un laboratoire par substance pour la France entière afin de réduire la variabilité inter-laboratoires ;
- la contribution aux politiques de prévention : par exemple, l'élaboration de recommandations relatives aux systèmes de ventilation à visées sanitaire et énergétique fait partie des objectifs de l'observatoire.

Enfin, les étapes préalables au lancement de l'observatoire sur les 800 sites prévus ont notamment permis au cours de la phase préparatoire, la construction d'un partenariat avec les équipes de recherche en épidémiologie et en évaluation des risques, un ciblage des données et des logements suivis, et, à l'issue de l'étude pilote, l'évaluation des techniques de mesure, de validation et de gestion des données.

⁶³ Les « urbains » passent 80 % de leur temps dans des bâtiments.

L'observatoire de la qualité de l'air intérieur devrait ainsi permettre à la France de combler le retard pris par rapport aux autres pays européens, en particulier le Royaume-Uni et la Finlande, qui avaient déjà lancé diverses initiatives visant l'approfondissement des connaissances sur les pollutions de l'air intérieur, voire d'acquiescer une certaine avance puisqu'il n'existe pas dans ces pays de dispositif permanent de collecte des données.

La mise en place de réseaux spécifiques à certaines pollutions : les pesticides

Si la toxicité aiguë des pesticides est connue depuis longtemps (en 1985, l'OMS estimait à un million le nombre de cas d'empoisonnement aigus et à 20 000 le nombre de décès), le risque chronique est beaucoup moins documenté, même s'il est souvent évoqué.

Les inquiétudes suscitées par la large utilisation des pesticides et leur diffusion dans l'eau ont amené en 1992 la création d'un comité interministériel ad hoc. De nombreuses actions ont été lancées par ce comité, en particulier pour mieux connaître la pollution des différents types d'eau par ces produits.

A ce titre, depuis 1998, l'Institut français de l'environnement (IFEN) réalise un bilan de la contamination des eaux par les pesticides. Pour parfaire ce bilan, la circulaire des ministres chargés de l'agriculture et de l'environnement du 1^{er} août 2000 relative au programme national d'actions visant à réduire les pollutions dues aux produits phytosanitaires prévoit en particulier la mise en place de réseaux complémentaires de suivi des pesticides dans les eaux. Pour les eaux superficielles, 20 régions ont déjà mis ou vont mettre en place en 2003 un réseau régional, alors que pour les eaux souterraines 12 régions sont dans le même cas.

En 2000, dernière année de bilan réalisé par l'Institut, 440 000 analyses de pesticides dans les eaux continentales, disponibles au niveau national, ont été effectuées sur 2 988 stations de surveillance par une quarantaine de gestionnaires de réseaux différents. Il concluait : « 90 % des stations situées sur des eaux de surface et 58 % de celles surveillant des eaux souterraines sont touchées par la présence de pesticides. On retrouve 148 pesticides différents dans les eaux de surface (sur 320 recherchés) et 62 dans les eaux souterraines (sur 292 recherchés) ; mais les substances les plus fréquentes sont en majorité des herbicides de la famille des triazines. Leur présence chronique a conduit le ministère de l'Agriculture à prononcer l'interdiction de la plupart des triazines à partir de 2003. D'autres substances, bien que déjà interdites, comme le lindane, le dinoterbe ou le dinosèbe, sont encore présentes, notamment dans les eaux souterraines, illustrant ainsi les délais parfois très longs de renouvellement de ces milieux ».

Mais les pesticides peuvent également se retrouver dans d'autres aliments que l'eau. Dans le « *Bilan des modalités de surveillance de la contamination par*

les produits phytosanitaires de l'eau et des denrées alimentaires », le LERES (ENSP) notait en 2001 : « *Seul le contrôle des eaux permet une couverture homogène du territoire et donc une évaluation possible de la contamination de l'eau au robinet du consommateur. Par contre, la surveillance est loin d'être systématique pour les aliments... Quant à la sensibilité des méthodes d'investigation, un facteur 1 000 sépare les seuils analytiques de dosage des pesticides dans les eaux de ceux obtenus dans les aliments... Quant à l'air, on ne dispose à l'heure actuelle que de résultats trop limités pour apprécier les niveaux et les variations dans l'espace et dans le temps de la contamination par les pesticides de ce compartiment...* ».

Dans ces conditions, il est compréhensible que le comité national de sécurité sanitaire lors de sa réunion du 15 octobre 2001 ait proposé de mettre en place un observatoire des résidus de pesticides, dont la création serait imminente, et que le comité de la prévention et de la précaution, dans son rapport sur les « *Risques sanitaires liés à l'utilisation des produits phytosanitaires* », 2002, retienne en tête de ses propositions la surveillance des pesticides dans les milieux et la chaîne alimentaire.

Les inventaires des sites pollués ou potentiellement pollués : des données encore hétérogènes

Il n'existe pas en France de valeur limite de pollution pour les sols à l'exception des sols sur lesquels sont épandues des boues provenant de stations d'épuration. Les expériences de mesure de qualité des sols ne sont donc pas adossées au contrôle de normes réglementaires et font mention des valeurs utilisées dans d'autres pays⁶⁴. Elles sont disparates et ne donnent pas une image de l'évolution de la qualité de ces milieux comme le souligne le rapport de l'IFEN de 2002 mentionnant : « *le peu d'intérêt porté jusqu'à maintenant à ce milieu et donc l'absence de réseau d'observation national et un déficit de données* ».

Néanmoins, depuis quelques années, le ministère chargé de l'environnement a engagé des actions visant à inventorier les sites pollués ou potentiellement pollués.

BASOL recense les sites et sols pollués appelant une action des pouvoirs publics. 3 560 sites y figurent. Identifiés par les directions régionales de l'industrie et de la recherche (DRIRE), ils recouvrent des cas de figure variables : sites traités libres de toute restriction (8 % des sites) ; sites traités avec restriction

⁶⁴ Dans l'étude réalisée sur les terres des jardins situés sur l'ensemble du littoral dunkerquois, à la demande du SPPPI de la Cote d'Opale, les résultats sur les éléments trace retrouvés dans les sols (cadmium, chrome, cuivre, mercure, nickel, plomb, zinc) ont été interprétés à partir des valeurs de référence utilisées aux Pays-Bas et au Québec. Dans ces deux pays, trois types de valeur existent :

- une valeur de référence qui correspond aux concentrations naturellement présentes (« bruit de fond »),
- une valeur qui correspond à un seuil d'alerte qui suppose une surveillance des sites,
- une valeur qui détermine le seuil de contamination qui entraîne des mesures correctives.

d'usage (37 % des sites) ; sites devant faire l'objet d'un diagnostic (12 % des sites) ; sites devant faire l'objet d'actions de réhabilitation (43 % des sites).

Malgré une grille uniforme de présentation des caractéristiques de ces sites, les renseignements disponibles sur BASOL sont hétérogènes. Par exemple, l'impact des sites sur l'environnement n'est indiqué que pour la moitié d'entre eux. Et parmi les 1 885 sites pour lesquels l'impact est déterminé, 639 sont « sans impact », 1 246 ont un « impact constaté » dont seulement 4⁶⁵ ont un impact sur la santé. Il ne semble toutefois pas possible de déduire de ces chiffres que les enjeux sanitaires liés aux sols sont négligeables.

En effet, la notion « *d'impacts constatés sur la santé* » qui mériterait d'être précisée (santé des travailleurs, des populations avoisinantes ?) n'est pas systématiquement renseignée. Par exemple, l'usine Metaleurop à Noyelles Godault ne fait partie des sites pour lesquels un impact sur la santé est constaté que depuis la mi-février 2003, alors qu'il existait des actions régulières de dépistage du saturnisme infantile depuis 1994, qui révélaient une proportion significative et constante d'enfants (de l'ordre de 15 % pour les trois communes les plus proches) dont la plombémie était supérieure à 100 microgrammes/l.

L'identification des sites pollués par les directions régionales de l'industrie et de la recherche (DRIRE) est extrêmement délicate, s'agissant en particulier des installations non classées (établissements non classés au moment de leur création et non régularisés depuis lors, dépôts de déchets « sauvages », dépôts de boue ou de sédiments dragués...). La récente « découverte » dans le Pas-de-Calais d'un dépôt de boues de dragage datant des années soixante, proche d'habitations et dont le volume, difficile à évaluer, serait de 150 000 tonnes, est à cet égard instructive : les analyses ont montré qu'il recelait des teneurs très élevées en métaux lourds pouvant atteindre 1 400 fois la norme autorisée pour les boues de station d'épuration épandues sur les terres agricoles pour le plomb, 2400 fois pour le cadmium.

BASIAS est un inventaire des anciens sites industriels et d'activités de service réalisé par le bureau de recherche géologique et minière (BRGM) à la demande du ministère chargé de l'environnement. 400 000 à 500 000 sites devraient à terme (2005) figurer dans ce recensement qui est une photographie du passé économique et ne donne pas d'indication sur la nature des risques associés. La principale utilité de BASIAS est de conserver la mémoire des sites et de contribuer à prévenir d'éventuelles utilisations inadéquates des terrains concernés.

Enfin, dans le cadre du groupement d'intérêt scientifique des sols mis en place en 2001 par les ministères chargés de l'environnement et de l'agriculture, un réseau de mesures de la qualité des sols non urbains et non industriels est en

⁶⁵ Usine en activité Metal Blanc à Bourg Fidèle (08), friche industrielle (ancienne fonderie de plomb) à Belin-Beliet (33), usine en activité UCAR à La Léchère (73), Usine Metaleurop à Noyelles Godault (62).

train d'être mis en place. Sur les deux mille sites prévus, des analyses effectuées tous les cinq ans devraient permettre de connaître l'évolution de la qualité de ces sols sur des paramètres intéressant la santé des populations tels les éléments traces métalliques. Ce réseau dotera également la France de références sur le « bruit de fond » naturel des sols français.

Un réseau de même nature serait souhaitable sur les autres types de sols comme l'a précisé le comité de la prévention et de la précaution (CPP) dans sa recommandation du 19 juillet 2000 sur la « *surveillance des risques sanitaires liés aux sols pollués par une activité industrielle* ». Outre la poursuite de l'effort de recensement des anciens sites et le développement de BASOL (en particulier son élargissement aux installations non classées), le comité de la prévention et de la précaution a préconisé une « *surveillance... à différentes échelles géographiques* :

- *des sites sources, zones périphériques, bassins de risque, régions*
- *avec une attention particulière pour les zones périurbaines, en raison de la superposition de pollutions multiples et de populations vulnérables*
- *en désignant des sites à risques pour surveillance à long terme, et des sites témoins naturels* ».

Si l'examen des indicateurs de suivi de la qualité des milieux appelle certaines remarques (pertinence variable des mesures, indicateurs manquants, couverture du territoire et des types de milieux hétérogènes, ancienneté limitée de certaines données, etc), les évolutions récentes montrent cependant une amélioration de la connaissance de l'état des milieux.

Des indicateurs environnementaux sur les sources de pollution à développer

Les indicateurs sur les « pressions » exercées sur l'environnement liés aux activités humaines sont encore plus disparates que ceux portant sur la qualité des milieux, en particulier quand leur mesure dépend des acteurs économiques. Or ces données sont essentielles pour définir la contribution des différents secteurs d'activité et entreprendre des politiques de prévention par la réduction des pollutions à la source.

Les rejets industriels sont approchés de plusieurs manières. La synthèse par les directions régionales de l'industrie, de la recherche et de l'environnement des données collectées auprès des installations classées soumises à obligation d'auto-surveillance ; mais le ministère chargé de l'environnement mentionne dans le bilan de l'année 2000 (parution en mars 2002) les limites de ces chiffres : non exhaustivité des données, difficulté de comparaison⁶⁶. A ces limites, pour-

⁶⁶ par exemple, les obligations d'auto-surveillance imposées aux unités récentes d'incinération allant au-delà de celles qui étaient prescrites aux anciennes usines, les données ne sont pas comparables. Des problèmes d'unité de mesure peuvent également se poser et fausser les données agrégées.

rait être rajoutée celle liée à la satisfaction variable des industriels aux obligations d'auto-surveillance.

Le rapport de la DRIRE du Nord Pas-de-Calais « *Regard sur l'industrie au regard de l'environnement en 2001* » signale que : s'agissant des émissions dans l'air, 62 % des sites contrôlés de façon inopinée par le contrôle des installations classées ne mesurent pas leurs débits ; s'agissant des émissions dans l'eau, 9,5 % des exploitants contrôlés ne mesurent pas leurs débits, 33,2 % n'utilisent pas les normes d'analyse pour leur auto-surveillance. L'IFEN souligne d'ailleurs le caractère incomplet de la collecte par les agences de l'eau de données de rejets leur permettant de fixer le montant des redevances pollutions.

Les autres sources de pollution d'origine domestique et agricole sont moins bien renseignées, s'agissant en particulier des rejets aquatiques. La contribution de ces sources à la pollution est donc appréciée à l'aide de modèles.

Les rejets atmosphériques semblent globalement mieux appréciés pour répondre aux engagements internationaux⁶⁷ grâce aux travaux menés par le CITEPA (centre interprofessionnel technique d'études de la pollution atmosphérique) à partir d'indicateurs d'activité et de facteurs d'émission même si cette méthode, d'après l'inspection générale de l'environnement⁶⁸ « *limite les possibilités d'utilisation de ces résultats dans les études locales sur la pollution de l'air* ».

Outre les rejets, les productions « directes » de produits toxiques et/ou leur consommation ne sont pas forcément connues avec précision.

Ainsi, avec plus de 100 000 tonnes de pesticides consommées en moyenne chaque année, la France se situe au 2^{ème} rang mondial derrière les États-Unis. Mais il n'existe aucun système de collecte de données, qui pourraient contribuer aux études épidémiologiques et aux évaluations des risques, sur les quantités utilisées par les différents acteurs (agriculteurs, collectivités chargées de l'entretien des voiries, SNCF, particuliers, etc) et leur localisation. Dans certains pays (par exemple Danemark ou Grande-Bretagne) ou dans certains états des États-Unis (Californie, Oregon, Massachusetts...), des obligations précises de déclaration ou de consignation des quantités employées par l'utilisateur final existent.

La difficulté de disposer de données sur les pollutions à la source n'est pas une spécificité française. Le rapport de la Commission européenne au Conseil de septembre 2002 dresse ainsi une analyse critique des indicateurs clefs environnementaux à mettre en œuvre de façon concertée et les répartit en quatre catégories en fonction de leur faisabilité. Dans la catégorie « *indicateurs pour lesquels les données disponibles ne conviennent pas et qui ne pourront proba-*

⁶⁷ Protocoles de Kyoto sur la réduction des émissions de gaz à effet de serre, protocole de Göteborg pour les polluants responsables de l'acidification.

⁶⁸ Rapport sur les observatoires de l'environnement – décembre 2001.

blement pas être élaborées dans un proche avenir » figurent notamment les rejets de substances polluantes dans l'eau à partir d'une source ponctuelle, ou encore la consommation de pesticides qui n'est connue de façon régulière que dans trois États membres.



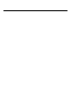
Troisième partie

Des modes d'intervention trop cloisonnés



La prévention, la partie précédente l'a mis en évidence, n'est pas une discipline homogène. Elle a recours à des fonctions et des compétences diverses, exercées par des professionnels de la médecine, de la recherche, de l'observation, de la conduite de programmes de santé, de l'éducation et de la promotion de la santé. Elle relève le plus souvent de modes d'intervention interministériels, intersectoriels, interprofessionnels. Elle interroge aussi bien les stratégies collectives que les comportements individuels, nécessite en permanence le dépassement d'intérêts catégoriels divers et puissants, appelle de délicats arbitrages entre des priorités d'intérêt général divergentes. En ce sens la politique de prévention est un remarquable révélateur des complexités auxquelles sont aujourd'hui confrontées les politiques publiques. Elle requiert à la fois une grande capacité à élaborer des stratégies lisibles et durables, à mobiliser pour leur mise en œuvre des acteurs nombreux de statut et d'autonomie variables, à tenir une ligne directrice générale en s'appuyant sur des relais territoriaux et des actions de proximité, à impliquer les individus sans renoncer à réglementer, à renforcer l'efficacité de l'État sans forcément céder au centralisme. Elle ne peut donc être que systémique, territorialisée, participative.

C'est à l'aune de ces impératifs que l'IGAS a analysé le fonctionnement actuel des dispositifs de prévention en France.



Chapitre 1

Un processus national de programmation en mal de continuité

En France, un effort important a été accompli au cours de la dernière décennie pour dynamiser et structurer les actions de santé publique. La difficulté des institutions à collaborer harmonieusement, et en particulier celle de leurs têtes de réseau à l'échelon national, n'a cependant pas permis de bâtir une politique publique de prévention totalement cohérente.

L'effort de structuration de la politique de santé a engendré des progrès inégaux

La création du Haut comité de santé publique, en 1991, a constitué une étape importante dans l'effort de définition des priorités de santé. Dans son premier rapport (*La santé en France*), en 1994, le Haut comité proposait à la fois des objectifs pour la politique de santé, et des indicateurs pour en évaluer la réalisation. Il fixait notamment « quatre grands buts à moyen terme : réduire les décès évitables (donner des années à la vie) ; réduire les incapacités évitables (donner de la vie aux années) ; améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades (quel que soit leur âge) ; réduire les inégalités face à la santé. »

L'essor de la réflexion sur les priorités de la politique de santé au cours de la dernière décennie

Les rapports qui lui ont succédé, conjugués à partir de 1996 aux travaux de la Conférence nationale de santé, ont été autant d'étapes nouvelles, d'occasions d'approfondir le diagnostic, d'affiner et de hiérarchiser les propositions d'objectifs, de porter l'éclairage sur les forces et les faiblesses du système de santé. Ainsi, par exemple, le rapport de 1996 identifiait-il, parmi les « problèmes-clés du fonctionnement du système de santé, la place de la prévention en médecine ambula-

toire », soulignant « le primat de l'acte curatif » dans la culture médicale, le « désir d'engagement supérieur des médecins », le caractère « peu propice à l'activité préventive des modes d'exercice », l'inadaptation de la formation, la nécessité « d'inscrire la prévention individuelle dans une dimension collective » et de « faire de l'individu un acteur de prévention ». Autant de constats dont ce rapport confirme l'actualité.

L'ensemble de ces travaux, par les analyses, les réflexions, les propositions auxquelles ils ont donné lieu, ont ouvert la voie à la loi de mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, largement évoquée précédemment, au recensement général des problèmes de santé publique effectué en février 2003 par le groupe technique national de définition des objectifs de santé publique (rapport précité), et, d'une certaine façon, à la préparation du projet de loi relatif à la politique de santé publique. En une décennie, l'effort de clarification des problèmes de santé publique a été considérable, et a indéniablement contribué à modifier sinon l'orientation réelle, du moins la vision que les différents acteurs peuvent avoir du système de santé

Ce travail de réflexion à moyen terme a servi de base à une activité gouvernementale de plus en plus intense pour couvrir le champ des problèmes de santé publique identifiés. La période récente a ainsi été caractérisée par une abondance de plans gouvernementaux et de programmes de santé, qui comportaient pour la plupart un volet « prévention ».

La multiplication des plans et des programmes nationaux de santé

Le bilan présenté par le ministère de la santé en avril 2002 décrivait ainsi le processus de programmation mis en œuvre : « *La politique de santé est d'abord confrontée à la difficulté du choix : elle doit hiérarchiser les risques et les enjeux, définir des priorités claires pour l'organisation des soins et les actions de prévention ou de sécurité sanitaire. Elle ne peut pour autant négliger les pathologies ou les risques particuliers ou propres à certaines catégories. Le gouvernement entend organiser les priorités de santé publique autour de six axes (cf. encadré ci-après). Les principales actions seront organisées dans le cadre d'un plan ou d'un programme. La direction générale de la santé pilotera ces programmes et ces plans avec, dans chaque cas, un chef de projet et un comité de suivi associant les professionnels, les usagers, les administrations et les services publics. Le comité de suivi présentera un bilan d'action régulier, synthétisé dans le cadre de la procédure annuelle d'élaboration de la politique de santé. Il s'agit non seulement d'affirmer ces priorités, mais de s'assurer en permanence qu'elles sont appliquées sur le terrain.* »

Quelque vingt-sept plans ou programmes nationaux de santé ont ainsi vu le jour depuis 1999. Dans cette activité intensive de programmation, la préoccupa-

tion de prévention a été singulièrement présente. Au-delà de l'existence d'un volet prévention dans les différents plans ou programmes prioritaires de santé engagés, on ne peut que saluer l'adoption du plan national d'éducation pour la santé et l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé, visant à accroître l'efficacité sur le terrain des actions de prévention et à les rendre systématiques, ainsi que les dispositions précitées de la loi du 4 mars 2002, donnant pour la première fois en droit français une définition de la prévention, créant l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, instituant un comité technique national de prévention et prévoyant des programmes prioritaires financés par le fonds national d'assurance maladie.

Les six axes prioritaires de la politique de santé

Lutte contre les pathologies chroniques : plan national de lutte contre le cancer (14 mars 2001) ; plan de lutte contre les maladies cardiovasculaires (5 février 2002) ; plan de prise en charge du diabète (9 novembre 2001) ; plan d'action sur l'asthme (28 janvier 2002) ; plan de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (22 septembre 2001) ; plan pour améliorer la prise en charge des enfants atteints de mucoviscidose.

Lutte contre les pathologies infectieuses : plan triennal 2002-2004 de lutte contre le Sida (28 novembre 2001) ; programme national de lutte contre les hépatites (20 février 2002, présentation du plan de lutte contre les hépatites B et C).

Lutte contre les maladies émergentes ou orphelines : coordination par la direction générale de la santé des actions de prévention contre les maladies émergentes ; politique sur les maladies rares (23 octobre 2001) ; programme de lutte contre la sclérose latérale amyotrophique.

Lutte contre les pratiques addictives : évaluation par le ministère de la santé du plan triennal de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances (juin 1999-juin 2002) de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT).

Programmes d'action spécifiques en direction de populations :

Pour la santé des jeunes : plan relatif aux troubles de l'apprentissage du langage (21 mars 2001) ; dépistage buccodentaire pour les enfants.

Pour la santé des femmes : programmes d'actions en périnatalité (29 septembre 2001).

Pour la santé des personnes âgées : programme de prévention et d'organisation des risques pour les personnes âgées fragiles (20 mars 2002) ; programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (11 octobre 2001) ;

Pour la santé des populations d'outre-mer : inscription de l'égalité de l'accès aux soins dans les contrats de plan État/régions.

Pour la santé des populations en situation précaire : volet santé du second programme triennal de lutte contre la pauvreté et de l'exclusion sociale (18 juillet 2001) ; plan d'éradication de l'habitat indigne (avec le secrétariat au logement, 13 septembre 2001).

Pour la santé des détenus : plan d'actions d'amélioration de la prise en charge sanitaire et de la prévention dans les établissements pénitentiaires (avril 2002).

Développement d'actions d'intérêt général, dont on relèvera celles qui ont trait à la prévention : plan national d'éducation pour la santé, (28 février 2001) et circulaire du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux pour la santé ; programme national nutrition (31 janvier 2001).

Il faut ajouter à ces plans ainsi présentés par grands axes, le plan de santé mentale, présenté en novembre 2001, et qui prévoyait des actions visant à développer la prévention par le partenariat entre acteurs et la mise en places de programmes d'actions spécifiques de prévention du suicide et de la dépression.

Un processus de programmation aux résultats contrastés

Tous ces plans n'ont pas connu une réalisation à la hauteur des ambitions affichées. Certains se sont traduits par une mobilisation importante des acteurs nationaux et locaux, d'autres n'ont pas été réalisés ou ont souffert d'un manque de constance dans l'action.

Le propos n'est pas ici de procéder à une analyse exhaustive de l'efficacité de ce mode de programmation, mais d'identifier à travers quelques exemples, dans un esprit constructif, les causes du décalage pouvant exister entre les objectifs affichés et les résultats obtenus.

Le plan de lutte contre les troubles d'apprentissage du langage, un exemple d'impulsion réelle répondant à une attente forte des usagers,

Le plan de lutte contre les troubles du langage a donné lieu à une véritable mobilisation interministérielle, associant l'éducation nationale, la direction générale de la santé, la direction générale de l'action sociale et la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins. Ce plan a d'ores et déjà produit des résultats : agrément et financement en 2001 de quinze centres de référence sur les troubles du langage, chargés en région de procéder aux diagnostics complexes et d'innover la chaîne de dépistage et de prise en charge ; installation d'une commission d'experts chargés d'accréditer les tests de dépistage et les outils de diagnostic ; organisation d'un dépistage scolaire des troubles spécifiques du langage.

L'effort amorcé par ce plan est jusqu'à présent resté constant ; le ministère de l'éducation nationale assure le volet dépistage, et un second train d'agréments de centres de références est en cours. A l'heure actuelle, l'ensemble des médecins de santé scolaire, les médecins de la protection maternelle et infantile dans certains départements, nombre de services hospitaliers de neuro-pédiatrie et de pédopsychiatrie, se sont mobilisés. Il est important que cette mobilisation ne se démente pas. Cela suppose de mettre sur pied dans chaque région un

réseau pérenne mettant à contribution les institutions éducatives (écoles, réseaux d'aides aux enfants en difficultés, classes spécialisées), soignantes (centres de références hospitaliers, centres médico-psychopédagogiques, orthophonistes libéraux, etc.) et médico-sociales, couvrant toute la chaîne des interventions (dépistage, diagnostic, orientation, prise en charge), et permettant, dans une matière en évolution et en développement constants, d'assimiler au fur et à mesure de leur validation les derniers acquis scientifiques et cliniques.

Seule une telle organisation peut assurer la continuité d'une politique pour laquelle, en l'absence de connaissances précises sur l'incidence et la prévalence de ces troubles dans la population française, il est difficile de fixer des objectifs quantifiés, tant en termes de dépistage que de prise en charge, et donc d'évaluer les performances du dispositif de prévention. Et éviter que les professionnels impliqués n'en soient un jour détournés par les nouvelles « priorités » qui ne manqueront pas de les solliciter, telles la violence scolaire, les suicides, l'obésité, les troubles alimentaires, l'asthme, les conduites à risques...

Le programme national nutrition et santé, une démarche exemplaire difficile à réaliser

C'est à la suite des travaux engagés à partir de 1998 à l'initiative de la direction générale de la santé avec des professionnels et des acteurs économiques, et ponctués en 2000, d'une part par un rapport du Haut comité de santé publique (« Pour une politique nutritionnelle de santé en France »), d'autre part par une déclaration du premier ministre lors des états généraux de l'alimentation, que le « plan national nutrition santé » a été engagé en janvier 2001. A l'origine, l'initiative de la direction générale de la santé tenait à deux constats apparemment contradictoires : alors que la France enregistre un taux de maladies cardiovasculaires relativement faible par rapport à des pays de niveau économique comparable (le *french paradox*), caractéristique attribuée aux effets bénéfiques de notre alimentation, les mauvaises habitudes alimentaires s'étendent parmi les jeunes des couches défavorisées de la population, la mauvaise manière de se nourrir ayant en quelque sorte remplacé la sous-nutrition.

Le « plan national nutrition santé », lancé pour une période de cinq ans, a pour objectif stratégique l'amélioration de l'état général de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition. Novateur en ce qu'il s'efforce de privilégier une approche positive de l'alimentation, ce plan l'est aussi par son ambition à couvrir l'ensemble du champ de la nutrition et à mobiliser un grand nombre et une grande diversité d'acteurs. Principalement axé sur la prévention primaire et sur le dépistage et la prise en charge précoce des déséquilibres nutritionnels, le plan national est construit autour de six

principes généraux et de six axes stratégiques¹. Il fixe pas moins de neuf objectifs prioritaires quantifiés, les uns concernant les comportements de consommation (augmenter la consommation de fruits et légumes par exemple), d'autres visant à améliorer des indicateurs de risque (faire baisser la prévalence de la cholestérolémie par exemple), et neuf objectifs relatifs à des problèmes spécifiques, portant sur des risques, des pathologies ou des populations (la promotion de la santé de la mère et du nourrisson pour lutter contre les carences en fer ou encourager l'allaitement maternel par exemple, ou bien encore la prise en charge des sujets suivant des régimes restrictifs), conçus comme un ensemble indissociable. Un grand nombre d'actions ou de projets sont prévus.

Le « plan national nutrition santé » s'efforce à cet effet de faciliter la coordination des principaux acteurs dans les domaines de la recherche (ministères de la santé, de l'agriculture, de la recherche, INSERM, INRA), de la veille et de l'expertise auprès des décideurs (Haut comité de la santé publique, Agence française de sécurité sanitaire des aliments, Conseil national de l'alimentation, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), de la surveillance (Institut national de veille sanitaire), de la communication (Institut national de prévention et d'éducation à la santé, comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé, caisses d'assurance maladie), de l'éducation (ministères de l'Éducation nationale et de la jeunesse, des Sports), du contrôle de la réglementation (ministères de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, de l'Agriculture). Une gageure.

Enfin, ce plan se veut articulé avec les différents autres plans nationaux existants, qu'ils soient du ressort de la direction générale de la santé ou de celui de la Caisse nationale d'assurance maladie. De ce point de vue, le plan nutrition constitue en quelque sorte un programme pivot, les autres plans comportant une dimension nutritionnelle. Le programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2 pour 2002-2005 comme le programme national de réduction des risques cardio-vasculaires pour 2002-2005 renvoient au plan nutrition pour les aspects de prévention primaire tout en prévoyant des mesures complémentaires relatives à l'offre alimentaire (diminution de la consommation de sel en France de 20 % sur 5 ans) et à la promotion de l'éducation thérapeutique, tandis que la commission d'orientation du cancer a insisté sur la nécessité de prolonger le plan national nutrition santé.

Toutefois, si la direction générale de la santé pouvait revendiquer en septembre 2002, dix-huit mois après le lancement du plan, un grand nombre

¹ 1/ Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant, éduquer les jeunes. 2/ Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins. 3/ Impliquer les industriels de l'agro-alimentaire et la restauration collective ainsi que les associations de consommateurs. 4/ Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population. 5/ Développer la recherche en nutrition humaine : recherches épidémiologiques, comportementales et cliniques. 6/ Engager des mesures et actions de santé publique complémentaires destinées à des groupes spécifiques de population.

d'actions engagées, en particulier de communication, les moyens réellement mis en œuvre restent difficiles à évaluer et le rythme des réalisations très variable.

Le montant des crédits réellement consacrés au plan nutrition santé est difficile à évaluer. On peut identifier : au budget du ministère de la santé, 2,6 millions d'euros inscrits en loi de finances initiale au titre de 2002, puis de 2003 ; pour le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires géré par l'assurance maladie, 15 millions d'euros pour trois ans (2001-2003) ; au budget de l'Institut de veille sanitaire, 170 000 euros dédiés, au titre du plan « cancer » 2000-2005, aux actions de surveillance de l'unité de surveillance épidémiologique nutritionnelle (USEN) créée dans le cadre de ce plan. Bien qu'il s'agisse pour l'État d'un budget supérieur à celui consacré à la plupart des programmes de santé publique, on en mesure malgré tout le caractère limité (il est inférieur à celui que la Caisse nationale d'assurance maladie consacre à ses actions de prévention ayant une dimension nutritionnelle), même si, dans certaines régions, il peut être complété par les collectivités locales. Ainsi, dans le Nord-Pas-de-Calais, l'adossment des programmes « nutrition » au contrat de plan État/Région a permis de tripler les fonds. Mais cette région est sans aucun doute atypique, de par les efforts que les collectivités consentent traditionnellement à la prévention et à la santé publique en général. Quelles que soient les mérites de la démarche de programmation entreprise, un véritable budget de programme fait défaut.

L'inadéquation des moyens financiers au nombre et à l'étendue des projets fait l'objet de regrets quasi unanimes. Même si l'ensemble des acteurs reconnaissent l'effort de l'État, tous se plaignent de ne pouvoir, pour des raisons budgétaires, mener les actions programmées dans le calendrier initialement prévu. Le rythme des réalisations s'en ressent, et la concordance dans le temps d'opérations complémentaires ne peut pas toujours être assurée. Ainsi, le guide alimentaire 2002 a-t-il mobilisé l'essentiel des ressources de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, ce qui a entraîné le report de la production d'autres produits, comme une mallette pédagogique pour les collèges et un CD ROM à l'attention des acteurs locaux. Le guide pour les professionnels de santé a été diffusé après celui destiné à la population. Il était prévu une campagne médiatique nationale sur l'activité physique en 2002 (après celle consacrée à la consommation des fruits et légumes en 2001), qui ne pourra finalement être réalisée qu'en 2003. Le nombre réduit des experts se fait également sentir. Sans cesse sollicités, tant à l'échelon national que régional, ces derniers s'épuisent.

Les choses avancent malgré tout. A titre d'exemple, en matière de recherche, quarante et un projets ont été retenus suite à un appel d'offres lancé par la direction générale de la santé en 2002, qui viendront compléter les résultats des études lancées par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, notamment celle relative à la « promotion de la démarche qualité de la fonction restauration – nutrition ». Le niveau de connaissances s'enrichit. Ainsi, par exemple,

le Conseil national a-t-il rendu en janvier 2002 un avis sur l'alimentation et l'exclusion sociale, qui fait le point des études récentes. En matière de communication et d'éducation pour la santé, une rubrique Internet a été créée, qui présente en ligne toutes les réalisations effectuées au titre du plan. La production par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé du guide alimentaire pour le grand public précité (complété d'un autre pour les professionnels de santé), mérite d'être salué comme une réussite. Ce document de qualité, qui a fait l'objet d'une large diffusion, aussi bien gratuite que payante en kiosque, est un bon reflet de la philosophie générale de ce programme, « *récusant l'interdit pour favoriser l'information et l'éducation, pour la promotion et l'adoption de comportements favorables à la santé* »².

En définitive, le plan national nutrition santé, malgré ses limites, est exemplaire à plus d'un titre. Fruit d'un long travail de réflexion et de concertation au cours duquel la direction générale de la santé a su associer et mobiliser de nombreux autres ministères (Éducation nationale, Agriculture, Consommation, Recherche...) et, au-delà de l'administration, divers acteurs publics et privés, ce plan illustre pour les services de l'État une nouvelle façon piloter une politique de santé publique. Une volonté stratégique, une préparation méthodique, une ambition à long terme prédominant sur les exigences d'une communication politique à court terme, une démarche fondée sur la collaboration plus que sur l'injonction : si le « plan national nutrition santé » a pu créer une dynamique, c'est dans une large mesure à la méthode adoptée que cela est dû. Que l'insertion de l'assurance maladie dans ce plan ait été meilleure qu'en d'autres occasions et sur d'autres terrains n'est sans doute pas l'effet du hasard. Dans le même temps, on discerne combien, devant un plan aussi ambitieux et multiforme, la fragilité du financement peut constituer sur le long terme un risque d'enlisement, de découragement de la part des acteurs locaux.

Des plans aux réalisations variables

En revanche, certains plans, tel ceux concernant l'asthme ou la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, n'ont pas véritablement commencé à être mis en œuvre.

D'autres ont dû être révisés faute de continuité dans l'action. Ainsi, le plan cancer engagé en 2000 a-t-il été pour ainsi dire délaissé, avant d'être repris en 2003, suite à la demande du Président de la République.

Le plan national de lutte contre le cancer lancé en 2000 poursuivait des objectifs ambitieux, inscrits dans un calendrier pluriannuel ? Des objectifs étaient chiffrés, des moyens spécifiques identifiés.

² Discours de présentation du plan national nutrition santé prononcé le 31 janvier 2001 par M^{me} Dominique Gillot, secrétaire d'État à la santé et aux personnes handicapées.

Si la mobilisation initiale paraît avoir été sans faille, autant au sein de l'administration centrale que dans les services déconcentrés, ce dont témoigne le premier bilan à un an (mars 2001), qui mettait en évidence des lacunes mais dans l'ensemble une mise en œuvre conséquente, le processus s'est essoufflé à partir de 2002. On ne peut que déplorer l'absence de bilan en 2002, les échéances électorales ne pouvant justifier de la part d'une administration responsable de la continuité de l'action de l'État, l'interruption d'un processus à moyen terme sur un problème de santé publique aussi sensible.

L'ampleur des enjeux, l'importance des attentes, l'alerte donnée par certains professionnels de santé, relayée par les médias, ont su remobiliser les responsables politiques au plus haut niveau de l'État. Un nouveau chantier a été entrepris, une commission ad hoc (Commission d'orientation sur le cancer précitée) recomposée. Les propositions de cette commission reprennent dans l'ensemble, et fort logiquement, les grandes orientations du plan 2000-2005. Elles mettent par ailleurs l'accent sur l'importance des moyens, l'intérêt d'un renforcement régional de la coordination de l'offre de soins, notamment hospitalière, et suggèrent la création d'un institut national du cancer dont la vocation principale serait de coordonner la recherche et dont on ne sait à ce jour s'il s'agira d'un institut thématique intégré au sein de l'INSERM (à l'image de l'organisation des instituts thématiques coordonnés au sein du NIH aux États-Unis) ou d'une nouvelle agence sanitaire autonome.

Certaines régions ont su assurer la continuité de leur action. Il en va ainsi de la région Nord-Pas-de-Calais, qui s'est investie dès 1997 et a pu lancer un premier plan 1999-2002 au terme d'un travail collectif interinstitutionnel, accompagné de nombreux outils de mise en œuvre et d'une insertion dans le schéma régional d'organisation sanitaire. La démarche a été menée à son terme, évaluée, poursuivie et adaptée à de nouvelles priorités (personnes en situation de précarité). Un deuxième programme a été mis en place pour 2002-2006, qui s'efforce de mieux s'articuler avec les autres programmes régionaux de santé.

Difficultés et réussites de la planification des actions de prévention des addictions

La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies a mis en œuvre, de juin 1999 à juin 2002, un plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, qui a permis des avancées significatives.

Dans le domaine de la prévention, le constat principal était celui de l'absence, depuis plusieurs années, de programmes de communication et de prévention à destination du grand public. Les professionnels s'accordaient pour considérer que les messages simplistes ou binaires, fondés sur la peur ou une dramatisation excessive, n'avaient pas fonctionné parce qu'en mettant tous les

comportements de consommation sur le même plan, ils contredisaient l'expérience de la majorité des personnes et perdaient leur crédibilité.

La mission interministérielle a fait de ce point de vue un gros effort d'information sur l'état actuel des connaissances, en éditant un livre « Drogues : Savoir plus, risquer moins », diffusé à quelque cinq millions d'exemplaires (dont un million d'exemplaires vendus en kiosque). Cette production a été complétée par des campagnes de communication et de « flyers ». Au total plus de onze millions de documents divers ont été diffusés en France. La mise en place d'un site Internet est également un succès : 30 000 visiteurs par mois en 2002. La plupart de ces actions de communication ont été élaborées, menées et financées par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), aujourd'hui remplacé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Par ailleurs, en matière de prévention ciblée, la MILDT a mis en place avec les ministères de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports et de l'agriculture des programmes départementaux de prévention, dotés de moyens financiers nouveaux. Cette action s'est appuyée sur le développement dans les établissements scolaires des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), sur la mise en place d'un réseau de personnes ressources auprès des inspecteurs d'académie, sur un réseau d'éducation à la santé dans les établissements du ministère de l'agriculture, sur un programme de formation interministérielle des acteurs de prévention, y compris des policiers formateurs anti-drogues et des gendarmes formateurs relais, ainsi que sur le travail de la commission nationale de validation des outils de prévention créée par la mission en 2000. En juin 2002, soixante-trois départements avaient élaboré un programme départemental de prévention, et 70 % des établissements scolaires avaient mis en place un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Néanmoins la déléguée interministérielle à la lutte contre les drogues et les toxicomanies constatait : « *L'effort de programmation et de mise en cohérence a donc commencé à porter ses fruits. Il doit se poursuivre et se consolider, mais il atteindra rapidement ses limites. En effet, faute de cadre contraignant, de professionnels spécifiques dédiés à la prévention et de financements pérennes, la prévention reste largement tributaire du volontariat des acteurs, qu'il s'agisse des chefs d'établissement scolaire ou des associations locales. Ce constat, qui, pourrait sans doute être fait de la même manière pour l'éducation sexuelle, la nutrition ou la sécurité routière conduit à proposer des solutions qui permettent de sortir de l'artisanat... Définition d'un noyau dur de messages de prévention incontournables concernant les conduites à risque, une intégration claire dans les programmes scolaires de la fin du primaire au lycée, un espace-temps spécifique et obligatoire, des financements pérennes ainsi que des professionnels dédiés.* »

En dépit du partenariat privilégié existant, dans le domaine de la communication, entre la mission interministérielle et le centre français d'éducation pour

la santé, il semble que les relations entre la mission interministérielle et les services du ministère de la santé ait été parfois moins poussées qu'avec les autres départements ministériels. Ainsi le budget du volet prévention du plan triennal, de douze millions d'euros en 2002, était-il pour les deux tiers délégué aux chefs de projets départementaux, et pour un tiers aux ministères de l'éducation et de l'agriculture, de la défense, de l'intérieur et de la jeunesse et des sports, en vue de soutenir leurs actions nationales et locales. Les services du ministère de la santé et l'assurance maladie n'apparaissent pas parmi les partenaires privilégiés de la mission interministérielle. Pourtant des dossiers communs l'eussent exigé, notamment en vue de la mobilisation du réseau des médecins généralistes et des professionnels de soin dans le dépistage et la prise en charge précoces des usages abusifs d'alcool et autres drogues. En effet, les médecins généralistes, à l'exception de ceux travaillant en réseau, sont mal armés pour repérer et orienter les consommateurs problématiques. Au-delà de la difficulté des pouvoirs publics, soulignée devant l'IGAS par l'ancienne déléguée interministérielle, à délivrer un message cohérent concernant l'alcool, le tabac, les médicaments et les drogues illicites à travers la diversité des campagnes de communication, la coordination eût sans doute été facilitée si la mission interministérielle n'avait choisi de conduire son action territoriale à partir du département, quand celle de l'administration de la santé est organisée à partir de la région depuis 1996.

La prévention des risques du milieu, une absence de planification

Si la période récente a vu l'éclosion de nombreux plans et programmes portant sur des pathologies, des facteurs de risques individuels ou des populations spécifiques, la lutte contre les risques collectifs du milieu, dans les domaines de l'environnement et du travail en particulier, n'a donné lieu à aucun réel effort d'anticipation et de planification.

Les risques professionnels, un manque d'anticipation

Le système français de protection des salariés contre les risques professionnels avait peu évolué dans son principe depuis l'instauration de l'assurance accidents du travail. C'est sous l'influence des directives européennes qu'ont eu lieu les principales évolutions récentes, notamment à l'occasion de l'instauration de l'obligation d'évaluation des risques.

On comprend bien, d'ailleurs, que dès lors que la protection des salariés contre les risques professionnels constitue un coût pour l'employeur, il sera de

plus en plus nécessaire que son développement passe par des accords communautaires, voire l'instauration de normes internationales.

C'est le Bureau international du travail qui, le premier, avait fixé le principe de l'évaluation des risques en entreprise (Recommandation du BIT n° 171 annexe 4). La directive européenne 89/391 du 12 décembre 1989 relative à la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs, en a jeté les bases juridiques. Cette directive cadre constitue l'un des éléments fondateurs de « l'Europe sociale », puisqu'elle est à l'origine de trente-cinq directives spéciales relatives à la santé et à la sécurité au travail.

Pour le secteur privé tout au moins, l'essentiel des mesures prévues par la directive cadre³ préexistait en droit du travail français. En revanche, la démarche d'évaluation des risques constitue une novation capitale. Cette démarche consiste à identifier dans leur globalité les risques professionnels auxquels les travailleurs peuvent être exposés, qu'il s'agisse des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, de l'aménagement ou du réaménagement des lieux de travail ou des installations, de la définition des postes de travail. Elle permet de passer d'une analyse risque par risque à une approche d'ensemble de l'organisation et des conditions du travail, prenant en compte l'évolution des techniques et la nécessité d'adapter le travail à l'homme.

Si la transposition en droit français de la directive européenne a été réalisée deux ans après la publication de celle-ci⁴, ce qui n'est pas trop tardif, la loi a été considérée comme de portée générale et non applicable pendant près de dix ans, malgré l'édiction de plusieurs textes réglementaires précisant les obligations concernant les activités susceptibles de présenter un risque d'exposition au bruit (article R. 232-8 et suivants du code du travail), à des substances ou des préparations chimiques dangereuses (article R. 231-54-1), à des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques (article R. 231-56-1), ou à un risque biologique (R. 231-62).

Il a fallu attendre l'année 2002 pour que l'application de la directive européenne de 1989 transposée en 1991 devienne effective. Un décret de 2001⁵, puis une circulaire d'application⁶ en 2002, ont enfin précisé le contenu et les moda-

³ Les principes généraux de prévention consistent à éviter les risques, évaluer les risques inévitables, combattre les risques à la source, adapter le travail à l'homme, tenir compte de l'évolution technique, remplacer ce qui est dangereux par ce qui ne l'est pas ou ce qui l'est moins, planifier la prévention, donner la priorité aux protections collectives par rapport aux protections individuelles et donner des instructions appropriées.

⁴ Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 ; l'article L. 230-2 nouveau du code du travail, traduit le droit communautaire au regard de trois exigences d'ordre général : l'obligation pour l'employeur d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs (I de l'article L. 230-2) ; la mise en œuvre des principes généraux de prévention des risques professionnels (II de l'article L. 230-2) ; l'obligation de procéder à l'évaluation des risques (III de l'article L. 230-2).

⁵ Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001.

⁶ Circulaire DRT n° 6 du 18 avril 2002.

lités d'élaboration du document unique relatif à l'évaluation des risques pour la santé des travailleurs devant obligatoirement être tenu par les entreprises.

Ces quelque dix années, nécessaires à la formalisation d'une prescription légale, n'ont pas pour autant été mises à profit pour préparer sa mise en œuvre : l'évaluation des risques n'a réellement commencé dans nombre d'entreprises qu'après la publication de la circulaire d'avril 2002, et les préventeurs l'abordent le plus souvent en ordre dispersé.

La planification de la prévention des risques environnementaux, une fonction délaissée

Malgré l'engagement de réaliser un plan national en santé environnement avant 1997⁷ pris dans le cadre de la conférence d'Helsinki (1994), la France ne s'en est pas encore dotée. L'annonce vient cependant d'en être faite par le Président de la République tout récemment.

Une longue absence de stratégie nationale

En l'absence de stratégie nationale, les ministères concernés sont généralement dans la situation de se voir dicter leurs priorités par les crises sanitaires en fonction de leur retentissement médiatique. L'allocation des ressources humaines et budgétaires qui en découle peut être déconnectée de l'importance des enjeux sanitaires des différents problèmes traités. Par exemple, quatre-vingt-cinq emplois budgétaires supplémentaires de catégorie A ont été attribués aux services déconcentrés du ministère chargé de la santé dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre l'ESB alors que, par exemple, ni la mise en œuvre des mesures d'urgence contre le saturnisme prévues par la loi de lutte contre les exclusions, ni l'examen des études de l'impact sanitaire des installations classées n'ont fait l'objet d'attribution d'effectifs supplémentaires.

L'absence de plan national est d'autant plus regrettable que son élaboration eût pu permettre, outre la définition raisonnée et argumentée de priorités, un véritable travail interministériel et contribuer à clarifier le partage des responsabilités entre ministères, ainsi que les modalités de leur collaboration. Le plan d'action en faveur de l'environnement et de la santé dans la région européenne élaboré par l'OMS à l'issue de la conférence d'Helsinki assigne à la démarche de planification divers objectifs parmi lesquels deux méritent une attention particulière :

– « la participation conjointe des ministères et services responsables de la santé publique et de la protection de l'environnement à l'élaboration des politiques », reconnaissant que les problèmes de santé environnement sont « en partie impu-

⁷ Quarante-deux des cinquante et un pays concernés ont aujourd'hui achevé un plan ou sont sur le point de le faire.

tables aux secteurs de l'environnement et de la santé eux-mêmes ». Cela s'explique notamment par le fait que leurs ministères ont, tout à fait légitimement, des priorités différentes. En outre, rares sont les mécanismes officiels qui leur permettent d'identifier les nombreuses priorités communes aux deux secteurs ou d'unir leurs forces pour faire de ces priorités communes des priorités gouvernementales, et de faire en sorte que les politiques se traduisent par des actes ;

– l'adoption d'une approche intégrée des problèmes au détriment de l'approche traditionnelle qui, par exemple, dissocie les actions relatives à la qualité de l'eau de celles qui portent sur la gestion des déchets.

L'évaluation des plans nationaux en santé environnement réalisée dans la perspective du séminaire organisé par l'OMS et la commission européenne en janvier 2003, souligne que la principale valeur ajoutée des plans réside dans le renforcement des relations entre les acteurs de la santé et de l'environnement.

Il faut espérer que les travaux du projet de loi relatif à la politique de santé publique seront l'occasion de jeter les bases nouvelles d'une coopération étroite entre les ministères de la santé et de l'environnement, et de nature à accélérer le processus d'élaboration d'un tel plan national et de ses déclinaisons régionales.

Les enseignements des plans étrangers

L'analyse des plans santé et environnement mis en place à l'étranger met en évidence des constantes et des différences d'approches selon les sujets.

Deux constantes se dégagent : d'une part, le pilotage en commun de la définition et de la mise en œuvre des plans par les ministères chargés de la santé et de l'environnement est partout la règle ; la démarche de définition des plans, généralement longue (de un à deux ans de travaux), associe quasi systématiquement acteurs administratifs et experts scientifiques, et de manière très fréquente représentants du monde associatif et des collectivités territoriale.

En revanche, la définition de l'environnement est variable d'un pays à l'autre. Des champs d'intervention comme la santé au travail, les accidents domestiques ou encore les accidents de la circulation sont parfois font parfois intégrante de la politique de santé environnementale. Les plans varient également de par leur contenu et leur précision : ainsi la définition des risques prioritaires à prévenir n'est pas générale ; les objectifs de réduction des pollutions ne sont pas toujours quantifiés ni les calendriers de mise en œuvre prévus. A cet égard, le plan néerlandais (cf. encadré ci-dessous) se distingue par la précision de son approche.

Les difficultés d'élaboration d'un plan national en santé environnement

En matière de risques environnementaux, la prise de décision doit souvent s'effectuer « dans un contexte controversé »⁸ : les controverses scientifiques sont fréquentes et alimentent le « dilemme temporel » : agir immédiatement au risque de coûts inutiles et d'erreurs d'appréciation ou attendre un état des connaissances plus solides.

Les méthodes de fixation des priorités doivent prendre en compte trois approches qui ne sont pas nécessairement convergentes : une approche scientifique fondée sur la gravité et la probabilité de survenue du risque ; une approche par les attentes des citoyens (différents modes de participation des citoyens sont envisageables : débats parlementaires, conférences citoyennes, états généraux) ; une approche économique (analyse coût/bénéfice⁹).

L'exemple de la démarche adoptée par l'Institut national de veille sanitaire montre cependant qu'elle n'est pas impossible. Le département « santé et environnement » de l'institut a ainsi élaboré ses priorités de travail d'après une méthodologie intéressante qui permet de conjuguer les trois approches précédemment citées : la perception des risques, l'importance des enjeux qui y sont rattachés, la faisabilité et la « rentabilité » attendue d'une intervention de l'institut sur ces questions.

Méthodes de définition des priorités de travail de l'InVS en matière de santé/environnement

Le processus de hiérarchisation des priorités s'est déroulé en trois étapes :

- le recensement des problématiques en santé environnementale a été effectué d'après deux enquêtes de perception, la première menée auprès d'un échantillon de personnalités diverses représentant les principaux acteurs administratifs (ministères chargés de la santé et de l'environnement), des représentants du monde politique et de la société civile, des experts scientifiques, la seconde auprès des seuls services déconcentrés du ministère chargé de la santé. Ces deux enquêtes ont abouti à une liste de quarante-cinq sujets de préoccupations exprimées par les personnes ayant été touchées par les enquêtes ;
- les problèmes identifiés ont ensuite été classés d'après une méthode canadienne (méthode de Hanlon) en attribuant une note qui pondère les enjeux sanitaires appréciés d'après l'importance de l'effet indésirable et de la population exposée, par la « pertinence » de la prise en charge du problème par l'InVS, elle-même appréciée d'après « la pertinence politique et sociale » du problème

⁸ Rapport du commissariat général au plan « *La décision publique face aux risques* », 2002.

⁹ Outil traditionnellement utilisé dans le domaine de la santé : coût sur QALY (quality adjusted life year) : bilan entre le coût d'une mesure de prévention et le nombre d'années de vie qu'elle permet de faire gagner.

(thèmes mis en avant par les conférences régionales de santé, les instances internationales, perception sociale, etc.), la « pertinence méthodologique » (niveau de connaissance du problème) et la « pertinence d'intervention » (faisabilité de mesures de prévention). Sur les quarante-cinq sujets ainsi classés, les dix-huit plus importants ont été retenus ;

– le département santé environnement a établi des fiches de problématiques pour les sujets retenus présentant le bilan des connaissances, les données disponibles sur l'évaluation des risques, les acteurs concernés, les politiques menées, pour déboucher sur les besoins de connaissance à acquérir pour la prévention de ces risques.

Le plan national Santé/Environnement aux Pays-Bas

Le plan néerlandais est principalement axé sur des objectifs d'organisation (prise en compte des enjeux de santé environnementale dans l'ensemble des politiques ; recherche, évaluation et alerte ; critères de prise de décision ; politiques locales ; communication et éducation). Les actions sont programmées sur la base de six critères :

- la gravité du problème ;
- le degré de reconnaissance du problème par les différents acteurs ;
- la capacité à définir la répartition des responsabilités de la gestion du risque entre les acteurs ;
- une vision convergente sur la manière de traiter le problème des différents acteurs administratifs et des organisations non gouvernementales ;
- la capacité des acteurs à maintenir leurs engagements une fois le plan défini ;
- la possibilité de vérifier les résultats des actions figurant dans le plan.

La qualité du document est à rapprocher de la méthode de travail retenue. Les propositions d'objectifs et d'action ont été préparées par différents groupes de travail dont la composition variait en fonction des thèmes. Par exemple, les thèmes relatifs à la recherche et aux critères utilisés dans la prise de décision, ont été pris en charge par des groupes de travail animés par le RIVM (institut national de santé publique et d'environnement).

Des priorités du ministère chargé de la santé longues à se dessiner

La circulaire de la DGS du 1^{er} février 1996 est le seul document de référence présentant les « thèmes prioritaires d'intervention en santé – environnement ». Le nombre de sujets qui y figurent, l'absence de calendrier de mise en œuvre des objectifs et d'actualisation limitent le caractère réellement opérationnel de cette circulaire. Ces priorités sont censées être déclinées au niveau local dans des plans d'action trisannuels en « santé – environnement » (PASE). Le manque de précision sur la méthodologie d'élaboration et le contenu de ces plans d'actions n'ont pas été de nature à favoriser un exercice efficace de planification. Les plans trisannuels dits de première génération ont fait l'objet d'un bilan superfi-

ciel qui mettait en évidence un contenu hétérogène et souvent cantonné au seul fonctionnement interne des services.

En 1998, des travaux ont été entamés au niveau central pour définir des fiches par domaine d'activité en « santé environnement » avec l'ambition d'arrêter des « niveaux cibles d'intervention » pour chacun d'entre eux. Ces fiches devaient constituer des « éléments essentiels pour l'élaboration des plans d'actions » santé environnement « de deuxième génération ». Ces travaux ont représenté un investissement significatif pour la direction générale de la santé, comme pour les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales, qui ont été sollicitées pour préparer les projets de fiche. Des changements de structure au niveau de l'administration centrale et de méthodes de travail ont contribué à sensiblement rallonger les délais. Le processus itératif, s'il paraissait nécessaire pour garantir la pertinence du contenu, a également été source de lenteur : huit versions de projet de circulaire ont été réalisées de fin février 2001 à octobre 2001. Début 2003, la circulaire qui présente ces fiches et les plans triannuels en santé environnement de deuxième génération était encore à l'état de projet. Le projet de loi relatif à la politique de santé publique apporte en ce domaine une nouvelle dynamique.

En fin de compte, un processus de programmation à la recherche d'une cohérence d'ensemble

La dernière décennie a été l'occasion, on le voit, d'efforts de rationalisation et de progrès indéniables en matière de programmation des politiques de santé. Au-delà des réussites et des lacunes, variables selon les secteurs, la critique qu'on peut faire à cet effort notable de structuration de l'action publique est plutôt d'avoir insuffisamment eu recours à une approche globale et déssectorisée. Le Haut comité de la santé publique, la Conférence nationale de santé s'y sont pourtant attachés. Mais leurs diagnostics, leurs recommandations, n'ont pas complètement servis de fil conducteur à une action transversale, sauf sans doute dans les régions, grâce au cadre de réflexion qu'ils ont donné aux conférences régionales.

Peut-être s'agissait-il d'une étape obligée vers le développement d'une véritable politique de santé publique ? Certains plans ont montré la voie à suivre. Le plan triennal de lutte contre la drogue et les toxicomanies a donné lieu, aidé en cela par la définition relativement circonscrite de son objet, à une réelle mobilisation des acteurs. La souplesse d'organisation de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, sa composition diversifiée, et son rattachement au premier ministre, ont conféré à son action la cohérence

d'impulsion et la constance nécessaires. Dans les domaines plus directement animés par le ministère de la Santé, le « plan national nutrition santé », de par son articulation avec d'autres programmes prioritaires ayant une dimension nutritionnelle (plans de lutte contre le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, le cancer) et sa mobilisation large au-delà des services ministériels de la santé, préfigure un nouveau modèle de programmation appelé à se généraliser.

Toutefois, sur bien d'autres thèmes, on peine à trouver de telles articulations. Les actions de prévention du suicide sont peu coordonnées avec le plan « santé mentale », qui lui-même ne l'est pas avec le plan triennal de lutte contre les dépendances, qui lui-même est décliné au niveau du département et non de la région, qui constitue désormais l'échelon pivot de la mise en œuvre des politiques de santé. Il en est résulté en l'occurrence un déficit de collaboration avec les professionnels de santé, notamment pour la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme. De façon générale, l'émiettement structurel du financement est un facteur de cloisonnement des différents programmes et nuit à leur continuité.

La politique de santé publique a souvent pris la forme d'une succession de plans et de programmes nationaux derrière laquelle il n'est pas facile de discerner une stratégie claire et reconnue. Cette programmation tous azimuts a pu également donner parfois l'impression d'obéir davantage à une logique médiatique, à la recherche d'effets d'annonce, qu'à une volonté stratégique et durable.

L'effort de programmation réalisé au cours de la dernière décennie a cependant eu le mérite de dessiner les contours d'une politique de santé fondée sur des objectifs largement débattus. Etablir des priorités de santé publique est l'exercice le plus délicat qui soit, dès lors qu'il ne s'agit pas seulement de réaliser un investissement, de mettre en place un équipement ou de créer un service, mais d'assurer sur la durée une action publique. Le projet de loi relatif à la politique de santé publique n'échappera pas à la difficulté de l'exercice. Il est frappant de constater que, dans le cadre de la préparation du projet de loi relatif à la politique de santé publique, aussi bien le Haut comité de la santé publique que le groupe technique national de définition des objectifs de santé publique se sont surtout efforcés d'indiquer les affections, risques ou situations constituant selon eux un problème de santé publique, sans pouvoir, ou sans vouloir, en détacher un petit nombre de priorités. De la même façon qu'on ne « choisit pas » de soigner les cancers plutôt que les infarctus, qu'on ne réserve pas les meilleurs professionnels et les investissements les plus coûteux à telle pathologie au détriment de telle autre, on peut difficilement décider, par exemple, de ne plus financer d'actions spécifiques pour la prévention du diabète ou de l'ostéoporose, afin d'affecter les fonds disponibles à la prévention du cancer et du SIDA.

Il est peu probable que les principaux déterminants des pathologies chroniques évitables changent beaucoup dans la décennie qui vient. Offre alimentaire

trop abondante, modes de vie sédentaires, conditions de travail stressantes, crise de l'emploi, dimension socioéconomique de certains comportements à risques, la liste est longue des déterminants auxquels la politique de promotion de la santé devra s'attaquer pour une longue période. La détermination, la constance et la méthode seront plus que jamais les clés de la politique de prévention. Le temps de la santé publique n'est malheureusement pas le temps de la politique. La mise en œuvre et l'évaluation de la première demandent des délais et une ténacité que la seconde, trop soumise à l'urgence et au médiatiquement efficace, ne lui accordent pas toujours. Une loi permettra peut-être d'inscrire les objectifs, les moyens et les indicateurs de la prévention dans la durée qui est la sienne, et la préservera des à-coups d'une politique au jour le jour.



Chapitre 2

La dynamique régionale a parfois été entravée par les rigidités centrales

En France, s'est enclenchée à partir du milieu des années quatre-vingt-dix une dynamique régionale qui n'a cessé de s'amplifier depuis, à mesure que se renforçait l'assise régionale des instances de régulation de l'offre de soins et qu'émergeait un modèle de planification régionale de la santé publique. Cette dynamique peine aujourd'hui à donner sa pleine mesure en raison de rigidités centrale persistantes.

Les plans régionaux de santé, un élément de dynamisme de la santé publique

Les plans régionaux de santé ont été un succès. Si certains d'entre eux n'évitent pas toujours le danger du catalogue d'actions subventionnées, certains autres, cherchant à développer une action globale reposant sur la mise en réseau des compétences et des institutions, préfigurent un modèle d'avenir.

La dynamique des plans régionaux de santé est réelle

Les PRS ont été mis en place à compter de 1994, d'abord à titre expérimental, en réponse au constat dressé par le Haut comité de la santé publique (HCSP) dans son premier rapport triennal précité : insuffisante prise en considération de la prévention dans les politiques de santé, éclatement des centres de décision et cloisonnement entre les multiples acteurs, pertinence du niveau régional pour traiter des grands problèmes de santé publique.

Lancée dans trois régions – l'Alsace pour la lutte contre le cancer, l'Auvergne autour de la périnatalité, les Pays de la Loire sur les conduites d'alcoolisation à risque –, l'expérimentation a été étendue à huit autres régions

dès 1996, avant que les ordonnances du 24 avril 1996 et le décret du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé n'institutionnalisent et ne généralisent la méthode, en confiant aux conférences régionales de santé la mission d'établir « les priorités de santé publique de la région qui peuvent faire l'objet de programmes dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le préfet de région et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population ».

Au 30 juin 2002, on dénombrait soixante-dix-neuf plans régionaux de santé, soit en moyenne entre trois et quatre plans par région. Par ordre de fréquence d'apparition dans ces plans, se détachent nettement quatre priorités : le cancer (onze occurrences), la dépression et le suicide (dix), l'alcoolisme (neuf) et le SIDA (huit). Fruits des travaux des conférences régionales de santé, qui se sont appuyés sur les rapports du Haut comité de la santé publique, de la Conférence nationale de santé, ainsi que sur des informations sanitaires validées, provenant des observatoires régionaux de santé ou, plus rarement, d'études complémentaires spécifiques, ces choix sont le reflet d'une réflexion et d'une expression généralement aussi larges que libres. Ils restent pour l'essentiel bâtis à partir des perceptions respectives des différents acteurs impliqués dans leur élaboration. Ce sont leurs convictions, leurs intuitions, parfois leurs croisades, qui ont nourri la réflexion et orienté le contenu des plans régionaux de santé. Il n'y a pas eu de démarche véritablement formalisée, appuyée sur un système organisé d'observation et de recueil des données. L'analyse de la synthèse (effectuée par la Société française de santé publique) des consultations régionales organisées en vue du projet de loi relatif à la politique de santé publique le montre, l'accès aux données de l'observation de la santé a constitué jusqu'alors l'une des principales difficultés du processus de programmation régionale. Cette difficulté réside d'ailleurs moins dans le manque des données que dans leur « insuffisante valorisation collective », et dans le « cloisonnement entre l'observation sociale et l'observation sanitaire ».

Les plans régionaux de santé sont donc le résultat d'une démarche empirique, même si celle-ci n'a cessé de se formaliser avec le temps. On est ainsi passé progressivement, selon la formule de la direction générale de la santé, d'une phase « militante » à une phase plus « professionnelle ». Cette démarche empirique, souvent menée par les meilleurs connaisseurs du terrain, n'est pas forcément une lacune en soi. Elle a même été utile à la réflexion nationale. En effet, le mode de détermination des priorités de santé est caractérisé par une interaction entre le niveau national et l'échelon régional. De façon logique, on observe une déclinaison régionale de thèmes et de priorités retenus à l'échelle nationale. Ainsi, en 2000, sur soixante-dix plans régionaux de santé alors engagés, un tiers reprenaient une ou plusieurs des dix priorités dégagées par la Conférence nationale de santé (c'était en particulier le cas de la santé mentale). Toutefois des thèmes importants et fréquemment retenus dans les plans régionaux – le SIDA, le diabète ou les accidents de la circulation – faisaient exception

à la règle. Dans le sens inverse – du niveau régional vers le national – les actions conduites en région ont également influencé la politique nationale de santé publique. Ainsi, les Conférences régionales de santé qui se sont déroulées en 1996 avaient mis en évidence deux priorités à forte dimension préventive – le suicide et le SIDA – qui ont été ultérieurement reprises par les politiques nationales (plan national de lutte contre le suicide, en particulier). De façon plus prospective, la coexistence de programmes régionaux et nationaux est aujourd'hui une réalité nécessaire et fructueuse, semblant pour cette raison appelée à perdurer.

Toutefois, les budgets des plans régionaux de santé restent modestes, puisque les ressources additionnelles mobilisées pour chaque programme représentaient en moyenne en 2002 un peu plus de 200 000 euros, provenant pour l'essentiel de crédits d'État et du Fonds national pour la prévention, l'éducation et l'information sanitaires.

Une étude du Cabinet CEMKA réalisée en 2002 pour le compte de la Caisse nationale d'assurance maladie a dressé un bilan du financement des plans régionaux de santé par le fonds national de prévention et d'information sanitaires au titre de l'année 2000. Cette étude montre que l'assurance maladie a « largement accompagné et soutenu la montée en puissance des programmes régionaux de santé. Entre 1997 et 2000, le nombre d'actions ayant bénéficié d'un financement du FNPEIS a été multiplié par sept, passant de 38 à 324 actions. La dotation budgétaire a, quant à elle, été multipliée par cinq », atteignant l'équivalent de « 3,25 millions d'euros, soit 50 % de la totalité des budgets des actions mises en œuvre ».

Ambitieux dans leur approche, difficiles à élaborer en raison de la complexité des problématiques abordées, des limites budgétaires, du manque de ressources humaines et techniques, ainsi que des rigidités administratives évoquées ci-après, les plans régionaux de santé doivent être appréciés dans le long terme, sans doute pas avant quinze ans d'existence, selon la plupart des observateurs. Le temps nécessaire pour opérer des changements culturels et d'organisation profonds. Malgré tout, ils s'imposent d'ores et déjà comme un rouage important de la politique de santé et valent pour la dynamique collective qu'ils ont commencé à faire naître. La synthèse des consultations régionales réalisée par la Société française de santé publique (précitée) le confirme : d'une part, le plan régional de santé a été un bon outil d'impulsion et de professionnalisation des démarches ; d'autre part la conférence régionale de santé est vécue comme un « carrefour d'intervenants en santé à l'origine de l'émergence d'une dynamique régionale », dont la « disparition éventuelle » est redoutée « sans que soit mise à profit l'expérience acquise ».

Les programmes régionaux d'accès aux soins et à la prévention, un mode de planification régionale trop encadré

Par son article 71, la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions a créé les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). S'inscrivant dans la démarche engagée par les programmes départementaux d'accès aux soins en 1995 (circulaire du 21 mars 1995), ils diffèrent toutefois de ces derniers par leur ancrage régional et par leur caractère obligatoire. Les PRAPS ont été conçus comme des instruments essentiels dans la lutte contre les inégalités en matière de santé. Leur objectif est de susciter un changement culturel chez les acteurs des champs sanitaire et social, de façon à faire évoluer le dispositif de prévention et de soins vers une plus grande coordination et, surtout, une meilleure adaptation aux besoins des personnes en situation de précarité.

On retrouve sous ce vocable principalement des bénéficiaires de minima sociaux, des chômeurs de longue durée, des retraités bénéficiaires du Fonds national de solidarité, des familles monoparentales, des gens du voyage, des étrangers en situation irrégulière, des personnes en situation de dépendance (drogues, alcool), des détenus et sortants de prison, des handicapés, des jeunes peu ou mal insérés... Au total, ce serait, selon les indications du Haut comité de la santé publique, un public de dix à douze millions de personnes qui seraient concernés, soit de 20 à 25 % de la population française. Ces chiffres permettent de prendre la mesure de l'enjeu représenté par ces plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins.

Les modalités de pilotage des PRAPS apparaissent cependant fort lourdes, pour ne pas dire bureaucratiques. Leur élaboration repose sur la création (décret du 29 décembre 1998 et circulaire de la direction générale de la santé du 23 février 1999) de trois instances : le comité régional des politiques de santé (CRPS), le groupe technique régional (GTR) et le groupe de travail départemental (GTD), le groupe technique régional, s'appuyant sur les données fournies par les groupes techniques, pour préparer les travaux du comité régional des politiques de santé. L'animation du réseau des coordonnateurs des PRAPS est assurée à l'échelle du territoire, depuis février 1999, par la direction générale de la santé elle-même, avec l'appui d'un comité national de pilotage. Cette animation prend la forme de soutiens réguliers et de trois rencontres nationales annuelles. Un site Intranet a été ouvert en 1999 pour faciliter les échanges ; dans le même esprit, un bulletin « Action PRAPS » est diffusé à 15 000 exemplaires. Pour la période 2000-2002, vingt-six PRAPS dits de « première génération » ont été signés. De façon assez logique, compte tenu des modalités de pilotage retenues, on observe que la majorité de ces plans ont adopté des orientations semblables ; ainsi, cinq thématiques principales, représentant près de 1 500 actions, se dégagent : l'amélioration des capacités des services sociaux et de santé à accueillir, prendre en charge et suivre les problèmes de santé des

personnes vivant dans des conditions précaires ; l'amélioration des conditions d'accès et de recours aux droits pour ces mêmes personnes ; l'amélioration de l'accès aux dispositifs de prévention et de dépistage ; le développement du travail en réseau des professionnels du sanitaire et du social ; la création de conditions pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé mentale et de souffrance psychique des personnes en situation de grande précarité.

Du point de vue de la prévention, les actions menées dans le cadre de ces plans semblent être restées relativement formelles et n'ont que peu abouti à en favoriser l'accès. D'une façon générale, l'évaluation de la politique des PRAPS, réalisée par la direction générale de la santé en 2002, a mis en évidence les limites du processus. Si l'élaboration de ces plans a été l'occasion, au début, de faire naître une dynamique partenariale, entre services de l'État et opérateurs associatifs en particulier, celle-ci semble s'être rapidement essoufflée. Les services déconcentrés, accaparés par beaucoup d'autres priorités, ont peiné à tenir le rythme. Nombre d'opérateurs se sont découragés devant la lourdeur des cahiers des charges des appels à projets. Certaines institutions, comme les agences régionales de l'hospitalisation, les collectivités territoriales, les communes, les médecins du secteur libéral, se sont dans l'ensemble peu mobilisées. La participation des usagers est généralement demeurée incantatoire.

De même que les diagnostics préalables se sont souvent révélés trop généraux, les objectifs, de l'aveu de nombreux acteurs de terrain, sont devenus trop « régionaux », ou « trop consensuels ». Sans doute faut-il imputer cette situation au fait que, les populations bénéficiaires des PRAPS étaient définies à partir de critères administratifs et de ressources insuffisamment fins pour permettre aux statistiques disponibles d'identifier les publics cibles, alors que la connaissance des populations nécessaire à une intervention de santé communautaire, seule apte à briser la barrière culturelle qui constitue souvent le principal handicap à l'accès à la prévention, ne peut s'effectuer que sur un territoire relativement restreint. En outre, les inégalités sociales de santé obéissent à des déterminants beaucoup plus complexes que le seul facteur de l'accessibilité aux soins et aux services de prévention. Dès lors, les plans fonctionnant le mieux sont ceux dans lesquels le diagnostic, puis les actions, sont précis, adaptés à des zones géographiques et sociales cohérentes, et ne constituent pas une duplication homogène d'objectifs généraux à l'échelle d'un département et a fortiori d'une région. Ce n'est pas un hasard si le document d'évaluation de la direction générale de la santé souligne que « l'importante marge de manœuvre laissée aux acteurs départementaux et l'appui méthodologique sont des éléments déterminants ».

La problématique des plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins est en définitive illustrative de celle de la promotion de la santé : une telle approche n'est efficace que si elle se mène au plus près du terrain, de façon à être la plus et la mieux ciblée possible. Si la démarche d'ensemble mérite d'être saluée, en ce qu'elle traduit une volonté de faire bénéficier de la prévention les populations

qui en ont le plus besoin, et une tentative de politique structurée et évaluée, la méthode doit être reconsidérée, pour rendre ces plans à la fois plus souples, plus déconcentrés, moins complexes dans leur procédures, moins fondés sur la logique de l'appel à projets et plus sur une logique de la commande ciblée.

La dynamique et l'originalité régionales pâtiennent parfois d'une démarche trop centralisée

L'exemple des plans « alimentation » ou « nutrition » permet de bien comprendre comment il est possible en région de mener une action globale mobilisant des acteurs très divers, et comment cette dynamique peut se heurter aux règles « descendantes » définies par l'administration centrale.

Dans le domaine de la nutrition, la région Nord-Pas-de-Calais et la région Languedoc-Roussillon ont développé des interventions construites.

Le Nord-Pas-de-Calais se caractérise par un cumul de facteurs de risque et de déterminants défavorables : de médiocres indicateurs socio-économiques, des taux de surpoids et d'obésité très supérieurs à la moyenne nationale, un niveau de sédentarité plus élevé à Lille qu'à Toulouse ou à Strasbourg, par exemple (étude MONICA), une démographie médicale et paramédicale globalement défavorable. À côté de ces difficultés, existe une réelle tradition de santé publique et d'action collective. C'est pourquoi cette région a mis en place dès les années 1999-2000 une organisation originale : six plans régionaux de santé sont adossés, pour leur financement, au contrat de plan État-Région (2000-2006). Un appel d'offres commun aux différents plans régionaux de santé est organisé, ainsi qu'une mutualisation des fonds des différents partenaires, collectivités locales et organismes de sécurité sociale compris. Sur le thème « alimentation », la direction régionale des affaires sanitaires et sociales a mis en place un groupe de travail transversal couvrant l'ensemble des plans régionaux de santé. Ce groupe, comme tous ceux agissant dans le cadre des programmes régionaux de santé, s'appuie sur la maison régionale de promotion de la santé, qui rassemble en un même lieu, à Lille, le comité régional d'éducation pour la santé, l'observatoire régional de santé, le centre régional d'information et de prévention sanitaire (CRIPS), et constitue un centre de conseil et de ressources à disposition des acteurs de terrain. Le rectorat, quant à lui, s'est engagé dans une démarche partenariale, avec un projet académique « santé-social » dont l'un des axes est consacré à l'amélioration des comportements alimentaires, avec pour points d'application la restauration scolaire et l'éducation nutritionnelle.

En Languedoc-Roussillon, l'intérêt pour le volet nutrition des programmes de prévention est ancien. La région dispose, avec le projet « Epidaure », instauré en 1988 par le centre de lutte contre le cancer de Montpellier au titre de sa mission de prévention, d'un pôle de recherche important prenant en considéra-

tion les questions relatives à l'agronomie et à la nutrition. L'objectif d'Epidaure transparait à travers son slogan : « *Je suis le premier gestionnaire de ma santé* ». L'action menée dans le cadre d'Epidaure sur le thème de la santé s'organise autour de quatre axes : la formation des professionnels (de santé et enseignants), la communication, l'information, l'évaluation. C'est dans ce contexte que le plan régional de santé « alimentation » a fédéré vingt-deux personnes d'horizons professionnels très divers : services de l'État, collectivités locales, hôpital, associations de parents d'élèves, etc.

Le lancement du « plan national nutrition santé » a eu un impact mitigé sur ces plans régionaux. En Languedoc-Roussillon, comme dans le Nord-Pas-de-Calais, les groupes du plan régional se sont logiquement vus confier l'animation des actions du plan national. Et celui-ci, de l'avis même des acteurs, a donné un coup de fouet au processus déjà engagé. Mais dès lors que les collectivités locales ne participent pas au processus, on constate que le niveau de réalisation reste modeste. C'est davantage le cas en Languedoc-Roussillon, avec huit actions relative à la « nutrition » seulement, que dans le Nord-Pas-de-Calais, où le plan « nutrition » est décliné dans tous les autres plans régionaux de santé.

Il faut dire aussi que la précision apportée parfois par l'administration centrale à la définition des modes de mise en œuvre, allant jusqu'à décrire les profils des pilotes et des experts, heurte et freine parfois un processus déjà en marche, mais selon des modalités et des procédures différentes de celles préconisées par les directives nationales.

Fleurbaix-Laventie : l'éducation nutritionnelle dans deux communes du Pas-de-Calais

L'expérimentation « Fleurbaix-Laventie Ville Santé » (FLVS), deux communes voisines du Pas-de-Calais, de quelque 6 000 habitants ensemble, est le projet le plus ancien mené en France, puisqu'il a démarré en 1992 et en est actuellement à sa troisième phase. Il se distingue par sa durée mais aussi par son approche globale : en effet, sa caractéristique majeure est de mobiliser à la fois la population (enfants, parents) et l'ensemble des acteurs de proximité susceptibles de jouer un rôle : enseignants, médecins des communes, élus... Le souci d'inscrire les actions menées dans la proximité a été considéré, dès l'origine, comme un facteur-clé de succès. En outre, les promoteurs du projet attachent une grande importance à la communication pour permettre une appropriation, par la population des deux communes, des objectifs de santé.

La première phase, FLVS 1, menée de 1992 à 1997, avait pour objectif principal d'évaluer l'impact d'une information nutritionnelle transmise dans le cadre scolaire aux enfants sur les habitudes et les comportements alimentaires de toute la famille. L'éducation nutritionnelle a bénéficié aux enfants des écoles et collèges (de 3 à 15 ans) pendant cinq ans ; elle concernait de manière transversale l'ensemble des matières, sans constituer un cours supplémentaire mais en intégrant

la nutrition dans l'enseignement fondamental. Elle a pris de nombreuses formes : journées thématiques « produit » (les corps gras, le lait et les produits laitiers, le sucre et les produits sucrés...), des animations lors de déjeuners à la cantine, des visites pédagogiques (entreprises, fermes, commerçants...), des petits déjeuners pédagogiques, l'aide à l'élaboration des menus par une diététicienne...

Elle a requis une collaboration entre les enseignants : instituteurs en primaire, professeurs de biologie et géologie et d'éducation physique et sportive au collège, les instituts universitaires de formation des maîtres, les médecins scolaires, les médecins nutritionnistes et généralistes, les référents scientifiques (CHU de Lille, INSERM), les élus. Les acteurs locaux ont bénéficié de formations.

Les résultats sont positifs : les enfants de Fleurbaix et de Laventie ont de meilleures connaissances nutritionnelles que ceux des villes témoins. Cette meilleure connaissance nutritionnelle est associée à certaines modifications des habitudes alimentaires de toute la famille (diminution de la consommation de beurre, de frites) ; ces modifications comportementales ont des incidences sur les paramètres intermédiaires comme le poids. Dans les deux villes, l'obésité de l'enfant n'a pas augmenté en 10 ans alors qu'elle progressait respectivement de 95 et 195 % chez les jeunes garçons et filles de la région Nord-Pas-de-Calais pendant la même période. Les études à plus long terme ont montré que les mères de famille ont pris moins de poids par rapport à celles des villes témoins. L'éducation des enfants aurait donc profité à tous.

La phase FLVS 3 (2002-2007), « Donner à chacun les moyens d'être acteur de sa propre santé », a pour objectif de mettre en place une politique de prévention globale de l'obésité – en partant des facteurs de risque que sont l'équilibre alimentaire, la sédentarité et le tabagisme –, destinée à l'ensemble de la population des deux villes. FLVS 3 doit combiner une approche population (outils, méthodes) et une approche individuelle (selon le type de population, la pathologie) : le généraliste doit avoir un rôle important de dépistage, de diagnostic et d'aiguillage vers les autres ressources mises en place (notamment un centre d'appel), et un suivi personnalisé doit être assuré.

Catalogue d'actions ou réseau régional de santé publique ?

Les programmes régionaux de santé reposent sur la méthode de l'appel à projets, financés par des fonds ou chapitres dédiés, de l'assurance maladie et de l'État, dans un certain nombre de cas complétés par des apports des collectivités territoriales.

La plupart du temps, il s'agit de projets de petite envergure (35 000 à 40 000 euros par projet), et bénéficiant de multiples financements. Cela conduit à une fragmentation des actions pas toujours compatible avec une démarche de santé publique globale et cohérente, et pour les opérateurs à une course au financement dans laquelle ils s'épuisent d'autant plus que les règlements sont non seulement tardifs mais parfois aléatoires. En effet, chaque institution nationale a ses propres règles de financement ; si les directions régionales des affaires sanitaires et sociales et les unions régionales des caisses d'assurance maladie ont en

général mis en place des procédures d'instruction commune des dossiers, les règles d'attribution et de notification ne sont pas les mêmes selon qu'il s'agit de l'État ou de l'assurance maladie. Il arrive qu'un projet retenu par l'union régionale soit ensuite refusé par la caisse nationale. L'IGAS en a fait le constat en Lorraine, où une mission locale qui souhaitait faire financer un « Point santé Jeunes » et avait, sur la foi des engagements régionaux, mis en place l'activité, s'est trouvée confrontée, suite au non versement des 10 000 euros – une somme importante pour un organisme de cette taille – que représentait le coût de cette action, à un déficit budgétaire.

Le danger du catalogue

Un exemple parmi de nombreux autres est fourni par le plan régional de « Santé des enfants et des adolescents » dans le Nord-Pas-de-Calais, qui à certains égards ressemble davantage à une addition d'actions qu'à un véritable plan.

Ce programme (cf. encadré ci-dessous) comporte près de cent cinquante actions, lancées à partir de trois axes stratégiques (« permettre aux enfants de naître et de grandir dans des conditions physiques, psychoaffectives et sociales satisfaisantes ; favoriser le développement harmonieux des enfants et des jeunes et leur capacité d'insertion dans la société ; améliorer les connaissances sur la santé des jeunes et sur leurs représentations »), et de dix objectifs, allant du soutien aux parents isolés à l'apprentissage de la gestion de la prise de risque chez les jeunes, en passant par le dépistage précoce des troubles sensoriels.

On le voit, même dans une région où l'effort de rationalisation est constant et où le financement est mutualisé, la méthode ne permet pas toujours d'éviter la dispersion des objectifs et des actions.

Le plan régional Santé des enfants et des adolescents du Nord-Pas-de-Calais

Près de cent cinquante actions sont prévues. On peut classer les projets de la façon suivante : un tiers environ des projets a pour objet plus ou moins explicite de promouvoir une meilleure santé psychique ; le quart environ se donne pour but le soutien à la fonction parentale ou l'amélioration du dialogue entre parents et enfants ; un quart encore est engagé dans le cadre scolaire en vue de promouvoir la santé, particulièrement la santé psychique ; un dixième porte sur la périnatalité ; le reste concerne la prévention de la maltraitance des enfants ou le dépistage de handicaps physiques ou l'éducation à la santé dans des domaines tels que la prévention buccodentaire ou l'alimentation.

Les axes stratégiques du programme sont les suivants :

- permettre aux enfants de naître et de grandir dans des conditions physiques, psychoaffectives et sociales satisfaisantes ;

- favoriser le développement harmonieux des enfants et des jeunes et leur capacité d'insertion dans la société ;
- améliorer les connaissances sur la santé des jeunes et sur leurs représentations.

Les objectifs retenus par le programme sont au nombre de dix :

- améliorer la santé physique dès la grossesse (en lien avec le SROS « périnatalité ») ;
- favoriser la qualité des liens d'attachement parents/enfants, en introduisant la notion de parentalité chez les adolescents, en permettant à 80 % des parents primipares d'accéder à la préparation à la naissance et à l'accueil du nouveau-né, en améliorant la capacité des professionnels à repérer les troubles d'attachement, en permettant à toutes les femmes sortant de maternité dans les 72 heures de bénéficier d'un accompagnement à domicile ;
- soutenir les parents isolés ou en difficulté, en faisant en sorte que les parents en difficulté avec leur enfant (repérés ou en demande) puissent bénéficier d'une réponse adaptée, qu'ils aient accès aux aides et aux structures existantes, si nécessaire ;
- repérer les dépressions du post-partum, en facilitant l'expression des difficultés émotionnelles pour les mères, en améliorant la capacité des professionnels, en évaluant les risques de la dépression, et son repérage, en orientant les mères vers l'aide adaptée ;
- améliorer la surveillance du développement du petit enfant ;
- réduire les déficits sensoriels non pris en charge, en incitant les parents au bilan de 4 ans, en améliorant l'adhésion des parents et des jeunes à la prise en charge des déficits repérés, en diminuant la durée séparant le dépistage et la prise en charge ;
- lutter contre la maltraitance, en améliorant le dépistage précoce des souffrances pouvant être liées à celle-ci et en améliorant la prise en charge pluridisciplinaire des enfants qui en sont victimes ;
- permettre aux jeunes de gérer la prise de risque, en les inscrivant dans une démarche citoyenne, en diminuant les accidents de sports et de loisirs ;
- diminuer le décrochage scolaire, en renforçant le lien famille/école, en ouvrant l'école sur l'extérieur, en facilitant le passage entre la sortie de l'école et l'entrée dans le cursus de formation professionnelle, en valorisant les potentialités des jeunes, en étendant les aides pédagogiques dès l'école primaire ;
- favoriser le sentiment de bien-être des enfants et des jeunes, en diminuant la souffrance psychique chez les enfants et les jeunes (dépressions et tentatives de suicide, notamment), en valorisant les potentialités des jeunes, en améliorant la prise en charge médicale des adolescents, en accompagnant les enfants et les adolescents en situation de rupture ;
- accompagner les jeunes dans leur prise d'autonomie, en mettant en cohérence et renforçant les mesures de soutien psychologique, d'orientation professionnelle, d'aide à l'emploi et au logement, en améliorant l'accessibilité à la culture et au sport.

Par ailleurs, le recours systématique de l'appel à projet sur financements croisés (et tardifs) favorisent les associations en place, possédant une assise administrative et une trésorerie suffisante. L'IGAS a ainsi pu se rendre compte en Languedoc-Roussillon, à l'occasion d'un entretien avec l'ensemble des coordinateurs du plan régional d'accès à la prévention et aux soins, ponctué d'un échange particulier avec la personne en charge de cette fonction dans le Gard, que la conduite du plan sous forme de comité de pilotage et d'appel à projets amène parfois à travailler avec les seuls opérateurs capables de répondre en peu de temps à un cahier des charges complexe et de monter un projet « à la minute », comme les comités d'éducation pour la santé, qui de fait peuvent se retrouver juges et parties dans leur mission de conseil aux associations locales. Or, ces dernières peuvent souvent se révéler les plus aptes à une pratique de santé communautaire, et à obtenir sur le terrain les résultats recherchés en direction des publics cibles.

Cette critique a été relayée en Lorraine, tant en ce qui concerne les plans régionaux de santé que les plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins, où il est constaté que nombre d'associations sachant mal élaborer un diagnostic ou monter un projet dans la forme prescrite, le recours aux comités départementaux d'éducation pour la santé, voire aux organismes d'assurance maladie en tant qu'opérateurs, constituait l'issue quasi inévitable.

Par ailleurs, généralement peu nombreux, les professionnels capables ou désireux de s'investir dans les actions collectives de prévention sont constamment sollicités, trop souvent de manière excessive et désordonnée, au titre de plusieurs plans régionaux parfois, et s'usent à force de réunions préparatoires, de coordination ou de suivi. On peut ainsi citer l'exemple de pédopsychiatres, à qui il est souvent reproché de ne pas participer aux plans régionaux touchant à la prévention du suicide. Il n'est pas rare que ces derniers soient sollicités en même temps pour plusieurs plans régionaux, tels que des plans portant sur le suicide, les troubles de l'alimentation, la lutte contre les addictions, le SIDA, les accidents de la route, et bien évidemment pour le plan régional d'accès à la prévention et aux soins. Les services de santé scolaire vont quant à eux, en plus de leurs missions au sein de l'Education nationale, être sollicités par le « plan ville santé », le plan triennal de prévention de la toxicomanie, et bien sûr tous les plans régionaux concernant les jeunes. Il en est de même des services des conseils généraux, et bien évidemment des comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé.

Vers un réseau régional de santé publique

Les actions menées dans le cadre de certains plans régionaux de santé débouchent sur l'organisation d'un véritable réseau de santé publique

La fonction des réseaux de santé, notamment des réseaux de soins, est définie par la loi de financement de la sécurité sociale 2002 et la loi relative au droit des

malades et à la qualité du système de santé : « Les réseaux de santé, notamment les réseaux de soins, ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. » Ce sont ces mêmes objectifs d'une action globale et ciblée sur une population, un risque, un territoire, que l'on retrouve dans certains programmes régionaux de santé.

Ainsi le programme régional de santé périnatalité de la région Languedoc-Roussillon a-t-il mis en place une commission régionale de la naissance, composée de professionnels de l'obstétrique et de la pédiatrie issus des secteurs de l'hospitalisation publique et privée et du secteur libéral – chefs de service, praticiens hospitaliers, praticiens libéraux, sages-femmes, puéricultrices, assistantes sociales, médecins généralistes –, de personnalités représentant les médecins libéraux, les services des droits des femmes, l'agence régionale de l'hospitalisation, de l'union régionale des caisses de l'assurance maladie, de l'observatoire régionale de santé, des associations d'usagers. Il faut dire que la région, en pleine croissance démographique, doit absolument organiser ses ressources en ce domaine, sous peine d'une sérieuse augmentation du risque périnatal. L'alliance du social et du sanitaire est là encore indispensable, eu égard au profil de nombre de futures parturientes, fraîchement installées dans la région, sans entourage familial, en situation professionnelle précaire (travailleuses saisonnières, chômeuses), voire sans accès, notamment pour des raisons culturelles, à la prise en charge médicalisée de la grossesse (populations immigrées, gens du voyage).

Cette commission a produit une charte périnatale qui vaut engagement de qualité pour les professionnels, y compris les transporteurs ; elle travaille à la mise en œuvre d'un réseau, notamment à partir de la constitution d'un dossier commun périnatal partagé et informatisé. La mise en ligne d'un site Internet préfigure le fonctionnement du réseau. Celui-ci se concrétise également par l'implantation progressive de consultations aidées par télé-médecine.

Les acquis d'ores et déjà perceptibles de cette expérience sont à analyser en termes de moyens développés plus que de résultats. Certes l'indicateur de mortalité périnatale est suivi, ainsi que le taux de handicap ; mais le développement de collaborations multiples et organisées entre les professionnels des secteurs curatifs et préventifs, sanitaires et sociaux, augure d'une véritable promotion de la santé de la mère et de l'enfant.

Le réseau périnatalité en Languedoc-Roussillon

Le réseau développe des outils de connaissance, en exploitant, grâce au dossier commun informatisé (qui a été fait sur le modèle déjà utilisé par d'autres régions et de l'enquête nationale périnatalité) et à une cellule d'analyse des cas de décès périnataux, les données quantitatives et qualitatives sur son fonctionnement, ce qui permet d'en améliorer peu à peu les points.

Les professionnels de chaque niveau sont impliqués selon leurs besoins dans le réseau.

L'élaboration d'un protocole pour la première consultation de grossesse ainsi que pour celle du quatrième mois qui permettra l'orientation vers une maternité de niveau I, II ou III se fait par un système itératif entre les professionnels de terrain (gynécologues libéraux, obstétriciens, sages-femmes, PMI...) et les spécialistes. Les professionnels posent exactement les questions utiles au bon dépistage et à la bonne orientation, et testent en retour les réponses faites. Ce type de collaboration associe par exemple les pédopsychiatres et les généralistes pour élaborer une fiche permettant le dépistage des difficultés psychiques de parturientes et des relations mères-enfants.

Cette mobilisation a permis de dépasser beaucoup de rivalités institutionnelles : entre les CHU de trois départements de la région, entre secteur public et secteur privé, entre médecins spécialistes et généralistes, entre sages-femmes et médecins, entre sanitaire et social.

A travers la « Lettre des Actualités périnatales du Languedoc-Roussillon », on voit émerger un foisonnement d'actions, la mobilisation de nouveaux acteurs, mais toujours rassemblés à l'aide des outils construits pour cela : la charte, le réseau, les communications entre professionnels (dossier unique, site Internet, lettre « actualités périnatales ») et entre eux et les usagers. C'est ainsi par exemple que le numéro de l'été 2002 rend compte des actions menées par deux réseaux périnatalité départementaux en matière de dépistage précoce de la surdité. Dans un cas, la méthode utilisée sera l'enregistrement des oto-émissions acoustiques, cochléaires, dans l'autre une procédure test de dépistage basée sur l'utilisation des potentiels évoqués auditifs de dernière génération (Algo3). Le réseau périnatalité de la région va permettre la confrontation de ces deux expériences et de leurs résultats, selon les recommandations de l'ANAES qui souhaite que « des essais comparatifs prospectifs soient rapidement initiés en France afin de tester les potentiels évoqués auditifs de dernière génération. »

Autres types d'action, une adaptation de la Charte sur la périnatalité, sur la question des transferts, afin de l'adapter à la situation des zones limitrophes, notamment celle située autour de Carcassonne, plus proche de Toulouse que de Montpellier.

Ou encore, des formations interprofessionnelles, sur les thèmes « grossesse et tabac », « conduite de projet en périnatalité »...

L'assurance maladie concilie mal planification régionale et gestion centralisée

En principe, l'esprit de la répartition des compétences entre le ministère de la santé et l'assurance maladie est clair, le premier fixe les grands objectifs, la seconde est responsable de la mise en œuvre des actions relevant de son champ de compétence. Dans les faits, le partage des responsabilités n'est pas toujours limpide.

La caisse nationale d'assurance maladie est présente sur de nombreux fronts de la prévention. Elle finance, outre les actes remboursés par le fonds national d'assurance maladie, divers programmes d'actions de prévention via le fonds national de prévention et d'information sanitaires, délègue une partie de ce fonds à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé en vue de campagnes de communication nationales, supervise l'élaboration des plans régionaux de l'assurance maladie (PRAM) qui comprennent tous un volet prévention.

Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, une logique d'intervention de moins en moins lisible

Le principal instrument de financement dédié à la prévention est donc le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, dont la gestion a été confiée en 1988 à la caisse nationale d'assurance maladie. Sa dotation de près de 300 millions d'euros en fait, au regard du caractère émietté et limité des moyens budgétaires de l'État, à la fois le principal levier d'action financier dans le domaine de la prévention et un enjeu de pouvoir de plus en plus explicite. La caisse nationale d'assurance maladie, gestionnaire en droit de ce fonds, cherche légitimement à l'utiliser au service de sa stratégie, sur des thèmes où elle estime son réseau en mesure d'apporter une plus-value. Les services de l'État, tout aussi légitimement, s'efforcent de l'orienter vers le financement des programmes et des actions qu'ils jugent, en tant que responsables des objectifs de santé publique, prioritaires. L'histoire de ce fonds national est celle de son encadrement croissant. Ainsi les principales lignes de programmes de ce fonds s'inscrivent-elles dans les objectifs qui lui sont assignés par la convention d'objectifs et de gestion¹⁰. La loi du 4 mars 2002 avait franchi un palier supplé-

¹⁰ Actuellement, ces objectifs sont les suivants : vaccinations : grippe (ciblée sur les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans), et rougeole, oreillons et rubéole (petite enfance) ; prévention buccodentaire chez les jeunes enfants et adolescents ; dépistage organisé et expérimental de certains cancers ; dépistage des maladies génétiques ; programmes nationaux thématiques de promotion et d'éducation pour la santé réalisés en partenariat avec l'INPES ; programmes régionaux de santé ; prévention des suicides ; actions locales et régionales de prévention menées en partenariat avec des intervenants extérieurs au sein du réseau de l'assurance maladie ; examens périodiques de santé.

mentaire en confiant à un comité technique national de prévention présidé par le ministre de la santé la coordination des actions de prévention et de leur financement. Ce comité n'a pas vu le jour, mais le projet de loi relatif à la politique de santé publique devrait contenir des dispositions régissant plus précisément les modalités d'utilisation de ce fonds national de prévention.

Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, à l'origine destiné à financer en priorité des actions de prévention primaire soutenues par les caisses locales ou régionales, est en fait aujourd'hui divisé en deux grandes enveloppes, visant respectivement à financer les actions locales menées au titre des thématiques nationales, les actions proposées dans le cadre des programmes régionaux de santé et des programmes régionaux pour l'accès aux soins et à la prévention.

Ce fonds est donc au service de deux types de planification : une planification régionale, issue des priorités définies en région, notamment dans le cadre des conférences régionales de santé, et une planification nationale, à partir des thématiques choisies par le conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie en respect des objectifs fixés par la convention d'objectifs et de moyens signée avec l'État, actuellement au nombre de sept : prévention du tabagisme ; de la consommation excessive d'alcool ; des accidents de la vie courante ; du sida ; promotion du vaccin rougeole, oreillons et rubéole ; éducation nutritionnelle ; hygiène buccodentaire.

Le financement de ces deux types d'actions est attribué par les services de la caisse nationale, après appels à projets lancés au niveau local et instruits par les unions régionales des caisses d'assurance maladie, parfois en liaison avec les directions régionales des affaires sanitaires.

Si la mission de lancer les appels à projets et d'instruire les projets relève bien des échelons locaux (caisses primaires d'assurance maladie) et régionaux (unions régionales des caisses d'assurance maladie), il faut noter que ni la définition des objectifs, ni la décision de financement des projets n'étaient véritablement déconcentrés jusqu'en 2002. Cela contribue à un alourdissement considérable du dispositif, comme en témoigne la présentation de la procédure à laquelle est soumise la décision de financement d'une action au titre du fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires. Les étapes sont les suivantes :

- élaboration par la caisse nationale d'un cahier des charges type d'appel d'offres définissant les modalités de recevabilité des projets auprès des caisses d'assurance maladie ;
- formulation par les organismes de base (caisses primaires et régionales) des demandes de financement (partiel ou entier) pour les projets qu'elles soutiennent ou qu'elles ont initiés en collaboration avec des partenaires locaux, et transmission de ces demandes à l'union régionale des caisses d'assurance maladie.

- collecte des projets et des demandes de financement par l'union régionale des caisses d'assurance maladie, émission d'un avis circonstancié et transmission des dossiers bénéficiant d'un avis favorable ou très favorable de la part de l'union régionale ¹¹ ;
- examen des dossiers par le département des politiques de santé de la caisse nationale, décision d'octroi des financements et notification des crédits aux caisses primaires d'assurance maladie, et non pas aux unions régionales qui ont présélectionné les projets, puisque celles-ci ne gèrent pas de fonds (cet éparpillement des rôles n'est évidemment pas des plus compréhensibles pour les interlocuteurs de ces dernières) ;
- élaboration et gestion des conventions avec les promoteurs, suivi de la réalisation et du financement du projet par les caisses primaires ;
- production avec les promoteurs du bilan de réalisation et de financement de chaque action (fiche bilan) par les caisses locales ;
- collecte par l'union régionale de toutes les fiches bilans de la région et émission d'un avis sur chaque action ;
- élaboration par l'union régionale d'un tableau de synthèse régional, puis transmission de l'ensemble des fiches bilans de la région accompagnés du tableau de synthèse au département des politiques de santé de la caisse nationale.

Ce centralisme, conjugué à la multiplication des échelons d'instruction des dossiers et aux contraintes de l'annualité budgétaire, aboutit à de nombreux reports d'actions programmées. D'une part, en effet, les conventions avec les opérateurs, en raison de la lourdeur de la procédure de décision, peuvent rarement être signées avant l'été, ce qui ne laisse que quelques mois pour la réalisation des actions qui doivent être terminées au mois de décembre de l'année en cours. D'autre part, des financements sur lesquels des opérateurs comptaient au vu d'un avis favorable de l'union régionale sont parfois refusés très tardivement par la caisse nationale, ce qui met en difficulté les opérateurs, surtout lorsqu'ils sont de petite taille, et nuit à l'exécution des programmes décidés à l'échelon d'une région. Ces mécanismes expliquent le faible taux de consommation des crédits du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, qui, bon an mal an, ne dépasse guère soixante-dix pour cent.

¹¹ Jusqu'en 2000, tous les dossiers de demandes de financement étaient transmis, avec l'avis de l'union régionale, à la caisse nationale qui décidait de financer (en totalité ou en partie) ou de rejeter les dossiers. Par ailleurs, les documents transmis sont diversement complétés : ainsi l'URCAM de Lorraine a-t-elle transmis le descriptif complet des projets, alors que l'URCAM du Languedoc-Roussillon n'a transmis que les titres de projets avec son avis.

La diversité et l'enchevêtrement non maîtrisés des modes de planification

Afin d'intégrer les dimensions territoriale et inter régimes de la gestion du risque maladie, ont été mis en place des plans régionaux d'assurance maladie.

Le plan régional de l'assurance maladie, précédemment dénommé « programme régional d'actions de gestion du risque » est l'expression des choix de l'assurance maladie à l'échelle régionale. Il fixe les orientations qu'il convient ensuite de décliner dans un programme régional de travail. En outre, il intègre les priorités nationales définies par les trois caisses nationales (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Mutualité sociale agricole et Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes). Ainsi le plan régional d'assurance maladie détermine-t-il les orientations prioritaires de la région en matière de gestion du risque (la prévention en étant une composante), tous régimes confondus.

Actuellement les plans régionaux de l'assurance maladie intègrent deux types de programmes nationaux : les programmes inscrits au plan national inter régimes (PNIR)¹² et ceux issus du plan national médicaments de l'assurance maladie.

A l'échelon régional peuvent être inscrites dans le programme régional de l'assurance maladie, outre des actions portant sur l'organisation et l'évaluation des soins et sur le contrôle individuel ou collectif de professionnels, d'assurés ou d'établissements, des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ces actions ciblent des groupes spécifiques de population et sont développées soit au titre de priorités régionales thématiques (les déclinaisons locales des programmes nationaux thématiques par exemple) soit au titre de programmes régionaux de santé. S'y ajoute le programme régional hospitalier qui comporte des actions communes aux caisses régionales d'assurance maladie et aux unions régionales de l'assurance maladie.

Il existe donc en région trois types de planification auxquels obéit la gestion des fonds affectés à des actions de prévention.

Les déclinaisons locales du plan national thématique de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, les plans régionaux de l'assurance maladie qui obéissent à des priorités nationales inter régimes (l'échelon régional prend ce qu'il veut des orientations nationales, et y rajoute ce qui lui paraît

¹² En 2000-2001 étaient inscrits au PNIR : le programme de santé publique sur la prise en charge de l'hypertension artérielle ; le programme de santé publique sur la prise en charge du diabète ; l'enquête nationale sur la radiothérapie en France ; le programme national chirurgie ou anesthésie ambulatoire ; le traitement de la maladie d'Alzheimer ; l'audit des nouvelles mesures de nomenclature de kinésithérapie ; l'enquête sur les abandons de traitements en chirurgie dento-faciale ; l'étude sur la qualité des traitements des enfants soignés par les hormones de croissance.

important à l'échelon régional), la participation au financement des programmes régionaux de santé.

L'implication de tous les acteurs régionaux dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces plans est abordée plus loin. Mais on peut souligner à ce stade qu'il règne pour le moins, au sein même des organismes d'assurance maladie, un certain flou sur le bon usage et la complémentarité de ces plans et de ces fonds enchevêtrés.

Pour montrer la complexité de ce dispositif, et la relative impuissance à assurer un suivi national des actions et programmes ainsi financés, il suffit de reprendre la conclusion du bilan effectué en 2000 sur les engagements de l'assurance maladie au titre des différents plans en vigueur : « L'analyse des circulaires de la CNAMTS, l'interrogation des chargés de prévention des URCAM réalisée sur le sujet à l'occasion de la réalisation de ce bilan et la lecture d'un échantillon de PRAM montre que la liaison existante entre ces derniers et les actions PRS n'est pas toujours simple à appréhender. On constate en effet que certaines régions intègrent systématiquement les actions PRS à leur PRAM. D'autres opèrent une sélection en fonction des priorités définies en amont dans le cadre des travaux préparatoires du PRAM. Et enfin, les dernières semblent faire l'impasse sur les actions PRS dans leur PRAM. Curieusement, cependant, ces actions PRS (exclues du PRAM) se retrouvent sous la forme de programmes (a priori donc intégrées au PRAM) dans la base de données GDR-IR¹³ issue des URCAM. Cette hétérogénéité des pratiques en matière d'intégration des actions PRS au PRAM se retrouve également dans la base de données GDR-IR qui, rappelons-le, vise à permettre le bilan des programmes de Gestion du Risque – y compris de prévention –, et qui comprend, entre autres, les programmes issus du PRAM (de façon exhaustive en ce qui concerne les URCAM). Or, il faut bien constater que ces bases sont loin d'être exhaustives : le fichier URCAM 2000 comprend seulement 103 programmes (dont 23 programmes PRS) alors qu'il n'est pas rare de relever plus d'une vingtaine de programmes dans le PRAM d'une seule région.... Toutes les actions financées sur le FNPEIS ne sont pas saisies dans la base (les actions coordonnées par les CRAM et qui ne sont pas reprises dans les PRAM par exemple). Il est impossible aujourd'hui d'identifier dans la base de façon certaine les actions financées sur le FNPEIS, qu'il s'agisse des actions PRS ou des déclinaisons locales ; la base est principalement quantitative et ne contient pas la plupart des éléments qualitatifs des fiches bilans. »

Sans autre commentaire.

¹³ Base de données de gestion du risque inter régimes.

Les rigidités et rivalités centrales se répercutent en région

La prévention est un domaine de compétences partagées et d'interventions multisectorielles, il est donc normal qu'elle oblige un grand nombre d'acteurs institutionnels à se mettre d'accord. Mais ce mode d'intervention se heurte à la tradition et à la tendance de l'administration centrale à dupliquer un modèle hiérarchique descendant, ne prenant qu'insuffisamment en considération l'hétérogénéité des situations et se prêtant mal à une action interministérielle.

L'administration centrale à la recherche du bon positionnement

De manière générale, les directions d'administration centrale, et la direction générale de la santé n'échappe pas à la règle, ont du mal à trouver le juste équilibre entre leurs responsabilités stratégiques (mobiliser les informations pour établir un état des lieux, porter ces données à la connaissance des décideurs politiques et des citoyens et organiser le débat préalable à la décision, en tirer des objectifs nationaux et des décisions de santé publique, définir les conditions de leur mise en œuvre et de leur évaluation) et les tâches opérationnelles et de gestion. Notre mode d'organisation administrative, essentiellement sectoriel, rend également difficile le pilotage de politiques complexes poursuivant des objectifs d'intérêt général multiples et parfois contradictoires, et pour lesquelles il faut continuellement ajuster les stratégies d'action.

Ainsi de la politique de santé au travail ou de santé environnementale : limiter les risques d'exposition, c'est sans aucun doute permettre d'améliorer, immédiatement ou pour les générations futures, l'état de santé. Mais cela peut en même temps avoir pour conséquence d'affecter telle ou telle activité économique, industrielle ou agricole, et en fin de compte l'emploi.

La hiérarchisation des objectifs est donc de plus en plus difficile, et le danger est alors, à défaut de consensus ou d'arbitrage entre des priorités contradictoires, celui de l'inertie. D'autant que les difficultés de coordination et, parfois, de collaboration peuvent se manifester au niveau central comme à l'échelon déconcentré, y compris entre directions et services des ministères en charge des affaires sociales, qui ont pourtant été souvent réunis sous la responsabilité d'un même ministre. On constate ainsi de nombreux symptômes de cloisonnement entre administration du travail et de l'emploi et administration de la santé, entre administration chargée de l'action sociale et administration de la santé publique, mais aussi entre directions et services en charge de la santé.

Trois exemples concrets parmi d'autres, et de nature différente, pour illustrer le propos dans le domaine de la prévention : la direction départementale des

affaires sanitaires et sociales réalise, dans le cadre des études d'impact prévues par la procédure d'autorisation des installations classées, un diagnostic de l'état de santé des populations habitant autour de l'installation, mais n'a pas compétence pour les populations travaillant dans l'installation. Si les taux d'exposition ne sont pas les mêmes à l'intérieur et à l'extérieur de l'installation, données et méthodes d'investigation sont sûrement proches et ne s'opposent pas au principe d'une unité unique de diagnostic. Rien n'est prévu pour amener le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre à collaborer avec ses collègues médecins de santé publique des directions régionales des affaires sanitaires et sociales, alors même qu'une partie de sa mission, celle de l'animation du réseau des médecins du travail et du suivi de la prévention du risque professionnel en région, ressortit des mêmes outils et des mêmes démarches. Plus grave, sans doute, la direction de la sécurité sociale n'avait toujours pas, au moment où ces lignes étaient écrites, signé l'arrêté permettant d'inscrire à la nomenclature des actes remboursables l'examen biologique dit de « plombémie », indispensable pour lutter contre le risque de saturnisme.

Cette difficulté des services de l'État à trouver le juste positionnement, entre missions stratégiques et tâches de gestion, entre organisation sectorielle et coordination transversale, entre pouvoir central et pouvoir déconcentré, entre supervision stratégique et tutelle étroite, entre évaluation et contrôle a priori, s'observent dans les relations entre l'administration en charge de la santé et les organismes investis d'un large pouvoir délégué. Cette question, qui a pris une dimension nouvelle avec la création de nombreuses agences sanitaires spécialisées, se pose depuis longtemps à l'État dans ses relations avec l'assurance maladie.

État et Caisse nationale d'assurance maladie : rivalité ou collaboration ?

Il n'entrait pas dans l'objet d'un rapport public consacré à la prévention de s'intéresser de manière systématisée aux relations entre l'État et l'assurance maladie, et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en particulier. Mais, l'assurance maladie ne pouvant être considérée comme un partenaire mineur en matière de prévention, il ne pouvait pas non plus s'en désintéresser. Outre les actions de prévention qu'il mène en propre au travers de l'action des caisses primaires d'assurance maladie et des centres d'examen de santé, on l'a vu, le régime général d'assurance maladie est un partenaire et un financeur important dans le domaine de l'éducation à la santé, l'un des principaux maîtres d'œuvre des programmes nationaux de prévention et des plans régionaux de santé, et reste le gestionnaire attitré du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires.

En matière de prévention comme en matière de gestion du risque, la répartition des responsabilités entre l'État et l'Assurance maladie est aujourd'hui l'objet de nombreux débats. Si l'État est responsable de la définition des orienta-

tions et des priorités de la politique publique de prévention, la caisse nationale d'assurance maladie, considérant à juste titre que la prévention est une dimension de la gestion du risque, doit également, dans le respect des objectifs généraux qui lui sont assignés, définir à l'attention de son réseau ses propres priorités.

Par ailleurs, c'est l'Assurance maladie qui dispose des outils de mobilisation des professionnels et des assurés. C'est par elle, souvent, que passe la mise en œuvre des actions de prévention impliquant les professionnels de santé. Si demain l'État décide, après avis d'experts, de mettre en œuvre un plan de vaccination en urgence (dans le cas d'une épidémie de méningite par exemple), ou bien encore un dépistage organisé et systématique pour une pathologie et une tranche d'âge donnée, c'est à l'Assurance maladie qu'il reviendra en priorité, par l'intermédiaire des caisses régionales et locales, d'organiser l'intervention des professionnels et le suivi des assurés. Il n'est pas de la compétence de l'Assurance maladie de décider quel dépistage ou quelle vaccination doit être obligatoire, ni à quel âge et pour quelle population cet acte doit être effectué. De telles décisions relèvent d'une stratégie de santé publique, qui est du ressort et de la responsabilité de l'État. En revanche, il n'est ni dans la vocation ni dans les possibilités des services de l'État d'assurer directement la mise en œuvre de telles décisions. Pour amener les professionnels de santé à orienter leur pratique vers plus de prévention, à l'inscrire dans une démarche de santé publique nécessitant le respect de protocoles, exigeant une approche du patient dépassant le symptôme, requérant un recueil méthodique des données nécessaires à un suivi épidémiologique, c'est l'instrument conventionnel, dont la gestion est déléguée par l'État à l'Assurance maladie, qui est requis.

État et Assurance maladie sont donc des partenaires obligés en matière de prévention. Ce partenariat a souvent pris un tour conflictuel avec le régime général, au point de faire de la maîtrise du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires un enjeu de pouvoir plus ou moins explicite. Les services de l'État ont parfois l'impression que la convention d'objectifs et de moyens est un instrument trop général pour conformer aux priorités décidées par l'État les orientations de la Caisse nationale, mais aussi les actions des caisses primaires dont les initiatives sont mal connues de l'administration centrale, et donc mal perçues. Et il est exact que les caisses nationales d'assurance maladie (CNAMTS, MSA, CANAM) ont eu beaucoup de mal à abandonner toutes leurs prérogatives. De même, le centralisme de la CNAMTS, évoqué précédemment, avec ce qu'il entraîne d'inertie, de lenteurs et de perte d'efficacité, est un motif d'incompréhension de la part de services de l'État confrontés à l'étroitesse de leurs marges de manœuvre budgétaires en matière de santé publique. A contrario, il n'est pas rare que l'État impose à l'assurance maladie, sans réelle concertation préalable, de financer sur le fonds national de prévention telle nouvelle campagne ou tel nouveau plan qui n'avait pas été initialement prévu.

En région, un « syndrome de la fidélité paradoxale »

Dans l'ensemble, les relations entre les services régionaux de l'État et les unions régionales des caisses d'assurance maladie s'approfondissent, et la participation de ces dernières aux plans régionaux de santé progresse. Ainsi, de plus en plus nombreuses sont les régions où une procédure d'instruction commune entre les services de l'État et ceux de l'assurance maladie a été mise en place afin de faciliter la sélection et le financement des projets.

Témoigne de cette coopération grandissante la part prise par l'Assurance maladie, et le régime général en particulier, dans le financement des plans régionaux de santé. Celle-ci atteignait en 2000 l'équivalent de 3,4 millions d'euros, ce qui représentait 52,5 % des budgets des actions engagées (50 % via le FNPEIS, 2,5 % via les organismes locaux divers). L'Assurance maladie est donc le premier financeur des plans régionaux, nettement devant l'État (23 % des budgets environ), les collectivités territoriales (8,5 %) et la mutualité (1,3 %).

Mais l'enchevêtrement des programmes de l'Assurance maladie et le centralisme des procédures, si poussé dans le cas du régime général qu'il pouvait encore arriver jusqu'à une date récente (2001) que le niveau central refusât une subvention accordée au niveau régional, continue à constituer un obstacle à une coopération véritablement efficace. Parlant au nom de ses collègues à l'occasion des derniers travaux de la Conférence nationale de santé, le directeur d'une union régionale des caisses d'assurance maladie s'exprimait ainsi : « *A la multiplicité des décideurs correspond une multiplicité d'objectifs. Qui dit profusion, dit inefficacité. Des tris sont à faire. Le plan de la CNAMTS, le plan de la MSA, celui de la CANAM, se chevauchent... En d'autres termes, la volonté de clarification originelle des ordonnances de 1996 a perdu de son impact et de son sens.* »

Concrètement, cela peut conduire à des décisions incohérentes. Dans tel cas, l'Assurance maladie refusera de collaborer au financement d'un projet dont elle estimera soit qu'il ne répond strictement pas aux critères de financement qu'elle a retenus pour chacun des fonds susceptibles d'être sollicités : ainsi un projet de réseau de télémédecine entrant dans le cadre du plan régional de santé « périnatalité » du Languedoc-Roussillon n'a été jugé éligible ni au fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire, ni au fonds pour l'amélioration de la qualité des soins de ville, au motif que les équipements destinés à être utilisés par des professionnels de santé exerçant en libéral seraient implantés dans des cliniques. A l'inverse, il arrive que l'échelon régional, voire un organisme de base, passe outre les directives nationales. Ainsi, certaines caisses d'assurance maladie acceptent, dans le cadre d'actions concertées, de financer la prise en charge d'actes de dépistage précoce non prévue par la réglementation nationale, tels que le test Hémocult, l'examen de plombémie ou certains tests buccodentaires visant à analyser l'état bactériologique d'enfants développant beaucoup de caries.

De plus en plus, les organismes régionaux et locaux d'assurance maladie sont écartelés entre deux devoirs de fidélité, confrontés à la coexistence de deux

logiques, celle, nationale, de leur institution d'appartenance, et celle, régionale, de leur partenariat dans les plans régionaux de santé. Cela n'aboutit qu'à susciter ou renforcer des incohérences, des incertitudes et des rivalités contre-productives.

La tentation de l'organisation descendante

Dans le domaine de la santé, le paysage institutionnel a singulièrement changé au cours des dernières années, notamment à la suite du choc causé par l'affaire du sang contaminé. La volonté de mieux « gérer » les problèmes de sécurité sanitaire, la préoccupation de prendre des décisions conformes au dernier état de la science et du progrès, ont conduit à multiplier les instances d'expertise et à réunir dans des agences spécialisées la plupart des missions technique nécessitant une concentration des compétences, notamment dans les domaines de la surveillance et de l'évaluation.

Un nouveau mode d'organisation était alors envisageable au niveau central, celui d'une administration centrale resserrée sur son cœur de métier, la définition des orientations nationales, la production de normes et le suivi de leur application, et s'appuyant pour mener sa politique sur des institutions spécialisées. Mais le mouvement de création des agences et des établissements publics spécialisés ne s'est pas accompagné d'une réflexion d'ensemble sur le rôle nouveau et les modalités d'intervention de l'administration centrale de la santé. Celle-ci, tiraillée entre les aspirations à la déconcentration et les vellétés d'autonomie des établissements publics ainsi créés, a du mal à trouver la juste posture et le mode d'exercice de la tutelle approprié. Réticente à se dessaisir de sa technicité et craignant de perdre son autorité, il lui arrive encore trop souvent d'intervenir au jour le jour sur les conditions de mise en œuvre de ces orientations. De même, la tentation est forte, pour les établissements à responsabilités déléguées, de se lancer dans une forme de course au pouvoir et à mesurer leur efficacité au nombre de postes créés et à la mise en place de structures déconcentrées dédiées et placées sous leur autorité.

L'Institut national de veille sanitaire et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé illustrent à cet égard, chacun à leur manière, la difficulté de concilier la mise en valeur de l'organisation régionale existante et la nécessité, pour les établissements sanitaires spécialisés, de disposer en région d'instruments ou de moyens spécifiques.

L'Institut national de veille sanitaire

L'Institut national de veille sanitaire, qui a succédé au réseau national de santé publique, est chargé d'une mission de surveillance permanente de l'état de santé de la population et de son évolution, mission qui repose en particulier sur

des activités de surveillance et d'investigations épidémiologiques, et d'évaluation du risque. Etablissement public, l'InVS est organisé en cinq départements, inégalement dotés en effectifs comme en moyens d'intervention¹⁴. Pour mener à bien sa mission de surveillance, l'institut dispose, outre ses moyens centraux, de cellules interrégionales d'épidémiologie de la santé (CIREs)¹⁵, qui ont pour mission l'épidémiologie d'intervention et l'évaluation quantifiée des risques, principalement dans les domaines des maladies transmissibles et des maladies liées à un environnement nocif.

La première convention d'objectifs et de moyens a été passée entre l'institut et la direction générale de la santé, et, de façon générale, les relations de l'institut et de l'administration centrale paraissent avoir trouvé un bon équilibre.

On constate malgré tout que l'insertion des cellules interrégionales, d'épidémiologie de la santé, mises en place en 1995 et au nombre de neuf en 2002, rencontre parfois des difficultés en région, du fait de la difficile intégration des équipes au sein des services de l'État. Ces cellules interrégionales placées sous l'autorité hiérarchique des directions régionales des affaires sanitaires et sociales et sous la tutelle scientifique de l'InVS, sont pourtant animées par un binôme, composé d'un médecin inspecteur de santé publique et d'un ingénieur de génie sanitaire. Sur le terrain, hormis les directions départementales des affaires sanitaires et sociales auxquelles elles apportent un soutien méthodologique, les CIRE travaillent avec un large éventail de partenaires qui varie d'une région à l'autre (directions de services vétérinaires, directions régionales de l'industrie, de la recherche et de l'environnement, collectivités territoriales, hôpitaux, centres antipoison, observatoires régionaux de santé, etc.). L'InVS a pu réaliser de nombreuses études via les CIRE, dont l'utilité est à souligner. A cet égard, on peut regretter que, lors de la création de l'InVS, l'articulation de ces structures avec l'ensemble des services déconcentrés de l'État et avec les observatoires régionaux de santé, eux-mêmes très diversifiés du point de vue de leurs thématiques d'observation, de leurs moyens et de leurs partenariats, n'ait pas fait l'objet d'une réflexion globale, de nature à mettre sur pied des outils d'épidémiologie, de surveillance et d'alerte cohérents et utiles à l'ensemble des services de l'État.

Dans le cadre de la préparation du projet de loi relatif à la politique de santé publique, l'intégration des CIRE et des ORS dans le pôle santé publique

¹⁴ Quatre départements par domaine (maladies chroniques et traumatismes ; maladies infectieuses ; santé /environnement ; santé au travail) et un département d'administration générale.

¹⁵ Par ailleurs, l'unité cancer dispose de relais locaux, notamment par le biais des registres du cancer, et, plus récemment, des centres de gestion départementaux des dépistages des cancers du sein. Le département des maladies infectieuses peut s'appuyer, pour la surveillance de l'épidémie VIH, sur la procédure de déclarations obligatoires. Le département de la santé au travail doit quant à lui rechercher ses propres sources de données ; c'est dans cet esprit qu'a été envisagée une collaboration avec les centres d'examen de santé de la sécurité sociale, en vue de les organiser en laboratoires de santé publique chargés de suivre le risque post-professionnel.

régional mériterait d'être examinée. La question de leur degré d'autonomie par rapport à leur tête de réseau comme celle de leurs moyens se posent alors.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Paradoxalement, la transformation du comité français d'éducation pour la santé, opérateur principalement dédié à des actions de communication grand public, à l'élaboration d'outils de communication ciblés et à l'animation du réseau des comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé, en un établissement public, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, chargé, aux compétences plus larges, semble avoir diminué le degré d'autonomie de cette institution.

En effet, alors que le comité français d'éducation pour la santé, financé pour l'essentiel financé par la caisse nationale d'assurance maladie, disposait d'une assez large autonomie pour mettre en œuvre les campagnes de communication décidées au niveau gouvernemental, il semble que les relations actuelles entre la direction générale de la santé et l'Institut de prévention n'aient pas encore trouvé leur point d'équilibre. Ainsi, la direction générale de la santé intervient de façon itérative sur le contenu précis des messages, quand sa compétence, qui s'arrête où commence le champ des techniques publicitaires, devrait se cantonner à bien définir les objectifs et les cibles des campagnes de communication. Aux dires de nombreux observateurs (au-delà de l'institut lui-même), la tutelle exercée sur l'INPES est pesante, parfois tatillonne, et au final considérée par beaucoup comme inefficace. La direction générale de la santé, en effet, a tendance à intervenir dans la mise en œuvre des actions à chaque étape du processus : élaboration de l'appel d'offres, choix des projets, sélection des communicants, choix des scénarii, des images et parfois même correction de brochures déjà éditées...

Une analyse rapide de l'organisation et du mode d'intervention actuels de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé montre à la fois ses potentialités et ses limites. L'institut a notamment hérité du CFES une indéniable expertise en matière de campagnes grand public, et une culture en promotion de la santé. Des synergies ont été également développées, avec l'INSERM et l'InVS pour la collecte et l'amélioration des connaissances, avec la Caisse nationale d'assurance maladie pour la coordination des campagnes grand public et les actions auprès des professionnels, avec la direction générale de la santé pour inscrire son travail d'opérateur dans un processus de programmation nationale (cf. l'exemple du programme de prévention de la consommation d'alcool, cité en encadré). Mais, la définition de son domaine d'autonomie d'une part, et de son niveau d'intervention en région d'autre part, constituent aujourd'hui des hypothèses qui doivent être levées au plus vite. Le projet de loi relatif à la politique de santé publique devrait en être l'occasion.

Le programme de prévention de la consommation excessive d'alcool

Ce programme s'inscrit dans le plan national élaboré par la direction générale de la santé : stratégie d'action alcool, programme d'éducation pour la santé, prévention des risques liés à la consommation excessive d'alcool et programmes régionaux d'accès aux soins et à la prévention.

Il s'appuie sur l'expertise collective Inserm 2001 sur les effets sur la santé de l'alcool et les recommandations de l'OMS.

C'est un programme de prévention qui reprend les principales connaissances sur les déterminants de la consommation excessive d'alcool, ses conséquences, les personnes concernées et les lieux de surconsommation.

Sont analysés ensuite les principales actions en œuvre, tant celles des acteurs de prévention (CFES et Assurance maladie en 2001, Sécurité routière et prévention routière, MILDT, Association nationale de prévention de l'alcoolisme, associations néphalistes (alcooliques anonymes, Vie libre, Croix bleue) que celles des professionnels de l'alcool (Entreprise et prévention, Vin et Société...).

Le programme analyse ensuite les campagnes récentes, celle nationale « L'alcool, pas besoin d'être ivre pour en mourir », celles en direction des professionnels « Alcool, ouvrons le dialogue » et des journalistes, avec la Newsletter « Alcool actualités ».

Au niveau régional, l'INPES a repéré les programmes régionaux de santé alcool, addictions, dépression et suicide et cancer dont le volet prévention intègre la thématique alcool.

Ces plans et programmes ont donné lieu à 50 actions sur le terrain en direction soit des jeunes, soit des professionnels, soit de la population carcérale, des populations défavorisées, des établissements scolaires, des missions locales.

On notera que ne figure dans cette analyse des actions de prévention aucune évaluation quantitative du nombre de personnes touchées.

A partir de cette analyse, l'INPES a donc décidé d'intensifier la campagne anti-alcoolique, tant dans l'objectif qui vise maintenant non plus à prévenir l'ivresse ou même la consommation abusive, mais à promouvoir la consommation faible, en installant des repères et en visant à changer les représentations sociales de l'alcool.

L'ensemble des stratégies élaborées repose sur l'idée que savoir et comprendre rationnellement aboutirait à modifier les comportements.

Seules les actions de prévention secondaire ou tertiaire, dépistage de la consommation abusive et aide au sevrage, engagées avec les professionnels, avec le développement d'outils pour le milieu de soins sortent un peu de cette logique de la rationalité supposée du comportement.

Peut-être, l'INPES devrait-il analyser avec moins d'a priori les stratégies des producteurs d'alcool, pour comprendre comment ils sont en prise avec la culture contemporaine pour réfléchir sur des moyens de prévention plus adaptés.

Par ailleurs, la création de l'Institut national a abouti à une certaine déstabilisation du réseau des comités régionaux et des comités départementaux d'éducation pour la santé, sur lequel s'appuyait le CFES. Ceux-ci se sont d'ailleurs

récemment regroupés en une fédération, autonome par rapport à l'institut, qui n'a pas encore été en mesure d'adopter à leur égard une attitude claire. La loi, on l'a vu, a prévu la création de délégués régionaux, qui n'ont pu être mis en place pour des raisons budgétaires. Le risque de double emploi de ces délégués avec les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé est évident. La question de l'articulation de ses éventuels moyens régionaux avec les structures existantes se pose à l'INPES en des termes voisins de celle qui se pose à l'InVS pour ses relais régionaux. Là encore, on ne peut que regretter l'absence de réflexion globale préalable à la création de structures nouvelles.

La problématique des délégués régionaux de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est paradigmatique. Chaque tête de réseau a tendance à reproduire un schéma vertical inspiré de l'organisation ministérielle : administration centrale, services régionaux, services départementaux. Généralisé et démultiplié par le nombre des établissements autonomes spécialisés, ce type d'organisation risque de renforcer les cloisonnements et d'aviver les querelles de territoire. La nécessité de relayer la politique nationale de prévention par une action territoriale cohérente appelle d'autres modes d'organisation, privilégiant la coordination et la complémentarité.

Là encore, au moment où, dans le cadre de la préparation de loi relative à la politique de santé publique, est envisagée en région la constitution d'un pôle de santé publique, une réflexion d'ensemble sur les fonctions, les besoins, et relations des différents acteurs régionaux et nationaux s'impose.

Les difficultés de l'action interministérielle

Le ministère de la Santé, confronté de manière récurrente à la relative faiblesse de ses moyens au regard de ses missions, a souvent du mal, dans les domaines où ses responsabilités sont partagées avec d'autres départements ministériels, soit à imposer son point de vue, soit à adopter un mode d'intervention efficace. Ceci est bien illustré dans le secteur de l'environnement, au travers de l'exemple des installations classées soumises à autorisation

La difficile collaboration entre le ministère de la Santé et celui de l'environnement

La loi sur l'air du 30 décembre 1996 a précisé le contenu des études d'impact réalisées dans divers cas de figure (demande d'autorisation des installations classées, projet d'aménagement d'infrastructure ou de stations d'épuration) en indiquant qu'elles devaient intégrer les « effets » du projet « sur la santé et les mesures envisagées pour supprimer, réduire, et, si possible, compenser les conséquences dommageables pour l'environnement et la santé ».

Même si les études d'impact des installations classées visaient depuis l'origine (1976) la protection de la santé, « *la modification* » introduite par la loi sur l'air « *a conduit à mettre en lumière une exigence qui existait certes déjà, mais qui était insuffisamment prise en compte* » comme le signale la circulaire de la direction de la prévention des pollutions et des risques du ministère de l'Environnement, en date du 19 juin 2000. Le besoin de formation des services déconcentrés chargés de donner des avis ou d'instruire ces dossiers autant que les difficultés des bureaux d'étude à remplir cette obligation, ou encore la nécessité de mettre en place des groupes de travail sectoriels, témoignent de l'importance des changements induits par la loi sur l'air.

L'expression « volet sanitaire des études d'impact » (VSEI) est utilisée ici par commodité, bien que cette dénomination fasse l'objet de débat entre les administrations de la Santé et de l'Environnement. La mesure des effets sur la santé d'une installation suppose une caractérisation du risque qui découle des différents voies d'exposition (eau, air, sol, alimentation), et suppose, au minimum, un effort de synthèse, et non une simple compilation des données sanitaires présentes dans les volets établis par milieu.

La totalité des circulaires d'application des mesures relatives à l'approfondissement des études d'impact émane soit de la direction de la prévention des pollutions et des risques (DPPR), soit de la direction générale de la santé. L'absence de circulaire conjointe, autant que le contenu des circulaires ministérielles, sont symptomatiques des difficultés de collaboration sur ce sujet. Les circulaires font référence aux outils mis en place par chacune des directions : la direction générale de la santé mentionne le guide méthodologique de l'Institut national de veille sanitaire, la DPPR celui de l'Institut national de l'environnement industriel et des risques. De même, la direction générale de la santé mentionne la mise en place d'un observatoire destiné à mutualiser les pratiques des directions départementales et des directions régionales des affaires sanitaires et sociales, tandis que la DPPR présente ses différents groupes de travail thématiques qui ont pour objectif de préciser le contenu des aspects sanitaires des études d'impact.

L'organisation de la formation des agents des services déconcentrés à l'évaluation des risques sanitaires et son application aux études d'impact est également révélatrice des difficultés de coordination des deux ministères qui disposent chacun de leur réseau de formation, via l'Ecole nationale de la santé publique pour celui de la Santé, et l'Institut national de l'environnement, pour celui de l'Environnement. Malgré les efforts des responsables des formations aux volets sanitaires des études d'impact au sein des deux organismes de formation, très peu de sessions communes ont été réalisées. Pourtant, une telle formule aurait eu au moins le mérite de faciliter un certain brassage culturel.

Néanmoins, la tenue d'un séminaire conjoint sur le thème des volets sanitaires des études d'impact, en janvier 2002, témoigne de la capacité des ministères à dépasser ces difficultés. La mission a également pu constater au cours de

ses déplacements que les collaborations au niveau local semblaient plus aisées entre les directions régionales de la recherche, de l'industrie et de l'environnement (DRIRE) et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, qu'entre leurs administrations centrales. Par exemple, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Nord et la DRIRE du Nord-Pas-de-Calais ont rédigé une grille commune d'analyse de la recevabilité des dossiers du point de vue des impacts sanitaires, diffusée aux entreprises à travers le site Internet de la DRIRE. Des initiatives similaires ont été menées dans d'autres départements, et mutualisées sur le réseau d'échanges en santé environnementale (RESE) du ministère chargé de la santé.

Nonobstant les difficultés de coordination des deux ministères, les modifications introduites par la loi sur l'air ont contribué à une diffusion de la culture d'évaluation des risques sanitaires, aussi bien dans les administrations concernées que parmi les acteurs économiques et les bureaux d'études chargés de la réalisation des études d'impact. L'INERIS, qui a évalué l'évolution de la qualité des études d'impact, note ainsi : un début de structuration de la démarche d'évaluation sanitaire ; une moins grande confusion entre les notions de danger et de risque ; une utilisation plus pertinente des valeurs toxicologiques de référence (les études d'impact utilisaient auparavant de façon quasi systématique les valeurs limites d'exposition professionnelle).

En matière de santé au travail, une mise en retrait de la direction générale de la santé regrettable

Le retrait du ministère de la Santé s'explique par des raisons historiques. Le rattachement originel de la médecine du travail au ministère du Travail est toutefois ambigu : on a confondu l'organisation de la médecine du travail, qui relevait normalement des compétences de l'administration du travail, et la discipline médicale, dont l'exercice devrait relever des compétences du ministère de la Santé. On a bien constaté, à l'occasion de l'affaire de l'amiante, à quelles conséquences dramatiques pouvait aboutir un suivi inapproprié des populations ; en 1996, les médecins du travail des entreprises concernées étaient dans la plupart des cas incapables de recenser les salariés qui avaient été exposés au risque.

De même que l'importance des enjeux sanitaires liés au risque professionnel exige une présence plus affirmée de l'État dans la définition de la politique de prévention, qui ne peut plus être seulement déléguée aux partenaires sociaux, de même la compétence unique du ministère du Travail en ce domaine semble aujourd'hui dépassée. Si les risques professionnels ont une dimension spécifique touchant à l'organisation et aux relations du travail en entreprise, donnant à l'évidence à ce dernier un rôle irremplaçable, les problématiques de la santé au travail, tant par la nature des facteurs de risques que par les méthodes requises pour les surveiller et les prévenir, tendent de plus en plus à interroger le domaine de la santé publique. Dans de nombreux pays développés, d'ailleurs, cette déconnexion entre santé publique et santé au travail n'existe pas.

La politique de prévention du risque sanitaire en milieu de travail souffre de son isolement. Dans les institutions du travail, la place laissée à l'expertise médicale au sein de la direction des relations du travail est faible, et le positionnement des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre au sein des directions régionales est difficile. Du côté de l'administration de la santé, la santé au travail aussi est marginalisée. La situation du département de santé au travail de l'Institut de veille sanitaire, « fort » d'une dizaine de personnes environ, est à cet égard emblématique. Il faut dire que la simple création de cette unité suscita dans un premier temps des réticences de l'administration de travail, aujourd'hui vaincues semble-t-il.

La coordination des interventions des trois directions d'administration centrale compétentes (direction de la sécurité sociale, direction des relations du travail, direction générale de la santé) vis-à-vis de l'assurance maladie semble insuffisante, chacune agissant dans le cadre de ses prérogatives, mais sans vision commune et globale sur l'institution.

L'État ne peut se poser en seul pilote de la politique de prévention. Reste alors à déterminer le rôle de chacun, l'État étant en charge de la définition des grandes priorités de santé publique et de prévention, cette définition ne pouvant faire l'économie d'une concertation préalable avec les acteurs sociaux. Les représentants de la direction des risques professionnels à la caisse nationale d'assurance maladie considèrent que si la définition des règles relève de l'État (et de l'Union européenne), leurs conditions de mise en œuvre mettent également en scène la Sécurité sociale et des organismes divers, tels que l'Office professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics.

Pour donner une plus grande lisibilité et accroître l'efficacité de la prévention, il faut en revanche veiller à la coordination des acteurs, en supprimant les redondances et en clarifiant les missions et les rôles entre le Conseil supérieur de prévention des risques professionnels, les comités techniques nationaux, la commission accidents du travail, maladie professionnelle. La tutelle de l'Institut national de recherche et sécurité mérite une attention particulière, surtout si l'État a la volonté de fixer des orientations en matière de recherche sur la santé au travail dans le cadre de la politique qu'il a préalablement fixée.

*

* *

L'effort de structuration des politiques de santé publique est donc réel et a produit certains fruits ; il est cependant freiné par les organisations trop centralisées et cloisonnées, non seulement des administrations centrales, mais aussi de l'Assurance maladie, voire des établissements publics créés en appui technique à la décision de santé publique.

Cette organisation sclérosante empêche alors une mobilisation des forces vives et peut étouffer l'initiative des acteurs.

Chapitre 3

Les politiques de prévention peinent à mobiliser les acteurs

Que ce soit pour recueillir des données, élaborer des programmes et mettre en place des actions ou trouver des moyens d'éducation pour la santé innovants et efficaces, les politiques de prévention seront évaluées dans leurs effets pratiques, sur le terrain.

Or qu'il s'agisse des acteurs de soins, d'éducation ou des producteurs de risques et des usagers, les politiques de prévention ont du mal à se diffuser de manière large et systématique.

Un effort récent pour mobiliser les professionnels de santé

Quel que soit le type de risque, collectif ou individuel, les mesures concrètes de lutte devront être mises en œuvre par des professionnels appartenant à différents réseaux.

Les professionnels de santé, qui ont aux yeux des citoyens une légitimité pour toute question de santé, sont les premiers concernés, mais sans doute s'agit-il aussi de mobiliser l'ensemble des acteurs participant aux politiques publiques ayant une dimension préventive, qu'ils appartiennent à la sphère publique ou privée.

La participation des professionnels de santé aux actions de prévention n'est pas organisée

Tous les professionnels de soins participent aux actions de prévention, mais il est nécessaire de leur donner des outils pour qu'ils puissent inscrire leur action dans une démarche de santé publique.

Les médecins réalisent, on l'a vu, un grand nombre des actes de soin préventif : dépistages, vaccinations, éducation thérapeutique, promotion et éducation pour la santé, aide à la réinsertion. Mais jusqu'à présent, ils pratiquent essentiellement une prévention clinique, limitée au colloque singulier avec le patient.

Hormis dans certaines spécialités et dans certains modes d'exercice, la consultation de prévention est peu répandue. Les généralistes, quand ils sont « médecins de famille », ont un rôle de prévention et d'éducation pour la santé tout à fait important. Mais leurs conditions d'exercice, notamment les consultations courtes, et les risques de nomadisme médical de la part des malades, ne leur permettent pas toujours de bien l'exercer. S'agissant des spécialistes, les pédiatres et les gynécologues médicaux effectuent systématiquement des consultations de prévention primaire. D'autres spécialités médicales interviennent davantage en prévention secondaire ou tertiaire. Ainsi des rhumatologues qui donnent à leurs patients des conseils de modes de vie, de posture, des gastro-entérologues qui conseillent également en diététique, ainsi que les cardiologues, les diabétologues, etc.

Deux caractéristiques entravent le bon exercice de la prévention en France : d'une part l'isolement des médecins par rapport aux autres professions de santé et sociales ; d'autre part les modes d'exercice libéral, qui privilégient le paiement à l'acte.

A l'hôpital, si l'exercice médical se fait en équipe, il faut noter toujours et encore un grand cloisonnement des compétences. Celles-ci, définies par voie réglementaire, évoluent difficilement, ce qui ne facilite pas l'adaptation des pratiques au progrès technique. Ainsi certains actes de dépistage simples pourraient-ils être réalisés et lus par des techniciens et validés par des médecins. Si l'on veut que les médecins se consacrent à l'éducation thérapeutique, mais aussi à l'écoute de leurs malades et à la bonne évaluation de leur plainte (et qu'ils ne se précipitent pas dans une inflation d'actes exploratoires), il faut les décharger d'un certain nombre d'actes techniques. Si l'on veut que les infirmiers jouent un rôle entier d'éducation thérapeutique, de suivi des malades au plus proche, il faut que l'organisation des soins, à l'hôpital au moins, valorise ce rôle.

En dehors de l'hôpital, les médecins travaillent rarement en équipe, sauf à partager un secrétariat. Pourtant, là aussi, la collaboration des médecins avec les infirmiers, des obstétriciens avec les sages-femmes, des pédiatres avec les puéricultrices, des psychiatres avec les psychologues, les orthophonistes, les psycho-motriciens, les infirmiers psychiatriques, pourrait donner une meilleure efficacité aux actions de prévention. Jusqu'à présent, seul l'exercice en établissement permettait cette collaboration autour du malade et de son environnement. Il est donc important de développer en exercice libéral des formes de travail en réseau.

Les outils élaborés dans les années récentes dans le cadre de l'assurance maladie devraient le permettre, à condition que les textes régissant l'exercice professionnel des différentes spécialités médicales et paramédicales étendent à d'autres professionnels la pratique d'actes jusqu'alors réservés à certains spécialistes (on peut citer en exemple la reconnaissance des psychothérapies effectuées par des psychologues, des traitements des psychomotriciens, de divers examens effectués par des infirmiers, des techniciens de biologie, de radiologie, d'échographie).

Le développement des examens de prévention devra s'accompagner, si l'on ne veut pas qu'il obère le développement d'autres activités de soins ou de prévention, d'une redéfinition des compétences des professionnels qui les pratiquent. Cette réflexion sur le transfert de tâches a été largement entamée (et mise en œuvre) dans de nombreux pays.

Les outils pour un travail de santé publique sont très récents

Hormis ces problèmes de répartition des compétences entre médecins et professionnels paramédicaux, se pose la question de l'organisation du travail des médecins et de son efficacité en termes de santé publique.

Pour cela, il est nécessaire qu'ils disposent des bons outils d'éducation pour la santé, de dépistage et d'orientation d'une part, mais également qu'ils effectuent notamment les actes de dépistage de manière systématique et suivie. Les institutions s'occupant de prévention ont développé des outils à l'usage des professionnels de santé. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, comme avant lui le Comité français d'éducation pour la santé, élaborent systématiquement, en même temps que la brochure grand public, une version à l'usage des professionnels de santé.

De manière générale, chaque travail effectué par le ministère de la santé sur une pathologie, sur une stratégie de prévention, se conclut par une proposition de formation initiale et continue en direction des médecins et des paramédicaux concernés.

L'Assurance maladie, quant à elle, utilise plusieurs outils qui visent à améliorer les pratiques en santé publique des professionnels de santé, notamment sur le volet prévention.

Les réseaux de santé ont accédé au statut de structure à part entière de l'offre de soins, au même titre que les établissements, de par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et de par la loi relative au droit des malades et à la qualité du système de soins. Mais leur financement dépend encore de nombreuses institutions, État (DRASS et DDASS), agences régionale de l'hospitalisation (ARH), unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), collectivités territoriales, industrie. La loi de financement de la

sécurité sociale précitée a prévu une enveloppe pour le développement des réseaux, un arrêté ministériel en fixant la répartition régionale. Cette enveloppe concerne tous les champs du domaine sanitaire et social, médecine de ville, hospitalière, secteur médico-social. Mais il s'agit de mesures incitatives et non pas d'un financement pérenne.

Les contrats de santé publique sont lents à se développer, mais là encore le mouvement semble engagé.

Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)

Le FAQSV a été créé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 pour une durée de cinq ans. Il a été prorogé jusqu'en 2006.

Ce fonds a une vocation large : financer toute action participant à la qualité et à la coordination des soins mis en œuvre par les professionnels libéraux exerçant en ville, seuls ou en partenariat.

Quatre types d'actions sont privilégiées :

- la promotion de la coordination des soins, les réseaux ;
- l'amélioration des pratiques professionnelles ;
- le développement du partage d'informations ;
- le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le FAQSV peut financer tout type de dépenses, équipement, étude, fonctionnement.

Il faut cependant noter que le FAQSV est réservé aux professionnels libéraux ; c'est ainsi que le projet du PRS périnatalité du Languedoc Roussillon d'équiper en dispositifs permettant la télémedecine des cliniques dans lesquelles des gynécologues et des sages femmes libéraux effectuaient des échographies n'a pu être financé ; le FAQSV n'est pas une aide pérenne, il faudra donc trouver d'autres modes de financement de la surcharge de travail entraîné par de nouvelles manières de travailler, plus attentives à la santé publique

Il est encore trop tôt pour juger de l'impact du FAQSV sur la qualité de l'état de santé de la population dans une région, ou même sur la gestion du risque.

De manière générale, les outils les plus aptes à inciter les médecins et les paramédicaux ainsi que les établissements à adopter des modes d'exercice qui tiennent compte des exigences de santé publique sont d'ordre conventionnel. Pour la prévention, il s'agit finalement d'exigences assez semblables à celles que l'on pourrait attendre d'actes de soins, utilisation de protocoles adaptés aux cas des malades pour effectuer notamment des dépistages systématiques, des interrogations et des consultations de prévention rapportés à des connaissances épidémiologiques qui permettent d'évaluer le risque relatif ; recueil et transmission éventuelle des données épidémiologiques, comme par exemple c'est déjà le cas dans les réseaux sentinelles ; travail en réseau pour permettre un meilleur suivi des personnes dans une vision communautaire ; mise à jour des connaissances, notamment pour mieux évaluer les risques et les stratégies de réduction des risques et de prévention

Les outils incitatifs peuvent jouer de plusieurs modes de paiement : l'augmentation de la rémunération de l'acte, certes, mais aussi le système du médecin référent, la rémunération de certains frais de fonctionnement du réseau, le financement forfaitaire de réunions ou du temps de coordination en équivalant actes. Des contreparties devraient être exigées. Il pourrait s'agir de l'exigence d'une certification des professionnels, de leur participation à une coordination, du suivi de certaines populations et de la fourniture de données...

La difficulté à mobiliser d'autres professionnels

On l'a dit à plusieurs reprises tout au long de ce rapport, l'organisation très cloisonnée des compétences ministérielles rend difficile l'action interministérielle, au niveau central comme à l'échelon local.

Pour mener une politique publique requérant la participation de plusieurs types de professionnels relevant d'administrations ou d'organismes différents, la principale difficulté est de les mobiliser pour une action commune.

Ainsi, l'IGAS n'a pas mené d'enquête spécifique à ce sujet, mais les enquêtes consacrées à l'enfance, à la nutrition, au SIDA et aux infections sexuellement transmissibles, ont montré combien il est difficile de mobiliser l'Education nationale. Pourtant, dès lors qu'elles s'inscrivent dans son propre programme de santé, des actions intéressantes peuvent être menées. On en veut pour preuve l'élan donné à l'éducation pour la santé dans le cadre du plan triennal de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Sans doute, mais c'était déjà le constat du précédent rapport annuel de l'IGAS sur la territorialisation à propos de la politique de la ville, il reste à inventer le moyen de mobiliser dans leur sphère de travail les fonctionnaires pour un objectif d'intérêt général dépassant leur mission de base.

On a par exemple montré comment la médecine scolaire pourrait être l'élément moteur d'une réelle prise en considération de la santé publique à l'école ; pour cela il est nécessaire que les différents services avec lesquels elle devrait collaborer, dans et hors l'école, puissent aussi impliquer les personnels nécessaires. Or, ce qui caractérise l'organisation de l'enseignement en France, c'est qu'il est fondé sur le « collectif classe », et laisse peu de place aux actions qui n'ont pas pour objet la transmission des savoirs. Certes le développement des comités d'éducation civique et de santé a permis l'entrée dans les établissements de la question de la prévention, notamment des comportements à risques. Mais cette action d'éducation à la prévention reste peu liée à l'activité enseignante. L'enfant est une nouvelle fois divisé entre son statut d'élève, d'adolescent et de virtuel élève ou adolescent à problème.

Dans l'éducation spécialisée, parce que le temps nécessité par les activités correctrices ou curatives du handicap laisse moins de place au seul enseignement, se sont développées des pratiques de « projet de l'établissement » auquel est articulé un projet par enfant : réunions de synthèse sur un groupe, un cas ou tout simplement la vie du service ; supervision et accompagnement des pratiques professionnelles, du point de vue de leurs effets sur les enfants, y compris sanitaires. Le temps de travail imparti à ces activités est inscrit dans le statut des personnels, faisant par exemple leur part au travail direct et indirect, et au travail personnel.

Dans l'enseignement, la part laissée au travail personnel est censée représenter uniquement le travail de préparation et d'évaluation des élèves ; éventuellement sont prévus quelques obligations de réunion, d'ailleurs rémunérées : conseils de classes trimestriels par exemple, tutorat de stagiaires.

La question délicate, pour les enseignants comme pour nombre de professionnels du soin, est d'envisager ces collaborations comme autant de facilitations de leur travail plutôt que comme des obligations supplémentaires.

De ce point de vue, le système de formation français, qui, dès l'école élémentaire, évalue les enfants individuellement et peu les travaux collectifs, ne favorise sans doute pas le travail en réseau, voire le travail en équipe. La prévention agit ici comme révélateur des faiblesses des modes de formation et d'orientation de nos systèmes publics, axés sur le recrutement par concours, sur la sanction d'aptitudes individuelles ne prenant pas en compte l'aptitude à travailler avec autrui, et sur une organisation des carrières publiques où les critères de promotion reposent peu sur l'aptitude à conduire une action collective.

Mobiliser des fonctionnaires d'administrations différentes pour élaborer en commun une action suppose donc, au-delà de l'élaboration d'objectifs communs, ce qui est un préalable, de réfléchir en termes de management et de conditions de travail.

Le travail avec les producteurs de risque est à peine entamé

On a longuement exposé toute la complexité de la politique de prévention. L'une de ses difficultés est qu'elle doit réduire des risques dont les conditions de réalisation échappent à la compétence du ministère de la santé. En matière d'environnement, la réduction du risque de pollution pose souvent la question du financement de la dépollution, comme celle des entraves à l'activité économique qu'une réglementation trop contraignante peut engendrer.

Il en va ainsi, d'une certaine manière, dans le domaine de la Santé au travail, dans lequel la recherche d'une totale réduction des risques est susceptible

d'aboutir à l'arrêt de certaines activités industrielles, l'actualité récente n'est pas avare de ces alternatives douloureuses.

En matière de nutrition et d'addictions, la question qui se pose est moins celle d'une opposition éventuelle entre divers objectifs d'intérêt général, que celle du principe de réalité économique, mais aussi sociologique. A l'évidence, il n'est pas dans l'intérêt, du moins immédiat, de l'industrie agro-alimentaire, des publicitaires, des producteurs d'alcool ou de tabac, de faire baisser la consommation de produits néfastes à la santé.

Deux voies s'ouvrent donc : celle de la réglementation, voire de l'interdiction, (de la publicité, de la vente, de l'usage dans certaines conditions) ; et celle de la négociation, (sur les labels, les étiquetages, etc). Ces deux voies ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Certaines populations peuvent être protégées par certaines interdictions, en même temps qu'une négociation pourra accorder des labels ou permettre certaines ventes sous condition d'information.

La formation des fonctionnaires à ces approches, et un travail interministériel étroit entre les services ministériels en charge de la santé publique d'une part et ceux compétents dans les domaines industriels et agricoles d'autre part, est une condition d'un équilibre efficace entre actions sur l'offre et actions d'éducation au risque.

Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que les conduites à risque, notamment les conduites addictives, s'inscrivent dans une constante anthropologique, qui fait du jeu avec le risque une des composantes humaines, individuelle et collective. Les alcooliers l'ont bien compris, qui exploitent, au plus près, les évolutions culturelles et de valeurs de la jeunesse : tablant sur le tribalisme (Nuit des clans, animations en « boîtes »...), les rassemblements festifs, les nouvelles formes d'esthétique. Face à cela, une communication uniquement fondée sur le devoir être, l'interdit, le déni de cette réalité, est vouée à l'échec.

Sans doute la voie adoptée par la MILDT jusqu'en 2002, celle d'une stratégie de « réduction des risques » visant notamment à ce que les consommateurs occasionnels ne deviennent pas des consommateurs habituels, à ce que les habituels ne deviennent pas des consommateurs abusifs, et à ce que ces derniers subissent le moins possible les conséquences en termes d'état de santé de leur consommation, n'a pas fait l'unanimité. C'est pourtant une stratégie adoptée par pratiquement tous les pays européens, et qui semble porter ses fruits, notamment en termes de diminution du nombre de consommateurs de drogues dures. Dans le même esprit, s'agissant de la consommation de cannabis, dont nombre de professionnels ont constaté que pour certains jeunes elle était rapidement abusive et invalidante du point de vue de leur insertion scolaire, sociale et professionnelle, sans doute faut-il développer des stratégies spécifiques de diminution des consommations, plutôt que d'arrêt total.

Or nombre de professionnels de la prévention assimilent cette approche réaliste, qu'elle soit en direction des producteurs de risques, ou qu'elle soit en

direction des usagers, à une collaboration dangereuse. Sans doute faut-il là encore développer, très en amont, les recherches multidisciplinaires qui permettront de rapporter les comportements à risque à un environnement sociologique et psychosocial de façon à développer des stratégies de prévention adaptées. Certains choix stratégiques mériteraient de faire l'objet d'un débat public. Faut-il refuser la collaboration avec les producteurs d'alcool ? Avec les patrons de « boîtes » mettant en place des moyens pour éviter que des personnes ne conduisent en état d'ivresse à la sortie ? Doit-on considérer qu'on légitimerait ainsi l'ivresse ou la prise de boisson abusive ?

Quoiqu'il en soit, les citoyens doivent être mis en position de participer à ces grands débats sur la santé publique.

La difficile participation des usagers

Le Royaume-Uni montre un exemple de diffusion large des connaissances et de recours à la consultation de la population, dont il a formalisé la méthode.

Les plans de santé publique sont élaborés en deux temps, afin d'intégrer l'avis de la population et des personnes concernées. Le projet, élaboré par un groupe d'experts réunissant des représentants de l'administration, des professionnels de santé, des universitaires et des associations, est soumis à une large consultation sur Internet. Des consultations régionales ou ciblées sur les groupes concernés sont également organisées, avec souvent un déplacement des services du Premier ministre.

En matière d'environnement, l'information de la population, des milieux économiques et des associations constitue un élément important de la stratégie de préservation de l'environnement, et de ses conséquences sur la santé, définie dans le plan « santé environnement » du gouvernement. Les conclusions des travaux commandés par le Ministère de la santé au « *Committee on the Medical effects of air pollution* » (COMEAP)¹⁶ ont été largement diffusées auprès de la population, des milieux économiques, des associations environnementales. Elles ont été particulièrement précieuses pour quantifier les effets de la pollution sur la santé tout en notant que les effets à long terme sont mal connus mais seront sans doute plus négatifs pour la santé que ce qui est actuellement estimé.

Après son adoption par le ministre, il a été présenté au public et diffusé sur Internet.

¹⁶ Committee on the Medical effects of air pollution, Quantification of the effects of air Pollution on Health in United Kingdom, 1998.

Les critères des consultations écrites au Royaume-Uni

Le Code de pratique des consultations écrites, établi par le Cabinet Office (services du Premier ministre) en 2000, définit sept critères pour ces consultations publiques :

- prévoir le temps nécessaire à la consultation dès le début de la procédure ;
- indiquer clairement les personnes consultées, les questions posées, les délais et l'objectif ;
- le document doit être simple et concis, avec un résumé et les principales questions sur lesquelles il porte ;
- le document doit être largement diffusé, notamment par voie électronique, et signalé aux personnes concernées ;
- un minimum de 12 semaines doit être prévu pour la consultation ;
- les réponses doivent être soigneusement analysées et les résultats largement diffusés ;
- les ministères doivent piloter les consultations en désignant un coordinateur.

Le débat paraît réel avec, par exemple, pour la stratégie sur la santé sexuelle, 400 réactions sur Internet, six forums régionaux et des consultations avec les principales associations de lutte contre le SIDA. La stratégie finale recense les principaux commentaires et tient effectivement compte des remarques, même si les inflexions apportées sont parfois mineures (par exemple, inversion de la présentation des priorités dans le plan suicide pour mettre en avant les individus et non les moyens de suicide).

Au stade du suivi et de l'évaluation, les personnes concernées sont également associées : dans la plupart des programmes de santé publique, un comité consultatif indépendant rassemble des représentants des associations, des universitaires, des professionnels de santé, des individus... et émet un avis, public, sur la mise en œuvre de la stratégie. Ainsi, pour la prévention des grossesses précoces, un groupe consultatif indépendant, formé de 29 personnes, est chargé d'établir un rapport annuel. L'indemnisation des membres du groupe est prévue avec une indemnité journalière de £111 (175 €) pour assister aux réunions et un remboursement des frais de transport.

Au niveau local, la plupart des programmes associent des représentants des usagers : ainsi les centres *Sure Start* comportent un conseil d'administration avec une représentation tripartite des services sanitaires et sociaux, des associations et des parents, élus pour deux ans. La mobilisation des parents s'avère cependant délicate et la question de leur représentativité se pose. La constitution de panels d'usagers locaux dans les *primary care trusts* s'accompagne d'une réflexion sur leur formation.

Les actions en faveur des toxicomanes, comme celles du centre Margaret de Londres, associent un travail social à une politique de réduction des risques : des

représentants des usagers, sélectionnés par des médecins, participent à des réunions mensuelles de direction.

En France, la volonté de participation des usagers se manifeste à l'échelon régional.

Dans l'évaluation des programmes régionaux de santé et des programmes régionaux d'accès aux soins et à la prévention livrée par la direction générale de la santé, il a été noté que la définition des objectifs relevait plus de « l'intuition, de la conviction » des promoteurs de projet que d'une analyse scientifique. Il était relevé aussi qu'au sein des conférences de santé « coexistent ainsi des apports que l'on peut qualifier de « scientifiques » et des éléments qui n'ont d'autre prétention que d'inciter à la réflexion collective ».

Mais, il est frappant de constater aussi que plusieurs des synthèses régionales effectuées dans le cadre de la préparation de la loi quinquennale relative à la politique de santé publique ont déploré ce glissement du poids des citoyens vers celui des experts.

On peut rapprocher les appréciations de l'observatoire régional de la santé d'Ile-de-France citées en première partie de celles rassemblées pour la consultation régionale en Languedoc-Roussillon : « *La place faite aux usagers doit être plus grande. Les instances de pilotage doivent être repensées dans ce sens. Mais les temps d'échange et de restitution qui se déroulaient dans le cadre de la conférence régionale de santé ne doivent pas disparaître, mais s'élargir à d'autres strates d'acteurs. La disparition de la CRS inquiète. C'était un lieu d'information, d'appropriation et de validation des diagnostics et des priorités. La CRS conservait un droit de suite sur les programmes qui avaient été retenus. La CRS constituait non seulement un aiguillon fort de production pour les institutionnels, mais aussi un lieu de valorisation de leurs actions. Il faut rétablir au plus vite un tel espace au plan régional. La loi de programmation doit pouvoir mettre en adéquation l'observation, les priorités, le pilotage, la conduite des projets et les moyens humains et financiers. Seule cette approche globale permettra un saut qualitatif. De plus, elle devra veiller à ne pas éclater l'approche sanitaire et sociale qui est susceptible de réduire l'efficacité des programmes.* »

On voit bien, et on pourrait multiplier les exemples, l'attachement que portent nombre de citoyens concernés et de professionnels à des démarches de programmation participative. Ces outils, qui peuvent être largement démultipliés grâce à l'utilisation des modes de communication moderne, doivent permettre d'impliquer un grand nombre de personnes, si telle est la volonté politique.

De fait, cette participation de tous, professionnels et citoyens, à la définition et la mise en œuvre d'une politique de prévention efficace passe par un renouvellement des cadres d'intervention de l'administration de la santé.

Chapitre 4

La politique de prévention est à la recherche de nouveaux cadres d'intervention

L'impact de l'intervention de la puissance publique dépend bien sûr de son organisation, mais également d'un certain nombre de choix, qui traduisent des valeurs sociétales. La politique de prévention n'y échappe pas.

Une conception figée de l'égalité

Contrairement à d'autres pays, la France a tendance à confondre égalité et homogénéité ou pour le dire en langage plus juridique, à réclamer qu'à conditions inégales, on traite les personnes de manière égalitaire. Pourtant la remise en cause de la centralisation n'implique pas forcément l'accroissement des inégalités, en tout cas, le modèle jacobin ne peut plus se prévaloir de succès en ce domaine.

Égalité, homogénéité

La lutte contre les inégalités se confond souvent avec la recherche de l'égalité de traitement de tous les usagers. Il appartient certes à l'honneur de ce pays et à l'efficacité de son système de santé de garantir à toute personne, quels que soient ses revenus et son mode de couverture sociale, des soins de qualité égale.

Plus que le soin dispensé, c'est le recours aux soins et, plus généralement, au système de santé, qui est inégalitaire. L'inégalité sociale joue ainsi à deux niveaux. Ce sont d'abord leurs conditions de vie qui affectent négativement l'état de santé des personnes, et notamment en milieu de travail, dont l'impact sur la santé des personnes exposées aux polluants industriels ou agricoles est beaucoup plus important qu'il n'est renseigné dans les statistiques de maladies professionnelles. Mais ces conditions de vie, pour des raisons sociales, psychologiques ou culturelles, sont également de nature à empêcher ou retarder l'accès

aux soins. Or, on sait qu'un mauvais accès aux soins se traduit d'abord et principalement par un recours plus tardif aux spécialistes, et par conséquent au dépitage et à la prévention.

C'est donc des programmes de prévention adaptés à ces « conditions de vie à risques », et des interventions spécifiques en direction des personnes qui y sont exposées, qu'il faut développer.

Jusqu'à présent, chaque progrès réalisé en matière de soins et de prévention a semblé impuissant à réduire les inégalités sociales de santé. Parce que ce sont les classes sociales les plus éduquées, les plus disponibles à des soins et des comportements de prévention, qui les adoptent le plus précocement. Les différences sociales de santé liées à l'usage du tabac ne sont apparues qu'après qu'ont été réalisées les grandes campagnes d'information sur les risques encourus par les fumeurs. Car cette information, sous la forme qu'elle prend en général, atteint davantage les classes sociales les plus aisées et les plus éduquées.

De même, en matière de transmission du VIH, sait-on que si les personnes majoritairement touchées sont maintenant des personnes hétérosexuelles, ce n'est pas en raison d'un quelconque changement d'habitudes chez les groupes hétérosexuels, mais parce que pour une large part les nouveaux cas de contamination touchent des personnes d'origine étrangère, en situation sinon irrégulière du moins précaire.

Là encore ce constat épidémiologique et sociologique requiert un traitement différencié selon les classes sociales, les groupes sociaux, les communautés. Au risque, sinon, de continuer à creuser les inégalités de santé en poursuivant dans la voie de modes d'intervention, de prise en charge et d'information généralistes et faussement égalitaires sur tout le territoire.

Les mauvais résultats en matière d'égalité de l'action centralisée

Longtemps la France a pensé que son système étatique et centralisé la prémunissait des inégalités régionales et sociales. C'est pourquoi dans le secteur de la santé, on a décentralisé avec beaucoup de précaution.

Dans le secteur social, les craintes avaient été identiques, même si dès 1983 l'action sociale de proximité avait été confiée aux Conseils généraux. Ainsi la prise en charge sociale des personnes âgées, l'aide sociale y compris l'aide sociale à l'enfance et le volet insertion du RMI à partir de 1988. La grande crainte était que les élus se désintéressent d'un certain nombre de populations, peu représentatives électoralement et que s'en suivent des inégalités géographiques. Il est vrai, et l'exemple des travaux menés par l'IGAS sur les services de l'aide sociale à l'enfance le montrent, que tous les conseils généraux ne s'impliquent pas dans ces sujets, que certains d'entre eux considèrent comme intéres-

sant peu leurs électeurs. Seuls soixante départements avaient mis en place une carte santé pour les bénéficiaires de l'aide médicale gratuite avant la loi créant la Couverture maladie universelle, mais un certain nombre d'entre eux, avaient une couverture plus avantageuse que l'actuelle CMU complémentaire.

Les enquêtes menées par l'IGAS dans le cadre du précédent rapport annuel, consacré à la territorialisation¹⁷ posaient déjà ce problème de l'équité d'une action territorialisée. « Or, contrairement à ce que suggérait le raisonnement jacobin couramment admis, l'uniformité dans l'application des politiques publiques ne garantit pas l'égalité de traitement et, surtout, elle ne porte pas remède à certaines inégalités structurelles qui appellent au contraire des mesures de discrimination positive. Parce que l'alignement de tous les territoires sur un modèle unique de développement contredit l'hétérogénéité des situations et se révèle contre-productif face à la nécessité de réduire les inégalités, on attend donc de la territorialisation qu'elle aide à identifier les besoins locaux et qu'elle contribue à susciter des réponses adaptées et non monolithiques. »

S'agissant de la réduction des inégalités de santé entre classes sociales ou entre territoires géographiques, le problème est donc identique. La conception centralisatrice et étatiste a échoué relativement dans la réduction des inégalités de santé. Sans doute parce qu'elle n'était pas capable de mettre en place les actions ciblées nécessaires.

La nécessité d'une action ciblée

Qui se souvient encore des campagnes de vente de timbres antituberculeux, effectuées par les plus anciens d'entre nous, quand ils étaient enfants des écoles ? Les objectifs, les moyens d'actions, les populations cibles coïncidaient et l'école de la République pouvait servir de vecteur à ces politiques de prévention. Les refus de vaccination étaient rares, l'hygiène était enseignée en même temps que la morale, l'alcoolisme était non seulement montré du doigt, mais l'alcoolique stigmatisé sur des affiches, ce qui serait passible de nos jours d'une sanction pénale.

Notre « société postmoderne » est éclatée ; de nombreux travaux ont montré au cours de ces deux dernières décennies combien elle avait tendance à se fragmenter en groupes sociaux aux modes de vie et aux valeurs très marqués, ce qui a amené certains à parler de tribalisme.

¹⁷ Politiques sociales de l'État et territoires, rapport annuel 2002 de l'IGAS, ed. La documentation française

Comment dès lors développer des stratégies de prévention ciblées, sans risquer un effritement de l'action publique ?

Les exemples étrangers montrent que la question se pose dans tous les pays de développement comparable. L'exemple de la lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles a commencé en France à en prendre la mesure.

Les résultats décevants de la lutte contre le tabagisme au Québec ont amené une réorientation vers des politiques plus ciblées

Au Québec, près d'un tiers de la population de plus de 15 ans fume : le tabac serait à l'origine de plus de 12 000 décès par an et serait notamment la cause de 85 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques, 30 % des maladies cardiovasculaires et 30 % des cancers.

En 1992, les coûts associés au tabagisme ont été estimés à 1,5 Mds € dont 421 M € en coûts directs de santé. La consommation de tabac est particulièrement élevée chez les plus jeunes : près d'un tiers des adolescents en 5^e secondaire fume et 39 % des 18-25 ans. En 2000, 18,6 % des élèves du secondaire se déclaraient des fumeurs quotidiens ou occasionnels et 10,4 % des fumeurs débutants.

Parmi les priorités de santé publique du plan 1997-2002, la lutte contre le cancer, en particulier le cancer du poumon, figure en bonne place. Pour lutter contre le tabagisme, le Québec a choisi plusieurs orientations : la réglementation, avec une loi sur le tabac du 17 juin 1998, moins restrictive que la loi française, prévoit le contrôle de la vente et de la publicité, restreint l'usage, de manière assez stricte dans les lieux de travail, de manière moins ferme dans les espaces publics où il n'est pas prévu « d'espaces sans tabac » à l'exception des lieux destinés aux mineurs ; la taxation des produits du tabac ; la prise en charge de trois produits d'aide à la cessation du tabac par les régimes d'assurance maladie.

Le nombre de fumeurs, et surtout de jeunes fumeurs, n'ayant pas régressé, le Québec vient de décider de lancer une politique de prévention globale en utilisant tous les leviers à sa disposition : un plan de lutte contre le tabagisme a été lancé pour 2001-2005, avec, au-delà de l'objectif général de réduction de 28 % du taux de tabagisme chez les plus de 15 ans, une orientation forte en direction des jeunes : se donner comme objectif chiffré de réduire le taux de tabagisme chez les jeunes du secondaire (13 % pour les garçons, 20 % pour les filles).

Plan de lutte contre le tabagisme au Québec

Le plan s'est appuyé sur les recherches menées par l'INSPQ, en particulier une évaluation des politiques de prévention du tabagisme¹⁸ extrêmement intéressante publiée en avril 2001. Grâce à une revue de la littérature scientifique, elle mesure l'efficacité respective des différentes actions (en nombre de fumeurs ayant cessé de fumer après 12 mois) et leur coût par fumeur ayant cessé de fumer.

La hausse du prix du tabac est une mesure très efficace notamment pour prévenir la consommation des jeunes : des études américaines collationnées par l'INSPQ montrent qu'une hausse de 10 % du prix du tabac fait baisser la consommation de 4 % à court terme et la prévalence de 2 %¹⁹ et la baisse de la consommation des jeunes serait deux à trois fois plus élevée que pour le reste de la population (sous réserve des effets de contrebande, non négligeables).

En s'appuyant sur une action interministérielle, en ciblant des interventions préventives en milieu scolaire au sein des programmes du 3^e cycle du primaire et du 1^{er} cycle du secondaire, et dans le milieu parascolaire, le plan en direction des jeunes prévoit :

- la surveillance, la recherche et l'évaluation en continu de la stratégie : Une enquête sur la consommation de tabac des jeunes est renouvelée tous les deux ans depuis 1998 ; de même il est prévu de renforcer les recherches sur l'efficacité des interventions en prévention, les déterminants de la consommation de tabac ;
- les messages pour les jeunes sont de préférence portés par des pairs. Chaque paquet de cigarette comporte, sur la moitié de l'espace disponible, un avertissement explicite sur les dangers du tabac avec une photo volontairement choquante ;²⁰
- des lignes téléphoniques d'information ont été lancées : une ligne sur le tabac répond à 3 000 appels par an et deux lignes non spécifiques au tabac répondent à des appels sur le tabagisme : Info-Santé CLSC, ligne « drogues, aide et référence ;
- une action sur les prix, la promotion et l'accessibilité du tabac ;
- la participation des jeunes à la prévention : un réseau conseil, rattaché à la ministre déléguée à la santé, aux services sociaux et à la protection de la jeunesse, doit rassembler des jeunes du niveau secondaire pour définir des projets de prévention et sensibilisation ;
- la mobilisation des adultes importants pour les jeunes notamment les parents ;
- une politique de communication pour l'ensemble de la population et des projets pilotes sur la prévention en direction des 11-13 ans dans le cadre de la campagne « parler, c'est grandir » : Un concours sur la prévention du tabagisme a notamment été organisé dans les écoles et donnera lieu à une émission sur une chaîne musicale.

¹⁸ *Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec*, INSPQ, novembre 2001.

¹⁹ Certains fumeurs ne font que réduire leur consommation sans arrêter.

²⁰ Par exemple l'image d'un cancer du poumon, d'un accident vasculaire cérébral, l'avertissement que le tabac peut rendre impuissant et s'avère très nocif pour l'enfant de la femme enceinte...

Un plan d'action annuel décline les objectifs du plan stratégique : 9,6 M € sont prévus en 2001-2002 dont 2,6 M € pour la prévention (50 % pour la campagne de sensibilisation et 50 % pour les programmes éducatifs et sociaux en direction des jeunes) et 2 M € pour la surveillance, recherche et évaluation ²¹.

L'exemple de la lutte contre le SIDA et les IST

La mission de l'IGAS qui a enquêté sur la prévention du Sida, des infections sexuellement transmissibles (IST) et de la tuberculose a été frappée par le tournant pris dans la lutte contre ces affections qui touchent des populations tout à fait particulières et par l'importance des démarches ciblées.

La Seine-Saint-Denis a pris de l'avance en terme de réseaux et de stratégie de prévention communautaire

Dès 1994, sur l'initiative du service de la prévention et des actions sanitaires, une démarche auprès de huit foyers gérés par l'AFTAM ²² a été entreprise, sous forme d'échanges avec les directeurs et les délégués de résidents afin de définir les priorités en matière de besoin sanitaire. Pour sept d'entre eux, abritant des populations du Sahel, les priorités ainsi définies ont concerné la tuberculose et le paludisme. Pour le dernier, hébergeant des populations originaires du Maghreb, la problématique s'est axée sur des questions concernant le diabète, l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle.

Seuls deux foyers ont donné suite à ces échanges. La note d'orientation du conseil général du 22 juin 1995 a changé la donne en posant les principes et les objectifs d'une action en direction des foyers de travailleurs migrants : agir sur des facteurs prédisposants (connaissances et attitudes), facilitants (accès aux ressources) et renforçants (actions sur les pairs) :

- *A court terme* : apporter une information sur les problèmes de santé et les équipements existants au regard des compétences sanitaires du département afin d'inciter les résidents à aller consulter.
- *A moyen et long terme* : élaborer avec les résidents un projet d'actions de santé à partir de leurs besoins, créer des relais afin de faire des résidents des acteurs de leur santé ; mettre en place des projets globaux d'éducation pour la santé en partenariat avec différents professionnels et usagers.

²¹ S'y ajoutent 3,1 M pour les services de cessation du tabac et 1,9 M pour le contrôle du respect de la loi sur le tabac.

²² Association des foyers de travailleurs africains migrants.

L'expérience du foyer de travailleurs migrants du Bourget

La démarche qui a été entreprise au foyer de travailleurs migrants du Bourget est illustrative des relations qui s'établissent entre les CDDPS et les foyers. En 1997, le directeur du foyer a mené, avec les délégués des résidents, une réflexion en vue d'établir une prophylaxie de la tuberculose, plusieurs cas venant d'être signalés. Il s'agissait d'inciter les résidents à venir consulter dès qu'ils étaient informés d'un cas de tuberculose dans leur entourage proche ou dès qu'ils ressentaient des symptômes pouvant évoquer cette pathologie, donc de les informer sur les lieux de consultations et sur leurs droits sociaux leur permettant l'accès à ces consultations.

Les résidents du foyer ont de leur côté développé un projet global sanitaire, social et culturel en liaison avec le CDDPS sur la base de réunions d'ajustement à leurs besoins comme la venue du camion radio au sein du foyer mais aussi la modification des horaires de consultation du centre avec organisation des transports.

Un réseau d'hommes relais au sein du foyer a permis de contrôler la propagation de la tuberculose. Les délégués accompagnent les résidents concernés au CDDPS pour les consultations de dépistage. Des soirées thématiques sont organisées sur des thèmes sanitaires : tuberculose mais aussi SIDA, IST, vaccinations, hygiène alimentaire, cancers et maladies professionnelles.

Les entretiens avec les résidents ont orienté les démarches de santé vers l'appropriation collective et le droit commun. C'est ainsi qu'actuellement les dépistages ont lieu dans les CDDPS ou à l'hôpital et qu'en cas de difficulté les résidents font appel au centre de prévention.

Autour des CDDPS, des associations de femmes relais travaillent en étroite liaison avec les populations concernées. L'ARIFA²³, par exemple, a eu l'idée d'utiliser certaines femmes pour faire passer des messages de santé auprès des autres femmes du quartier, originaires du Sri-Lanka et du Maghreb. Le CDDPS de Villemomble a été en quelque sorte précurseur et a organisé très vite à leur attention des informations sur les vaccinations, les IST et le SIDA. Ces réunions ont été l'occasion pour les participantes d'évoquer des questions personnelles voire intimes sur les préservatifs et la sexualité. Les participantes ont fait remonter des questions autour de la tuberculose qui sévit notamment dans les milieux africains et turcs. Les femmes relais jouent en outre un rôle important dans la compliance par rapport aux traitements.

Dans les Hauts-de-Seine

Le conseil général des Hauts-de-Seine a lancé depuis plusieurs années des plans triennaux d'actions de santé portant notamment sur la lutte contre le SIDA. En effet le département recense 2 670 cas depuis le début de l'épidémie se plaçant au 3^e rang en région Ile-de-France après Paris (11 754 cas) et la Seine-Saint-Denis (2 958 cas) Comme dans les autres départements, le mode de contamination hétérosexuelle est prédominant avec 46 % des nouveaux cas,

²³ Archives de l'immigration familiale, en fait association créée dans un but d'écrire l'histoire des familles migrantes en travaillant sur la mémoire des femmes ; Arifa signifie savoir et connaissance en arabe.

mais surtout 56 % des personnes ne découvrent leur séropositivité que lors de l'entrée dans la maladie.

Les cinq centres Accueil Prévention Santé (APS) des Hauts-de-Seine couvrent l'ensemble du département dans toute sa diversité. Ils regroupent, entre autres, les activités concernant IST, SIDA et tuberculose. Des actions spécifiques sont menées en partenariat en terme de consultations, d'accès et d'accompagnement aux soins dans les foyers. Mais la politique des services du département est de tout faire pour amener les personnes concernées dans les structures de droit commun.

La coordination des intervenants est assurée par une association « Migrations Santé » qui réunit les structures socio-sanitaires concernées, les partenaires et les élus. Elle sert d'intermédiaire avec les résidents pour aborder les problèmes de prévention, de santé ou encore de vieillissement (dans les foyers de Boulogne et d'Issy-les-Moulineaux dont la plupart des résidents sont d'anciens ouvriers de Renault proches de la retraite ou à la retraite). Des formations d'hommes relais ont eu lieu dès 1997 qui ont permis de lancer les vaccinations de base puis d'aborder divers thèmes autour du SIDA et de l'utilisation du préservatif, de la prostitution.

Centres « Accueil, prévention, santé » dans les Hauts-de-Seine

Les APS des Hauts-de-Seine ont initié, plus tardivement que la Seine-Saint-Denis, des actions s'appuyant sur des relais associatifs ou individuels. Un partenariat entre l'APS et la Maison des Femmes d'Asnières²⁴ s'est développé à partir de 1999 à travers des réunions d'information pour les femmes fréquentant cette association, notamment à l'occasion de la journée mondiale du SIDA. Au point de départ des actions, il y avait le constat d'un fort taux de séropositivité au VIH et un nombre important de cas dépistés au stade de SIDA dans une antenne de centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) basée à la Mission Banlieue de « Médecins du Monde ». Les objectifs initiaux poursuivis étaient triples :

- pour les femmes relais, identifier le CDAG comme partenaire du réseau médico-social et aider à orienter les patients vers le dépistage et les structures de soins
- pour la population, lui faciliter un diagnostic précoce et un traitement afin d'éviter de nouvelles contaminations
- pour les professionnels du CDAG mieux adapter des messages de prévention par une meilleure connaissance des codes culturels des migrants.

Au cours de l'année 2000, les réunions ont permis aux professionnels de prendre conscience de freins culturels importants à l'accès aux soins et aux moyens de prévention. Le questionnement de l'équipe restait entier :

²⁴ Association de femmes relais travaillant sur la médiation sociale, culturelle et la formation de base linguistique.

- Quelle utilisation des moyens de prévention pouvait être faite dans la vie personnelle de ces femmes, en particulier au regard de leurs pratiques culturelles ?
- Pouvait-il y avoir modification des comportements de ces femmes ?
- Y aurait-il partage de ces connaissances au sein de leurs communautés et au sein de leur propre famille ?

Un nouveau programme, décliné tout au long de l'année, vise à aborder toutes les questions sur la santé que se posent les femmes, en débordant largement la problématique SIDA et IST. L'objectif est de construire, avec les intéressées, des outils de prévention, de leur proposer de transmettre à leurs enfants des messages d'éducation pour la santé et de les rendre actrices de prévention à part entière dans leur communauté.

Les réunions de l'année 2001 portent sur le SIDA. Quinze personnes d'origines différentes (Maghreb, Afrique noire, Sri Lanka, Chine, Turquie) sont réunies, elles ont de 17 à 50 ans et sont mariées avec enfants. Les animatrices recueillent les questions posées au cours des réunions, notent les centres d'intérêt et approfondissent les sujets mal compris.

La transmission au sein des familles reste un problème ; si le message passe avec les filles, il ne passe pas avec les garçons, les mères estiment qu'il s'agit du rôle du père ou de l'école. Toutefois, elles sont prêtes à continuer et à s'informer sur le corps, la contraception et les IST. Les réunions de 2002 permettent d'aborder ces questions. Après les interventions, les animatrices ont retravaillé le vocabulaire de base et les schémas. La nécessité de simplifier le discours et de s'assurer qu'il est bien compris apparaît clairement, mais la complicité entre animatrices et assistantes constitue un acquis important.

Une démarche analogue a été entreprise à l'occasion de la journée mondiale du SIDA, auprès des résidents de la Résidence universitaire d'Antony. L'action a été conduite en partenariat entre le CDAG, les étudiants, le personnel de la résidence et deux associations de lutte contre le SIDA. Les actions consistaient en la création d'une affiche, l'organisation d'une exposition, la distribution d'un questionnaire de sensibilisation. Au restaurant universitaire, des repas à thème ont été organisés, des revues et des livres mis à disposition, une vidéo diffusée. A cette occasion, une consultation a été organisée par le CDAG au centre médical de la Croix-Rouge à la demande des étudiants et du personnel. Les questions ont concerné le VIH, les hépatites et les MST : 52 étudiants ont demandé à bénéficier d'un dépistage. Par ailleurs, une action serait sans doute à entreprendre à la Faculté de Nanterre où des problèmes de chlamydiae sont décelés.

La démarche adoptée dans le guide alimentaire de l'INPES est également ciblée

S'agissant tant de la prévention des conduites à risques, en termes d'alcoolisme que de tabac ou de transmission de maladies sexuellement transmissibles, l'INPES s'est orienté vers des messages ciblés : en direction de populations homosexuelles, fréquentant des « boîtes » échangistes, des personnes arrivées récemment sur le sol français, des personnes allant et venant entre la France et des pays très contaminés...

Même le guide alimentaire a renoncé à proposer un message univoque : y sont visés aussi bien les mangeurs de restauration rapide que ceux qui sautent souvent un repas, les familles que les végétariens, ceux qui déjeunent au restaurant comme ceux qui ont un budget restreint.

A chaque communauté, à chaque groupe, à chaque « tribu » son message.

Le retard français en santé communautaire

« Communautaire » a en France mauvaise presse. Le modèle républicain universaliste, égalitaire, intégrateur serait à l'opposé de cette démarche qui met l'accent sur la « *Gemeinschaft* » plus que sur la « *Gesellschaft* », la communauté plus que la société.

Ce qu'on nomme, en santé publique, la santé communautaire ne renvoie pas à de tels débats, idéologiques ou épistémologiques.

Il s'agit, au sens de l'OMS, d'une démarche qui développe une approche globale tenant compte des composantes culturelles, économiques, sociales et sanitaires de l'individu dans son environnement. Cette démarche se révèle de plus en plus employée dans les pays étrangers de développement comparable.

Elle vient interroger les habitudes françaises, qui tant en matière de santé publique que d'action sociale construisent des politiques à partir de catégories, de risques, de populations, voire de statuts administratifs.

Ces démarches trouvent leurs milites, en témoigne l'exemple des PRAPS développés précédemment.

Les exemples étrangers

Les trois pays visités par la mission de l'Inspection chargée des comparaisons internationales, le Royaume-Uni, le Québec et la Finlande ont organisé la prévention sur un modèle semblable :

– une stratégie élaborée au plan national, grâce à une méthodologie rigoureuse, fondée sur la recherche et la surveillance des risques ; une organisation administrative par pôles de compétences, avec des agences dédiées à la santé publique ; une mise en œuvre locale. La Finlande a décentralisé ses actions de soins et de prévention, le Royaume-Uni et le Québec ont privilégié une déconcentration administrative.

La Finlande, exemple de mise en œuvre d'une politique de prévention décentralisée

En Finlande, à sa création dans les années 1960, le National Health Insurance (NHI) ne prenait pas en compte la promotion de la santé et les actions de préven-

tion telles que la vaccination. En 1972, le Primary Care Act a obligé les municipalités à fournir dans des centres de santé (*health centers*) les soins primaires mais aussi des services de santé publique et de prévention : surveillance épidémiologique et promotion de la santé, services de contraception, de dépistage, médecine du travail, médecine scolaire.

En 1993, une réforme du financement du système de santé a modifié les conditions d'octroi des subventions de l'État aux municipalités pour prendre en compte des critères de démographie et besoins sanitaires (nombre d'habitants, structure par âge, morbidité)²⁵. Les hôpitaux sont financés par les municipalités en fonction des services consommés par les habitants.

Les politiques de santé et les politiques sociales sont traitées par le même ministère et les deux approches intégrées dans les services. Mais la plupart des responsabilités de mise en œuvre incombent aux 448 municipalités. La loi fixe les orientations de la politique de santé sans spécifier l'étendue et l'organisation des services que les municipalités doivent mettre en place.

En 2000, 48 % des dépenses de santé étaient financées par les 448 municipalités. Les services de santé organisés par les municipalités représentent 2/3 des dépenses de santé.

En Finlande, 75 % des **communes** ont moins de 10 000 habitants et 20 % moins de 2 000. Elles consacrent la moitié de leur budget aux services sanitaires et sociaux (un quart aux seuls services de santé). Pour améliorer la coordination entre les services sociaux et de santé, beaucoup de municipalités (38 % en 1999) ont fusionné les deux comités en charge de ces politiques.

Il existe **278 centres de santé**²⁶ en Finlande, chaque médecin couvrant une population comprise entre 1500 et 2000 personnes. Ils emploient des généralistes, parfois des spécialistes, des infirmières, des infirmières de santé publique, des sages femmes, des travailleurs sociaux, des dentistes, des kinésithérapeutes, psychologues et du personnel administratif. La moitié des médecins a une spécialisation en médecine générale, ce qui n'est pas obligatoire. Les centres fournissent des services de soins, de prévention (dont santé au travail) et sont équipés d'équipements de radiologie ou de laboratoires ; ils disposent de 30 à 60 lits, essentiellement pour les personnes âgées.

Les municipalités ont une grande autonomie dans le choix des services qu'elles offrent notamment de prévention. L'État central fixe quelques obligations, comme les services des cliniques maternelles et infantiles, et assure le financement des vaccins dans le cadre d'un programme national d'immunisation. Parmi les services de dépistage obligatoirement proposés sur l'ensemble

²⁵ Aucun indicateur de promotion de la santé n'est cependant pris en compte.

²⁶ Dont 72 sont gérés par un regroupement de municipalités.

du territoire²⁷, figurent le dépistage du cancer de l'utérus pour les femmes de trente à soixante ans et le dépistage du cancer du sein pour toutes les femmes de cinquante à cinquante neuf ans : certaines municipalités offrent ce dépistage dès quarante cinq ans ou jusqu'à soixante dix ans mais ce n'est pas une obligation pour elles. Il semble que les femmes qui se situent en dehors de ces tranches d'âge peuvent être amenées à assumer elles-mêmes le coût du dépistage si les municipalités n'ont pas prévu de financer au-delà du cadre prévu.

Certaines municipalités ont mis en place des stratégies globales de promotion de la santé en désignant un coordonnateur veillant à la prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques (alcool, toxicomanie). Un tel responsable n'existe que dans 4 à 5 villes de Finlande.

Au Québec, une intervention sanitaire et sociale

Au Québec, la mise en œuvre locale relève, sous la coordination des régies régionales, des services de premier recours. La médecine de premier recours est assurée à la fois par les cabinets privés de médecins, par les centres locaux de services communautaires (CLSC), par les services externes et les services d'urgence des établissements hospitaliers.

Les CLSC regroupent la médecine de première ligne et les services sociaux. Ils ont pour mission d'offrir des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive et curative : la prévention est en fait intégrée dans toutes les actions du CLSC.

Ils proposent aussi en général des services de clinique médicale, des cours prénataux et postnataux, et offrent des services pour le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées. Les services de santé au travail sont fournis localement par le réseau de la santé publique (CLSC) : la mission de ces services de santé des CLSC consiste à évaluer les risques pour la santé et informer les travailleurs des moyens de protection en élaborant des programmes de prévention dans les entreprises des secteurs prioritaires. Elle a aussi pour objet de surveiller l'environnement des lieux de travail à dépister et prévenir les problèmes de santé qui pourraient être provoqués ou aggravés par les risques professionnels, de mettre en place un service de premiers soins et premiers secours et de faciliter l'affectation des travailleurs à des tâches qui respectent leur santé en déterminant les caractéristiques physiques du travailleur par rapport au travail exécuté.

Les régies régionales reçoivent un budget de la CSST (56 M\$ par an soit environ 36 M €) pour financer des services de santé dans les CLSC et une équipe régionale de soutien en santé au travail.

²⁷ Les municipalités achètent souvent ces services à des fournisseurs de soins privés.

La santé communautaire au Québec

Les CLSC sont particulièrement impliqués dans des programmes de prévention comme le **soutien aux jeunes parents** (moins de 20 ans). Ce programme a été lancé en septembre 2002 dans 17 CLSC et devrait être généralisé en 2003. Chaque région bénéficie d'un budget équivalent à 2 871 \$ par mère de moins de 20 ans et d'un budget de soutien à l'implantation de 44 660 \$.

Un comité consultatif réunit le ministère de la santé, le ministère de l'éducation, le ministère de la famille et de l'enfance, le ministère de l'emploi, l'INSPQ, des représentants des CLSC, des centres jeunesse et des organismes communautaires. Un responsable est désigné dans chaque région pour la mise en œuvre de ce programme. La visite à domicile est l'axe central du suivi individuel : elle est assurée par une intervenante rattachée au CLSC à raison de 12 visites au moins avant la naissance de l'enfant et d'une visite par semaine au cours des 3 premiers mois puis toutes les 2 semaines jusqu'aux 6 mois de l'enfant. Une équipe pluridisciplinaire soutient cette intervenante, infirmière ou travailleuse social. Sur un budget global de 0,7 M \$, 5 % sont réservés à la formation des professionnels et 5 % à l'évaluation. Une évaluation du fonctionnement de ce programme dans les 17 CLSC sera faite avant généralisation.

Parmi les propositions de réforme du système de santé, le rapport Clair préconise de regrouper au sein d'une même instance territoriale le CLSC, le centre d'hébergement et de soins de longue durée et l'hôpital local, avec un conseil d'administration responsable de la gestion des services de première ligne incluant une proportion de membres élus par la population.

Au Royaume-Uni, la mise en œuvre des politiques de prévention au niveau local est particulièrement développée dans les zones défavorisées, avec une approche à la fois sanitaire et sociale.

Lancé en 2000, le programme des *healthy living centers* doit notamment soutenir des actions de promotion de la santé axées sur des thèmes très divers comme la nutrition et le développement de l'activité physique, mais aussi la prévention du VIH ou des grossesses précoces. Il touche déjà 20 % de la population, chaque *healthy living centre* pouvant sélectionner les projets qui lui semblent le mieux adapter aux caractéristiques locales. Les projets sont élaborés en partenariat avec les associations locales et le *primary care trust*, regroupés dans un comité de pilotage.

Cet exemple montre que pour faciliter la mise en œuvre d'une politique de prévention, il faut donner suffisamment de temps au projet (5ans) pour faire la preuve de son efficacité, et cibler l'action sur des populations qui échappent souvent au système de soins (populations des zones géographiquement et socialement défavorisées et minorités ethniques).

La difficulté de la territorialisation

Ce néologisme barbare né dans les dix dernières années ne signifie sans doute pas autre chose que la nécessaire adaptation de l'action publique aux caractéristiques des populations et des territoires avec lesquels elle est menée.

On a tendance à opposer politique par types de population et politique territorialisée. De fait, l'attention portée aux territoires signifie peut être aussi que même si des personnes présentent des caractéristiques, notamment économiques et sociales, identiques, qui leur ouvrent des droits, notamment sociaux, cela ne signifie pas qu'il s'agisse de catégories homogènes et équivalentes.

D'une part, il y a une grande diversité des personnes, même porteuses de symptômes identiques, sanitaires, sociaux ou économiques. D'autre part, ce que chacun de nous est, ne se réduit pas à ses caractéristiques individuelles, mais est fonction en grande partie de son environnement proche.

Un exemple frappant en est fourni par le fait qu'une personne noire de Harlem par exemple sera en plus mauvais état de santé qu'une personne du Sri Lanka, pays dans lequel les standards de pauvreté sont plus bas qu'à Harlem. Il y a un effet du territoire ressenti en matière de santé²⁸.

Mais il faut bien entendu, quand l'on parle de territorialisation d'une politique, dissiper un malentendu. Il ne s'agit pas de recréer une société de castes, une société pré-révolutionnaire, dans laquelle l'appartenance à un territoire (féodal), à une communauté (de métiers) déterminait les droits des citoyens. Il s'agit seulement d'adapter l'action sanitaire et sociale, éducative et culturelle aux besoins des populations, telles qu'elles sont, là où elles sont.

Mais pour cela, il faut que les instances régionales, départementales et infra-départementales disposent de l'autonomie d'action nécessaire.

C'est ceci qui en France pose souvent problème, qui pousse l'administration centrale à continuer à distribuer des subventions à des associations locales, à produire des circulaires de dizaines de pages, sans expliquer comment faire alors que les textes législatifs et réglementaires ont déterminé les objectifs dans lesquels inscrire une action locale.

La délégation de crédits globalisés, fongibles, la mise en commun des moyens au niveau de la région, la disposition de données territorialisées, sont autant d'éléments indispensables à une action territorialisée.

Au risque sinon de multiplier les plans incantatoires, qui décourageront les quelques professionnels de terrain disposés à s'engager dans les actions de prévention, ensemble.

²⁸ Exemple mentionné dans l'article souvent cité de Golberg et alii sur les inégalités sociales de santé.

Quatrième partie

Pour une politique de prévention durable et partagée

Préambule



Préambule

Ce rapport ne prétend pas à l'exhaustivité. Bien des secteurs de la prévention, peu ou pas abordés dans ces lignes, auraient sans doute mérité des développements particuliers. Mais le champ de la prévention sanitaire est beaucoup trop vaste, beaucoup trop polymorphe, pour se prêter, dans la cadre d'une enquête à temps et ressources limités, à une analyse complète. L'ambition de l'inspection générale des affaires sociales est à la fois plus modeste et plus élevée : mettre en lumière, par quelques coups choisis de projecteur sur différents terrains où la prévention est interrogée, les principaux enjeux en présence, les contraintes à considérer, les mécanismes à l'œuvre. Son propos n'est pas non plus scientifique. L'IGAS n'a pas vocation à se substituer aux experts pour valider ou infirmer telle hypothèse médicale ou tel état de la connaissance. Le but de ce rapport est avant tout pédagogique et opérationnel : éclairer en toute indépendance les décideurs sur l'adéquation des stratégies aux nécessités réelles de la prévention d'une part, des modes d'organisation et d'intervention aux objectifs de santé publique affichés d'autre part.

Le hasard du calendrier politique a voulu que ce rapport s'achève au moment où la préparation du projet de loi relatif à la politique de santé publique touchait elle aussi à son terme. Cela lui confère un relief singulier. Le risque est double : celui de la redondance, qui ôterait leur intérêt aux propositions de l'IGAS, celui de la divergence, qui contrarierait une réforme importante pour l'avenir du système de santé. Dans ce contexte, les recommandations contenues dans ce rapport ne portent pas – à quelques exceptions notables près – sur des mesures opérationnelles précises (créer tel type de structure plutôt que tel autre, financer par telle ligne de crédits plutôt que par telle autre), mais s'en tiennent à des orientations de portée stratégique. Pour autant, s'appuyant sur un diagnostic nourri d'investigations de terrain, en France et dans les pays étrangers, ces propositions ne sont ni théoriques ni abstraites. Elles délimitent en quelque sorte le champ des réformes à accomplir, indiquent les logiques d'intervention à privilégier, mettent en évidence les écueils à éviter et les facteurs clés de succès à réunir.

Dépasser les frontières administratives et professionnelles

A cet égard, les analyses qui précèdent font ressortir un certain nombre de données fondamentales, trop souvent perdues de vue par le passé. Une politique de santé publique est un processus complexe. Elle a pour vocation d'agir sur des déterminants multiples : sanitaires, mais aussi socio-économiques, culturels, environnementaux ; individuels, mais aussi collectifs. Sa mise en œuvre ne peut s'appuyer, par construction, que sur des institutions, des professionnels, des savoir-faire variés. L'une des conditions de sa réussite réside dans sa capacité à mobiliser largement, à faire de la diversité des acteurs un atout, une source dynamique.

La prévention n'est pas un champ autonome de la politique de santé, isolable du soin, curatif ou palliatif. La prévention s'inscrit dans un continuum, tout au

long duquel sont tour à tour ou simultanément convoqués de multiples modes opératoires, réglementer, informer, éduquer, vacciner, dépister, traiter, accompagner, surveiller. Visant à modifier des comportements trouvant pour une large part leurs déterminants dans le domaine social, la prévention n'est pas non plus une discipline strictement sanitaire. Elle nécessite une approche à la fois globale et de proximité, traversant l'ensemble du champ de la santé et des politiques sociales. Pas plus qu'il n'y a de frontière entre prévention et soin, il ne peut y avoir de frontière entre prévention sanitaire et action sociale.

Domaine polytechnique par excellence, s'appuyant sur un large éventail de fonctions et de compétences spécifiques – la recherche, la médecine, l'ingénierie, la surveillance, l'alerte, l'évaluation, etc. – exigeant toutes un professionnalisme de haut niveau, la prévention n'est pas un métier, pas une profession. Elle est une démarche, une posture, un état d'esprit, une culture, avant d'être un ensemble de techniques et de moyens d'actions.

Diffuser une culture partagée de la prévention

Si la démarche de prévention doit devenir une culture inspirant la pratique de multiples professionnels et le projet de nombreuses institutions, elle doit aussi, pour être acceptée et efficace, être porteuse de valeurs dans lesquelles la population se reconnaît. C'est l'objet même de la promotion de la santé, et son principal défi. Cela suppose en effet un délicat équilibre, constamment remis en question par l'évolution de la société, entre les objectifs d'intérêt général et le respect des choix individuels, entre l'obligation et l'incitation, entre les orientations nationales et les préférences locales ou communautaires. Le principe de prévention, il faut le rappeler, n'est pas le principe de précaution. La politique de prévention a pour objet de lutter contre des risques avérés, constituant par leur importance probable ou potentielle un problème de santé publique ; elle ne peut pas supprimer tout risque, qu'il soit exogène ou comportemental. La prévention ne peut pas prétendre proposer une alternative au refus individuel ou collectif de la condition humaine, du risque de la maladie, de la souffrance et de la mort inéluctable. De plus en plus, la demande sociale franchit la frontière ténue qui sépare le droit aux soins du droit à la sécurité, et le droit à la sécurité du droit à la santé. Passera-t-elle d'un droit à la santé à un devoir de santé ?

Des sociologues comme Ulrich Beck ¹ et Anthony Giddens ² ont bien montré que nos sociétés actuelles, dominées par l'emprise de la technique, se caractérisent par l'apparition et la prolifération des risques globaux, imperceptibles souvent autant qu'imprévisibles, produits par l'homme : pollutions à bas bruit ou explosantes (Seveso, Bhopal, Tchernobyl), contaminations inexplicables et irrégulières.

¹ Ulrich Beck, *World risk society*. Cambridge. Politypress. 1999.

² Anthony Giddens, *Les Conséquences de la modernité*. L'Harmattan, Paris. Voir aussi Patrick Peretti-Watel.

versibles (virus et prions), réchauffement de la planète, nouvelles armes de destruction massive.

Ainsi des risques « pré-modernes », naturels, limités et prévisibles (risques exogènes) coexistent-ils avec des risques produits par l'homme, souvent de grande ampleur et très incertains. Ces derniers ressortissent davantage du principe de précaution que de prévention.

De ce point de vue, la politique de prévention doit éviter deux écueils : une normalisation juridique ou sociale qui tendrait à nier que le risque fait partie de la condition humaine et du plaisir de vivre ; à l'opposé une attitude qui consisterait à tout attendre d'une action sur les déterminants sociaux et culturels, ce qui aboutirait à nier l'importance et la spécificité du risque santé et des moyens de l'éviter, de le réduire ou de le gérer. Il est vrai que la demande de prévention ou de soin exprimée auprès du médecin déguise bien souvent des besoins d'ordre psychologique ou social et constitue un appel à l'amélioration des conditions de vie. Travail pénible ou stressant, crainte de perdre son emploi, chômage, cadre d'habitation dégradé, vie de quartier oppressante, engendrent une souffrance psychique pouvant se traduire soit par un besoin de soins psychiatriques, soit par une angoisse dont l'expression somatique va donner lieu à une inflation d'actes de radiologie, de biologie ou de prescription de médicaments, quand elle appellerait avant tout écoute et dialogue. C'est ainsi que l'on s'achemine vers une surconsommation d'antidépresseurs ou de psychotropes, ou vers des stratégies de prévention sophistiquées aux effets marginaux. On peut citer à cet égard le coût de la mort par hépatite C évitée grâce à la généralisation du test génomique : plus de 20 millions d'euros par an, pour un risque de 1 sur 1 million en Europe.

C'est pourquoi la prévention exige un approfondissement de la connaissance sur les déterminants sociaux de santé, et la mise en place de centres de décision et de modes d'action proches du terrain.

Prévenir pour le futur

Une politique de santé publique ne peut prouver son efficacité qu'à long terme. Mais encore faut-il, pour qu'elle atteigne les objectifs qui lui sont assignés, qu'ils ne soient pas définis au fil de l'eau. La politique de prévention ne doit pas être seulement défensive et de circonstances, elle doit anticiper, constituer un élément structurant de la politique de santé. La politique de prévention doit être durable, au sens où il existe une politique de développement durable. De ce point de vue, trois domaines paraissent représenter un enjeu primordial.

L'enfance et l'adolescence

L'enfance et l'adolescence : on le sait, le tabagisme, la consommation d'alcool, les accidents, les suicides, les déséquilibres alimentaires, expliquent

directement ou indirectement les deux tiers des décès prématurés évitables, l'essentiel de l'écart de longévité entre les hommes et les femmes, une grande partie des inégalités sociales de santé. Souvent, ces comportements à risques, comme les difficultés d'insertion sociale qu'ils expriment ou qu'ils engendrent, apparaissent ou trouvent leurs racines pendant l'enfance ou l'adolescence. Cet âge de la vie est une période clé pendant laquelle se construisent les compétences et les aptitudes à résister aux agents pathogènes et aux agressions psychiques et sociales et où se dessinent bien des tendances du comportement futur de l'adulte. C'est la période fragile de la vie où la protection doit être optimale, mais aussi celle où l'éducation, l'apprentissage de la relation au corps, au risque, aux autres, ont un rôle décisif.

Les risques environnementaux et professionnels

Les risques du milieu : les effets sanitaires des détériorations du milieu de vie sont volontiers considérés comme des risques mineurs du point de vue épidémiologique. Il est vrai que les effets connus de la pollution de l'air, par exemple, sont minimes par rapport à ceux du tabagisme actif ou passif ; de même, les risques d'accidents environnementaux sont statistiquement très faibles par rapport au danger de la route. L'hygiène publique, du point de vue de la qualité bactériologique ou toxicologique de l'eau, de l'air, des aliments, malgré quelques accidents spectaculaires dans un passé récent, est un domaine où sans doute les progrès réalisés sont considérables. En tout état de cause, l'impact sanitaire des pollutions est difficile à mettre en évidence, à quantifier. Pourtant, le risque environnemental, souvent présenté comme une affaire de techniciens, de spécialistes, est non seulement ressenti par nombre de citoyens comme un risque majeur, mais est encore sous bien des aspects méconnu. Par ailleurs, le poids du risque professionnel dans la surmortalité serait considérable pour certaines tranches d'âge (15 % des décès par cancer du poumon sont attribuables à des facteurs d'origine professionnelle des travailleurs de sexe masculin entre quarante-cinq et cinquante-neuf ans), et constituerait l'une des principales explications des inégalités sociales de santé. Bien souvent, il est lui aussi méconnu ou sous-évalué. Comme l'a mis en évidence le « dossier de l'amiante », la politique publique pâtit de l'insuffisance de connaissances épidémiologiques (recherche des facteurs de risques, quantification des effets, etc.).

Inégalités sociales de santé

Si les effets des progrès des soins curatifs et préventifs ont profité à tous, c'est de manière inégale. En effet, le taux de mortalité prématurée entre 45 et 65 ans est maintenant trois fois plus élevé pour les catégories socio-professionnelles les plus basses que pour les cadres. La résorption de ces inégalités sociales de santé se jouera en grande partie sur le terrain de la prévention et de l'éducation à

la santé dès l'enfance, et sur celui de la prévention des risques du milieu, professionnel en particulier.

Ces problèmes de santé publique ne sont évidemment pas exclusifs de nombreux autres, que les travaux récents du Haut comité de santé publique et du groupe technique national de définition des objectifs de santé publique pour 2003-2008 ont mis en évidence. Le projet de loi relatif à la politique de santé publique fixera les priorités nationales de santé publique à un horizon quinquennal. L'IGAS n'a pas légitimité pour recommander d'accorder la priorité à tel problème de santé publique plutôt qu'à tel autre, de choisir entre la lutte contre le cancer, les maladies chroniques, les accidents de la route, les addictions, les maladies transmissibles, les pathologies rares. Ce choix est fondamentalement politique, il sera effectué par le Parlement. En revanche, il est de la mission de l'IGAS d'indiquer, sur la base de ses analyses, les secteurs où une politique de prévention apparaît d'importance stratégique pour l'avenir, et les conditions à réunir pour conduire une politique de prévention durable.

En dernière analyse, la politique de prévention doit être : d'abord responsabilisante, éducative et participative plutôt qu'autoritaire et unilatérale ; territorialisée et non pas centralisée ; systémique et non pas sectorielle ; pluridisciplinaire et non pas spécialisée ; interministérielle et interinstitutionnelle et non pas monopolistique.

Fonder une nouvelle politique de prévention durable sur six principes d'action

Des enseignements de cette enquête, se dégagent six principes d'action, qui paraissent devoir guider la nouvelle politique de prévention française et autour desquels s'inscrivent les propositions de réforme ou d'amélioration : fonder la politique de prévention sur les valeurs de responsabilité, de citoyenneté et de participation ; privilégier les approches ciblées, communautaires et territorialisées ; promouvoir une dynamique de la coopération plus que de la spécialisation ; définir des sphères de responsabilités cohérentes et non étanches ; concentrer l'action de l'État sur ses missions de stratège et de garant de l'intérêt général ; renforcer les connaissances, les savoir-faire et les outils de la prévention.

*

* *



Principe d'action

Fonder la politique de prévention sur des valeurs de responsabilité et de participation

Ce rapport l'a amplement mis en évidence, dès lors que la politique de prévention se propose d'infléchir les comportements individuels pour réduire les facteurs de risque, elle se heurte à toute une série d'incertitudes.

Incertaines, au-delà des corrélations mises en évidence par l'épidémiologie, tenant au caractère encore souvent incertain des connaissances scientifiques sur la relation entre un facteur de risque, individuel ou collectif, et l'apparition d'une pathologie. Si l'influence du tabac sur certains types de cancer est aujourd'hui établie, on sait toujours peu de choses sur les conséquences des expositions environnementales, professionnelles, médicales, infectieuses... dont on présume seulement qu'elles ont sans doute à voir avec l'augmentation plus rapide que le vieillissement de la population de certains cancers, comme les cancers thyroïdiens, les lymphomes malins non hodgkiniens, les tumeurs du système nerveux central, les cancers de la vessie et du rein.³

Incertaines aussi sur le pourquoi des comportements : pourquoi certaines personnes développent-elles un comportement d'addiction ? Pourquoi tel produit rendra-t-il dépendant l'une et pas l'autre ? Pourquoi, à mode de vie équivalent, certaines deviendront-elles obèses et d'autres pas ? Comme sur l'influence des actions de prévention sur les comportements : quel discours tenir ? Par quel canal ?

Dans un tel contexte, le choix entre la recherche de la responsabilisation de l'individu et l'injonction est toujours délicat, même s'il est rarement aussi tranché dans la réalité, information, incitation et interdiction n'étant pas forcément exclusives l'une de l'autre. Il s'agit en définitive d'un choix subjectif obéissant à des considérations tout à la fois techniques, à raison de l'opinion que l'on se fait de l'efficacité d'un type d'action comparativement à un autre ; morales, en fonction de l'idée que l'on se fait du bien, du comportement correct de l'individu dans la société ; politiques enfin, selon l'état prédominant, ou interprété comme tel, de la demande sociale. De la notion de facteur de risque utilisée par l'épidé-

³ Rapport de la commission d'orientation sur la cancer précité.

miologie, un glissement s'opère facilement vers la notion de conduite à risque considérée du point de vue moral, et de la conduite à risque à la conduite déviante.

S'il n'appartient pas à l'IGAS d'afficher une préférence morale ou politique, il lui revient de poser les termes du débat, et de tracer des pistes de réflexion sur l'efficacité des différentes formules du point de vue de la santé publique.

Préférer la promotion de la santé à l'injonction

L'autorisation préalable, la prohibition, l'obligation, la sanction légale et la pénalisation, font partie de l'arsenal quasi séculaire de la politique de prévention, et en divers domaines ces moyens demeurent d'actualité. Leur utilisation est souvent indispensable en matière de sécurité sanitaire et de prévention des risques collectifs. Elle ne suscite guère de doutes lorsqu'il s'agit de réduire des facteurs de risques comportementaux mettant en danger autrui de façon avérée : interdiction de fumer dans des lieux publics en raison des risques inhérents au tabagisme passif ; réglementation du commerce des produits, comme pour la protection des mineurs dans les débits de boisson ; pénalisation de la conduite en état d'alcoolémie élevé ou limitation de la vitesse autorisée en matière de sécurité routière par exemple.

Toutefois, lorsque la norme légale se trouve en décalage avec l'état de la société, il semble bien qu'elle engendre des stratégies de contournement, de compensation ou de substitution (alcool au lieu de tabac ; sucreries au lieu de tabac ; tranquillisants au lieu de tabac ou alcool, etc.) allant finalement à l'encontre des buts recherchés. Ainsi de la consommation de produits psychotropes, domaine dans lequel, en vérité, il est difficile de trouver des exemples probants de l'efficacité de la contrainte légale seule. La Finlande a pratiqué longtemps la prohibition du commerce de l'alcool – il n'était pas interdit d'en consommer, mais d'en acheter et d'en détenir- ; selon certains spécialistes, cela ne serait pas sans lien avec les habitudes, actuellement encore observées, de consommation jusqu'à et pour l'ivresse rapide. En France, l'interdiction de la vente de cannabis n'a permis d'endiguer ni l'augmentation de la consommation ni sa précocité.

Un dispositif légal d'interdiction ou d'obligation peut néanmoins se révéler nécessaire du point de vue symbolique, pour assurer la lisibilité d'une politique. Mais pris de manière isolée, il risque d'engendrer une forme de déresponsabilisation incompatible avec un travail de prévention. Il ne doit pas non plus être vécu comme une confiscation de la décision par des experts et des autorités. C'est pourquoi, sous l'angle de leur portée réelle et de leur efficacité, le recours

à des mesures d'obligation ou d'interdiction concernant des conduites à risque suppose réunies au moins quatre conditions :

- des moyens effectifs de contrôle et de sanction, à défaut de quoi la loi restant lettre morte ou d'application sporadique, elle perd sa force de dissuasion et sa crédibilité (les difficultés à faire respecter les limitations de vitesse ou l'interdiction de fumer dans les lieux publics en fournissent une illustration) ;
- un débat public préalable, associant experts, acteurs de terrains et représentants de la société civile ;
- un mécanisme d'évaluation, voire d'expérimentation, de nature à garantir la constance de la mise en œuvre et à vérifier son impact ;
- son insertion dans un plan cohérent prévoyant un ensemble de mesures d'information, d'éducation, d'incitations, mais aussi d'actions plus pragmatiques visant à limiter les risques d'une pratique, sans ambitionner d'abolir à tout prix cette pratique à risque : inciter à utiliser des seringues propres, au risque de paraître ne pas décourager l'usage de drogues injectables ; favoriser le covoiturage avec un conducteur sobre à la sortie d'un lieu ou d'un événement festif, au risque de paraître ne pas décourager l'ivresse ou la consommation abusive d'alcool.

Promouvoir davantage l'éducation pour la santé

La nécessaire conciliation entre un objectif national de modification des comportements (diminuer le nombre de fumeurs, le nombre d'alcooliques ou la fréquence des états d'ivresse par exemple) et des actions visant à la maîtrise et à la réduction des risques (ne pas prendre le volant en état d'ébriété, ne pas utiliser de seringues usagées) se résout sur le terrain de la promotion de la santé, de l'apprentissage du risque, de la sensibilisation et de l'éducation.

L'information et l'éducation pour la santé s'est beaucoup développée depuis les années soixante-dix, qui ont vu la création du Centre français d'éducation pour la santé (CFES), auquel la loi du 4 mars 2002 vient de substituer l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Peu à peu, l'éducation pour la santé a dépassé le stade de l'information sanitaire pour occuper dans la politique de prévention une place grandissante, longtemps dominée par de grandes campagnes de sensibilisation de type publicitaire, et partagée sur le terrain entre de nombreux acteurs, collectivités territoriales, comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé, caisses de sécurité sociale, ministère de l'éducation nationale, missions de lutte contre la drogue et la toxicomanie, sécurité routière. Des résultats appréciables ont été obtenus, comme en matière de prévention des accidents domestique.

Toutefois, l'éducation pour la santé doit maintenant prendre un nouvel essor. La dispersion des acteurs, inhérente, on l'a vu, au champ de la prévention, n'est pas en cause. Au contraire, elle doit devenir un atout. Mais la politique d'éducation pour la santé appelle aujourd'hui une ambition nouvelle, une culture, une capitalisation des expériences, des outils et des savoir-faire beaucoup plus largement diffusés, une recherche bien plus active.

L'érection de l'INPES en établissement public, la réorganisation largement entamée avec la constitution d'un conseil scientifique et le travail en programmes permettra à cet établissement de jouer un rôle clef dans ce développement de l'éducation pour la santé.

Deux questions se posent, auxquelles il faut pouvoir à terme répondre : celle de la qualité des programmes d'éducation pour la santé et celle de la généralisation de l'offre d'éducation pour la santé.

La loi du 4 mars 2002 parlait d'un schéma régional d'éducation pour la santé ; certains ont été établis. L'INPES pourrait jouer un rôle clef d'aide à l'évaluation de ces schémas quand ils existent et à l'élaboration quand ils n'ont pas été faits.

En effet, dès lors que l'évaluation qualitative montrerait que certains programmes d'éducation pour la santé ont des effets, en termes de réduction des risques par exemple, il est important qu'ils soient offerts de manière non sporadique.

S'il paraît un peu illusoire de construire un plan d'éducation pour la santé, il pourrait être confié, par la loi quinquennale de prévention, à l'INPES la tâche d'effectuer un bilan des programmes d'éducation pour la santé qui ont accompagné les priorités de la loi, mais aussi quelques grandes enjeux d'éducation pour la santé, qui perdurent en tout état de cause : contraception et prévention des infections sexuellement transmissibles, périnatalité (par exemple la prévention de la mort subite, la promotion de l'allaitement maternel...), réduction des risques... Ce bilan devrait présenter d'une part les populations cibles (quantifiées et localisées) et d'autre part les actions menées (accréditées et quantifiées).

Faire participer les usagers, encore et toujours

Il serait illusoire de penser qu'il est possible de mettre en œuvre avec succès à long terme des actions de prévention ne recueillant pas un large assentiment de la part des usagers. Outre qu'une telle tentation est potentiellement dangereuse, dans la mesure où elle est de nature à ouvrir la voie à une intrusion institutionnelle dans des sphères de la vie relevant du privé et de l'intime, elle est par

nature inefficace. L'information, l'injonction ou l'incantation ne peuvent seules convaincre les individus de changer leurs habitudes. Une modification des comportements passe, on l'a vu, par une implication de l'individu dans un projet qui le touche. Et cette implication n'est possible que si les enjeux du changement suggéré ont au préalable été clairement établis, expliqués, débattus.

Les usagers impliqués ne sont pas toujours représentatifs d'un point de vue politique et institutionnel, mais ils participent réellement d'une démocratie participative. Le problème de la représentativité des usagers se pose en des termes semblables dans les secteurs de la santé, du social ou de l'environnement. Les associations concernées ne sont pas représentatives au sens politique du terme, elles ne sont pas la voix de la majorité, mais celle de citoyens engagés pour une cause, soit qu'ils se sentent directement concernés (associations de malades, de familles de malades, de handicapés, de parents d'enfants handicapés...), soit que les guide une vision militante. Ce sont pourtant souvent ces minorités qui ont un effet d'entraînement⁴, qui créent les « effets d'actualité » sans lesquels les changements de valeurs ne se diffusent pas. C'est pourquoi, il est nécessaire, si l'on veut prendre en compte le point de vue des usagers, de développer ces modes de consultation particuliers que sont les débats en assemblée, comme lors des conférences régionales de santé, les discussions directes et les échanges par le canal des technologies modernes de communication, les rencontres communautaires.

Depuis les ordonnances de 1996, qui ont institué la Conférence nationale de santé et organisé, à titre ponctuel, des états généraux de la santé, jusqu'à la loi du 4 mars 2002, qui a précisé les nouveaux droits et responsabilités des usagers, le système de santé a largement pris en considération la nécessité d'une participation individuelle et collective de l'utilisateur aux décisions de santé qui le concernent. Le conseil régional de santé prévu par la loi du 4 mars 2002 n'a pas été mis en place, et sans doute le projet de loi relatif à la politique de santé publique en modifiera-t-il la configuration ou les missions.

La nouvelle instance qui sera mise en place par le législateur ne pourra pas faire l'économie de processus organisant tout à la fois l'association des élus politiques et des usagers à la préparation et aux débats préalables aux décisions et programmes de santé publique, l'information du public, la transparence des évaluations. Dans les pays qui ont engagé une démarche méthodique de promotion de la santé, la définition des objectifs de santé passe non seulement par la consultation des experts, mais par la diffusion de leurs avis et la consultation, par tous modes, des publics intéressés. C'est ce type de démarche, de débat sur la santé publique, qu'il convient de développer à tous les niveaux en France.

⁴ Cf. Serge Moscovici, Les minorités agissantes.

Organiser l'accès aux données de l'observation, de la recherche et de l'expertise

La synthèse des consultations régionales organisées dans le cadre de la préparation de la loi de santé publique a mis en évidence la difficulté fréquente des différents acteurs à mettre en commun les données disponibles.

La valorisation collective des données sanitaires et leurs rapprochements des données sociales, l'amélioration des systèmes d'information, le développement des données sur la morbidité et sur les comportements doivent constituer des objectifs pour le pôle de santé publique en région. Cela suppose, en préalable indispensable, une réflexion commune de tous les partenaires régionaux en vue de déterminer la nature, la forme et les modalités de collecte des données nécessaires.

Dans le même esprit, les données de la recherche et de l'expertise doivent être diffusés largement et être facilement accessibles, dans un esprit transparent, pour laisser place au débat public et le cas échéant contradictoire. Souvent l'absence de communication sur les données scientifiques relatives à un risque est due simplement à l'absence d'organisme pouvant rassembler et synthétiser les données d'une recherche et d'une expertise éclatées entre de multiples institutions d'une indépendance et d'une autonomie variables. Les travaux même du Haut comité de santé publique en pâtissent parfois.

Il est nécessaire, s'agissant des grands risques collectifs (environnemental, professionnel, médical, alimentaire) que soit assurée, au sein d'une ou de plusieurs structures, la fonction de « dire l'état des connaissances ». Il devrait s'agir, pour cette ou ces structures, non pas seulement d'effectuer les tâches d'information, de recherche ou de surveillance lui incombant, mais aussi de « traduire » cette connaissance à l'attention des décideurs, mais aussi des différents publics concernés, et de la diffuser par toutes les voies utiles (Internet, réseaux de professionnels, associations, collectivités locales, presse spécialisée, etc.).

Sans remettre en cause la nécessité pour les agences d'expertise d'organiser le débat public, la fonction de diffusion vers le grand public pourrait être confiée à l'INPES.

Donner aux instances de concertation les moyens d'une efficacité réelle

Dans le même esprit, la réforme des instances de consultation dans les domaines de l'environnement et du travail apparaît indispensable, de façon à mobiliser autour d'une approche globale tous les acteurs, y compris les usagers.

Renforcer le rôle des comités départementaux d'hygiène

Afin de permettre une concertation sur l'ensemble des enjeux locaux liés à la santé environnementale, les comités départementaux d'hygiène (CDH) doivent être réformés en profondeur. Malgré les évolutions introduites en 1988 (modification de sa composition et de son fonctionnement), le comité départemental d'hygiène n'est en général ni connu du public, ni reconnu par les acteurs du monde de l'environnement.

Les propositions formulées tant par le Haut comité de santé publique que par la mission d'étude et de réflexion sur l'organisation des pouvoirs publics dans le domaine de l'environnement méritent d'être reprises : rééquilibrage de la composition du comité et élection en son sein de son président ; possibilité pour le comité de s'autosaisir ; communication des délibérations et présentation au public d'un compte rendu annuel d'activités ; amélioration du fonctionnement interne (groupes de travail, tri des dossiers soumis à délibération) ; attribution d'un budget propre.

Confier un rôle accru au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels

Le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels est depuis 1978 un lieu privilégié de concertation entre partenaires sociaux et pouvoirs publics, en même temps qu'une instance de réflexion et de proposition privilégiée.

Ce conseil, composé de représentants des partenaires sociaux et des ministères intéressés, ainsi que de personnalité qualifiées, est consulté sur les projets de textes législatifs et réglementaires, et constitue une force de proposition, sur la base des travaux de ses commissions spécialisées⁵ et d'avis techniques et scien-

⁵ Il existe six commissions spécialisées : information, formation et organisation de la prévention ; ambiances de travail et risques chimiques ; risques physiques et mécaniques ; maladies professionnelles ; médecine du travail ; bâtiment et lieux du travail. En outre une commission permanente élabore l'avis du conseil supérieur sur les projets préparés par les commissions spécialisées.

tifiques divers. Depuis 1999, en particulier, un effort de décloisonnement de la santé et de la sécurité au travail a été engagé, du moins du point de vue des intentions. Mais cette évolution n'est à la mesure ni des enjeux sanitaires des risques professionnels, ni de l'ampleur des évolutions à venir, à l'occasion notamment de la mise en œuvre de l'évaluation a priori des risques, en conformité avec les orientations de l'Union européenne.

Le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels devrait, à l'instar du Haut comité de santé publique, devenir l'instance de référence de la politique de prévention des risques professionnels. Pour assumer cette mission, le conseil supérieur doit voir sa composition élargie à l'ensemble des acteurs, représentants des ministères concernés, des diverses instances de la sécurité sociale et des organismes professionnels de prévention, des services médicaux du travail, du Haut conseil de la santé publique, des conseils régionaux et généraux, des associations de défense des salariés malades et accidentés.

Le Conseil supérieur doit s'appuyer sur un conseil scientifique, composé de personnalités indépendantes.

Le Conseil supérieur proposerait les objectifs nationaux de la politique de santé au travail et les voies de la coordination des instances nationales, régionales et locales. Il participerait à l'évaluation des politiques de prévention du risque professionnel. Il élaborerait un rapport périodique largement discuté et diffusé.

Consulté récemment et pour la première fois par le ministre du travail sur des orientations stratégiques à trois ans (2003-2006), le conseil voit son rôle consultatif élargi.

Il devrait être mieux à même désormais d'exercer un rôle à la fois de conseil en matière d'élaboration législative et réglementaire et de coordonnateur dans la mise en œuvre d'une politique de santé au travail.

L'organisation d'un séminaire de réflexion avant l'été 2003 sur les modalités de son intervention devrait permettre de concrétiser l'ensemble de ces préconisations.

Faire bénéficier tout salarié des services des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

L'institution des délégués mineurs de fond, depuis plus d'un siècle, a ouvert la voie à un moyen de contrôle de l'ensemble d'un site minier par un représentant, élu par les salariés, disposant d'obligations et de prérogatives étendues. Cette institution est demeurée unique parce que, le plus souvent, l'unité de lieu du travail ne correspond pas à l'unité économique et sociale de l'entreprise au sens du droit du travail, et que les élections des représentants du personnel sont soumises à des règles précises. Les dispositions législatives (article L. 421-1 du

code du travail) prises sur la question n'ont rencontré que très peu d'applications concrètes.

En revanche, l'accord interprofessionnel sur la santé au travail introduit des commissions locales paritaires dont l'objet est d'aider les entreprises, surtout les plus petites, à préserver la santé de leurs salariés. A la faveur de la mise en œuvre de cette nouvelle instance paritaire, un certain nombre de mesures complémentaires destinées à renforcer la consultation et l'expression des salariés en matière de santé au travail, mériteraient d'être envisagées qui pourraient être différentes de la proposition classique, d'abaissement ou de suppression du seuil minimum d'effectifs pour créer un CHSCT. On pourrait ainsi envisager la fusion des instances interentreprises (comité d'entreprise, délégué du personnel, CHSCT) dans les PME ; le développement des instances interentreprises pour les TPE (commission locale paritaire) ; la création de représentants des salariés spécifiquement compétents en matière de santé au travail pour une zone déterminée, dans le cadre d'une branche ou dans un cadre interprofessionnel ; l'extension possible de la compétence d'un CHSCT à d'autres entreprises pour certains risques propres à une zone, ou en cas d'existence d'une chaîne de sous-traitance ; la constitution de CHSCT interentreprises. L'objectif serait à terme que toute entreprise, quelle que soit sa taille, et que tout salarié, soit couvert par un CHSCT.



Principe d'action

Privilégier davantage les approches sélectives, communautaires et territoriales

Réorienter l'activité des services de médecine préventive vers des stratégies de santé publique

Le bilan de santé systématique continue à occuper une place centrale dans l'activité des services de médecine préventive que sont la PMI, la médecine scolaire, la médecine du travail ou les centres d'examens de santé. Cette pratique a correspondu à un stade de la politique de prévention, et a eu jadis son utilité pour les individus qui en bénéficiaient. Les besoins de santé de la population ont toutefois évolué, et le réseau des médecins est suffisamment développé pour qu'il ne soit plus nécessaire de disposer de services de médecine préventive spécialisés à vocation universelle. Le principal objectif de tels services doit être désormais d'atteindre les personnes « à risques » et celles ne bénéficiant pas d'un suivi médical. Le dépistage polyvalent est désormais une démarche aussi coûteuse que peu efficace. Ce mode d'approche traditionnel, même s'il obéit de plus en plus à des référentiels et à un ciblage selon l'âge, le sexe et certains facteurs de risques, est de moins en moins compatible avec les conditions de fonctionnement des différents services de médecine préventive. Les moyens de ces derniers, durablement limités des points de vue budgétaire et démographique, ne leur permettent pas d'assurer en même temps une approche systématique et des actions ciblées en faveur des individus qui en ont le plus besoin, ceux qui souffrent d'un suivi social et médical insuffisants.

Inscrire l'action de la protection maternelle et infantile dans un véritable réseau de prévention pour l'enfance

Les services de PMI sont organisés de manière très variable selon les départements, et l'on manque en définitive de connaissances sur la qualité et l'efficacité réelle de leur action. Au moment où se préparent une loi relative à la poli-

tique de santé publique et un nouveau programme de décentralisation, une évaluation apparaît nécessaire.

Les strates successives de son évolution transparaissent dans les missions et objectifs nombreux de la protection maternelle et infantile : activité de dispensaire dans les années cinquante, ambition périnatale et planification familiale dans les années soixante-dix, protection de l'enfance et promotion de la santé dans les années quatre-vingt, prise en compte de l'aggravation des situations de précarité sociale et montée des préoccupations de santé mentale dans les années quatre-vingt-dix. Une réflexion générale sur les missions de la PMI est aujourd'hui nécessaire au regard des enjeux actuels : continuité des actions en faveur de l'enfance, de la maternité à l'adolescence ; prise en considération des problèmes de périnatalité ; amélioration de l'accès à la prévention et aux soins des populations en difficultés ou marginalisées ; complémentarité avec la médecine de ville et les autres services intervenant dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence (santé scolaire, services pédiatriques hospitaliers, centres d'action médico-sociale précoces, secteurs de pédopsychiatrie, etc.).

Confier à la PMI le soin d'effectuer « des dépistages systématiques », sans l'apport méthodologique nécessaire et sans une obligation et une méthode de suivi, risque d'être illusoire.

En tout état de cause, la PMI doit dépasser sa fonction traditionnelle de dispensaire pour inscrire son action dans des réseaux spécialisés, notamment dans la détection des troubles de la petite enfance et des difficultés mère/enfant, mais aussi dans l'analyse et la surveillance des conditions de vie familiales et des milieux de vie de l'enfant (en mode de garde collectif, chez des gardiennes agréées, à l'école).

Le réseau périnatal lorrain expérimente l'entretien prénatal individuel de prévention.

Cette initiative est née du souhait d'adosser au réseau de soins périnatal lorrain, la démarche de prévention et de promotion de la santé au cours du suivi de la grossesse en inscrivant une dimension psychosociale complémentaire au suivi médical. L'initiative de cette réflexion revient aux services de protection maternelle et infantile des quatre départements lorrains (plus de 2 millions d'habitants et près de 28 000 naissances).

La priorité était de réaliser un accompagnement global de cette période particulière qu'est la grossesse, sachant que le suivi d'une grossesse normale correspond à 80 % de psychosocial et 20 % de médical et que 90 % des grossesses se déroulent sans problème particulier.

Un examen prénatal individuel précoce a été proposé au cours du quatrième mois de grossesse à toutes les femmes dont la date de conception se situait entre le 24 juillet et le 24 août 2002 ; ce projet concernait environ 2 200 femmes. L'objectif de cette étude de faisabilité était de proposer aux futures mères une

information personnalisée sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale. Cet entretien, conçu comme un moment d'échange au cours duquel s'effectue un dépistage, une recherche des signes d'appels médicaux psychologiques et sociaux est également un temps d'accompagnement, de responsabilisation et de prévention précoce des troubles de la parentalité.

Une fiche imagée sert de support à l'entretien et permet d'aborder avec la future mère les différents thèmes de la prévention au cours de la grossesse : alimentation, habitude de vie, environnement, logement, soins dentaires, consommations de produits licites ou non, information sur l'allaitement. Par cet apport interactif d'informations à une période particulière de leur vie, les futures mères peuvent devenir actrices de prévention. Cette fiche est accompagnée d'un guide d'entretien à l'usage des professionnels et d'un annuaire de contacts et de relais possibles pour des réponses adaptés aux éventuelles difficultés évoquées par la future mère.

Ce projet lorrain a été élaboré avec le soutien de tous les professionnels de la périnatalité qui ont accepté d'assurer la sensibilisation des femmes dont ils assurent le suivi. *Il a été décidé que cet entretien d'une durée de 45 minutes était proposé en complément des consultations prénatales existantes et pris en charge à 100 % pendant sa phase d'étude de faisabilité.*

Celle-ci a été financée par une subvention du programme « prévention et grossesse » de l'assurance maladie et de la DRASS. Le soutien par le FAQSV (fonds d'aide à la qualité des soins de ville) a permis d'y associer les sage-femmes libérales par une rémunération de C3 pour les entretiens qu'elles ont réalisés. Les conseils généraux, par la mobilisation de leurs professionnels, ont contribué à 25 % du budget. Le réseau périnatal a mis à disposition du temps de secrétariat et du temps de médecin du DIM (département d'information médicale du CHU).

L'évaluation est en cours afin d'envisager une éventuelle extension et /ou adaptation du projet expérimental.

Là encore, l'efficacité n'est sans doute pas d'accumuler bilans et dépistages systématiques, mais plutôt de cibler les actions vers les enfants signalés et les modes de vie, à l'école et en milieu périscolaire, de façon à dépister le plus précocement possible les difficultés somatiques et psychologiques des enfants, et à mettre en œuvre, dans le cadre d'un réseau, les prises en charges nécessaires.

Un exemple d'intervention ciblée : la PMI de l'Hérault

Dans le département de l'Hérault, dont le pourcentage de jeunes et celui de personnes ayant des problèmes sociaux est très élevé, les services de PMI suivent les enfants, par convention avec les services de santé scolaire jusqu'à six ans.

En moyenne section, les médecins et infirmières de PMI voient les enseignants et se font signaler les enfants connaissant des problèmes de développement, de santé, d'apprentissage...

Ces enfants et leurs parents sont vus en consultation, éventuellement les services de PMI se déplacent à domicile.

En revanche, les enfants dont les carnets de santé montrent qu'ils sont suivis et qui ne présentent pas de problèmes à l'école ne seront pas vus.

Les responsables des services de PMI déplorent cependant l'absence de suivi de leur action, passés six ans. Ils disent retrouver vingt ans plus tard certains enfants devenus adultes, bénéficiaires du RMI et présentant des problèmes de santé qui les handicapent et qu'il est alors difficile de résoudre.

Orienter l'activité de la médecine scolaire vers le dépistage ciblé et la promotion du bien-être à l'école

L'action de la médecine scolaire repose essentiellement sur des actions systématiques (bilans généraux, contrôle des vaccinations). Le bilan systématique à l'âge de six ans est considéré comme utile. Il permet en tout cas un suivi épidémiologique intéressant. Toutefois, dans la réalité, son intérêt apparaît de moins en moins probant :

- de nombreux enfants sont médicalement suivis par ailleurs (ce suivi, qui est ou devrait être répertorié dans le carnet de santé, n'est pas assez utilisé de ce point de vue) ;
- le service de médecine scolaire ne pouvant établir de prescription et disposant rarement des moyens nécessaires au suivi de ses observations, limite son intervention d'après dépistage à une relance écrite auprès des parents à qui un problème a été signalé, sans être en mesure de s'assurer par des convocations des parents, voire des visites à domicile, que les préconisations ont bien été suivies ;
- le nombre de pathologies à dépister augmente sans cesse, sans que les moyens suivent et permettent la réalisation effective de chaque type de dépistage ;
- le dépistage systématique donne une fausse sécurité : réalisé de manière partielle dans certains établissements, trop rapidement souvent, par des professionnels pas toujours tous bien formés (dans certaines académies, le taux de rotation des médecins scolaires est de cinquante pour cent chaque année et ce sont pour une large part des vacataires qui occupent les postes), le dépistage systématique ne permet dans nombre de cas que de déceler une « aptitude abstraite » de l'enfant, non rapportée aux conditions de vie et de scolarité qui sont les siennes.

Ainsi, par exemple, l'observatoire d'épidémiologie scolaire de Languedoc-Roussillon remarque dans ses enquêtes un fort différentiel du taux déclaré des troubles du comportement, selon que la déclaration émane de l'enseignant

ou du médecin scolaire (après examen).⁶ On peut, devant un tel constat, se contenter de mettre en cause le manque de tolérance des enseignants et prévoir une prise en charge des seuls « vrais troubles du comportement » du point de vue du médecin. Mais on peut aussi se dire que toute conduite de l'enfant ressentie comme trouble du comportement par l'enseignant pose potentiellement un problème, dans la mesure où elle traduit un mauvais rapport de l'enfant à son environnement, et de l'enseignant à l'enfant. Ce trouble n'est pas un problème de santé, au sens clinique du terme ; son étiologie est souvent inconnue, mais on sait que sa prise en charge doit passer par une amélioration des conditions de vie de l'enfant à l'école, une adaptation non seulement de l'enfant à l'école, mais de l'école à l'enfant, tel qu'il est. (et non tel qu'il devrait être ou qu'on voudrait qu'il soit). Il est important non seulement que le médecin scolaire puisse rassurer l'enseignant (et les parents) sur l'absence de pathologie mentale, mais aussi qu'il puisse travailler avec toute l'équipe éducative à la résolution de ce qui pourrait devenir un trouble mental enkysté, un problème de santé. C'est cela ce qu'on pourrait nommer évaluation du risque dans l'établissement scolaire. Cette démarche approfondie ne peut évidemment être menée conjointement au développement des bilans systématiques. Dès lors, le chemin le plus efficace paraît, non pas de chercher à dépister lors d'une visite médicale systématique à un âge donné, mais de procéder à un examen systématique des enfants signalés à l'occasion d'un travail en commun entre le service de promotion de la santé des élèves et toute l'équipe éducative.

Travailler sur les conduites violentes, une approche innovante de l'observatoire régional d'épidémiologie scolaire de Languedoc Roussillon (ORES)

La violence est d'habitude considérée comme importée dans l'école.

L'ORES souhaite explorer une hypothèse différente dans une de ses enquêtes thématiques annuelles : il s'agirait de conduire une interrogation auprès des élèves et des enseignants sur les relations collectives à l'école, les situations scolaires et péri-scolaires qui génèrent la violence : le lien entre la violence et l'échec scolaire, entre le bien être à l'école et la violence, entre différentes conduites à risque et la violence.

L'objectif à terme est également de sensibiliser les enseignants au travail collectif avec les élèves, à la conduite du groupe autant qu'aux seules performances individuelles

⁶ Par exemple les résultats 2000-2001 sont les suivants : Troubles du comportement en collège, hyperactivité, 0,7 pour le médecin, 7,2 % pour l'enseignant ; impulsivité, 0,8 contre 8,1 ; troubles de l'attention, 5,3 contre 18,2 ; opposition, 0,9 contre 4,5 ; agressivité, 0,6 contre 3,5 ; repli sur soi, 3,4 contre 6,6 ; désinvestissement, 3,2 contre 8,3 ; immaturité psychoaffective, 4 contre 9,9.

Mettre la prévention collective des risques au centre des missions de la médecine du travail

Actuellement, une part importante du temps d'activité des médecins du travail est occupée par la visite annuelle.

Celle-ci était justifiée en 1946, eu égard aux caractéristiques du tissu industriel et à l'état sanitaire général. Les conditions sont maintenant radicalement différentes. Outre que la démographie de la médecine du travail ne permet plus de faire face à cette visite généralisée, les enjeux ne résident plus dans la recherche de l'aptitude du travailleur, mais dans la détection des facteurs de risques.

L'activité des médecins du travail doit désormais : s'inscrire dans une démarche de santé publique ; s'étendre à la surveillance, la détection et l'évaluation des risques actuels et à venir ; se concentrer sur un dépistage ciblé en fonction de la nature des risques identifiés et du degré d'exposition des salariés à ces risques.

Le réseau des médecins du travail devrait être plus sollicité lors des phases de concertation et d'élaboration de la politique de prévention du risque professionnel.

Intégrer les centres d'examen de santé dans les programmes de dépistage organisé

Du point de vue populationnel, qui est celui de la santé publique, les examens périodiques réalisés par les centres d'examen de santé, essentiellement centrés sur des dépistages non spécifiquement ciblés, ni en termes de pathologies, ni en termes de populations à risque élevé n'ont pas montré leur utilité, en raison notamment de la faible proportion de population qu'ils touchent. Ce diagnostic a été confirmé par l'audit réalisé à l'intention de la caisse nationale d'assurance maladie.

L'adoption par cette dernière des principales recommandations du professeur M. Goldberg, et la redéfinition des missions des centres d'examen de santé autour de programmes spécifiques (risques post-professionnels, personnes âgées, santé de l'enfant, précarité et inégalités, participation aux dépistages organisés) sont de nature à améliorer l'efficacité d'un outil intéressant.

S'agissant de la participation des centres d'examen de santé aux dépistages organisés, il serait toutefois préférable de leur donner au sein de ces programmes une place spécifique, s'appuyant sur leurs atouts particuliers : leur capacité d'élaboration et d'évaluation des procédures de dépistage d'une part, leur capacité, grâce à

leur lien avec l'assurance maladie, à jouer un rôle dans la coordination logistique et technique de la déclinaison régionale des campagnes de dépistage, d'autre part ⁷.

A certains égards, la problématique de l'activité des centres d'examen de santé de la sécurité sociale n'est pas éloignée de celle de la consultation périodique de prévention.

Destiner les nouvelles formes de consultation de prévention aux populations qui en ont le plus besoin

Dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique, la création d'une consultation périodique de prévention est envisagée. Cette mesure présenterait certes le triple avantage de constituer un symbole visible du renouveau de la politique de prévention, de sensibiliser le réseau des médecins de ville à la démarche de prévention, de franchir une étape supplémentaire de l'intégration de l'activité préventive dans la gestion du risque maladie. Cette réforme constituerait sous cet angle un pas appréciable sur la voie de la suppression de la frontière artificielle dressée entre le soin et la prévention.

Néanmoins, les limites d'une telle démarche sont connues. Toute action fondée sur l'incitation et le volontariat de la personne risque de manquer la cible prioritaire des publics dont l'accès au système de santé, pour des raisons sociales, culturelles ou communautaires, reste difficile. En effet, les conditions d'ouverture du droit à cette consultation ne pourront pas, pour des raisons juridiques et techniques, être fondées sur des critères sociaux, de pratiques culturelles (la non fréquentation d'un médecin depuis cinq ans par exemple) ou encore de comportements à risque (consommation abusive d'alcool, usage de tabac ou de cannabis). Même standardisée en fonction de la prévalence des facteurs de risques selon l'âge et le sexe, cette consultation périodique de prévention risque de ne toucher que des personnes éduquées à la santé, bénéficiant déjà des programmes de dépistage systématiques, et souvent assez suivies ou attentives à leur santé pour ne pas courir de risque comportemental majeur.

Il paraît donc plus important, compte tenu de l'importance des inégalités sociales de santé, de l'importance de certains déterminants individuels et collectifs connus de mettre en place d'une part des actions de dépistage organisées,

⁷ Cf. Propositions de programmes d'activité pour les centres d'examen de santé, période. 2000-2006, rapport remis par le professeur Marcel Goldberg et le docteur Matthieu Carton au conseil d'administration de la CNAMTS.

ciblées sur un risque, notamment pour les risques collectifs, d'autre part des actions de promotion de la santé visant à repérer et attirer les populations à risques « de comportement » dans les dispositifs de prévention et de dépistage.

Par exemple des actions d'information et d'éducation à la santé menées dans des lieux publics, sur les lieux de travail, à l'école, à l'université, à partir des missions locales et de l'ANPE peuvent déboucher sur une offre de consultation ciblée pour les individus qui prennent conscience d'un risque tabagique, alcoolique, de malnutrition...

Le droit à une consultation périodique qui existe déjà dans le code de la sécurité sociale pour tous les assurés sociaux, à périodicité de cinq ans, pourrait être réaffirmé comme offert prioritairement à certaines populations cibles, celles qui ont été exposées à un risque collectif : suivi post-professionnel, chômage, exclusion sociale.

La consultation de prévention n'est alors plus un droit offert, mais une proposition personnellement adressée aux individus (comme pour un dépistage organisé).

Les centres d'examen périodiques comme exposé ci-dessus trouvent une utilité dans un tel dispositif.

Développer les démarches territoriales et de santé communautaire

Les politiques publiques restent en France largement dominées par le modèle hérité de la troisième république : à des citoyens réputés tous identiques, et donc tous égaux devant la loi et le service public, vont être dispensés, par des réseaux spécialisés, l'éducation, la culture, la santé, l'hygiène, etc. Mais sous l'effet des progrès scientifiques et techniques, ce modèle a évolué vers une hyperspécialisation des réseaux et vers une extrême segmentation des politiques publiques, dont la logique verticale est de moins en moins adaptée à l'approche multidisciplinaire et territorialisée que requièrent de plus en plus souvent les politiques sociales, de la ville et de la santé par exemple.

Les stratégies de prévention ne peuvent qu'être globales. Il s'agit d'éviter toute rupture, toute distorsion, entre le dépistage, l'éducation, la prise en charge, le suivi d'une même personne. Le citoyen, comme le malade, n'est qu'un ; ses besoins de santé ne sont pas divisibles à l'image de l'organisation administrative. C'est l'ambition des schémas territoriaux (comme les plans régionaux de santé) et la fonction des réseaux de veiller à la continuité, à la cohérence, à la coordination des actions : par exemple, après dépistage à l'école ou à la PMI

d'un risque d'obésité, qui prendra le relais de l'accompagnement de l'enfant ? S'il est reconnu que la prévention primaire relève plutôt de l'éducatif, du social et du culturel, il faut éviter d'enfermer les professionnels dans un rôle exclusif d'éducation ou de soin. Ainsi, dans le domaine de la nutrition, où éducation thérapeutique et éducation à la santé sont proches et empruntent souvent les mêmes techniques, de nombreuses compétences doivent être mobilisées selon des méthodes diverses, réseaux – officiels ou officieux –, conventions de partenariat, contrats, subventions : médecins libéraux et hospitaliers ; autres personnels de santé (infirmières, diététiciennes, sages-femmes, psychologues, etc., dont le rôle pourrait être encore accru ; travailleurs sociaux ; enseignants et moniteurs de sports ; sociologues, pouvant aider à identifier les raisons des comportements et à adapter les réponses ; conseillères en économie sociale et familiale, techniciens d'intervention sociale et familiale, dont la connaissance souvent globale des familles peut s'avérer précieuse, etc). C'est le souci de mettre en œuvre une approche globale qui a conduit le Royaume-Uni à créer des *healthy living centers*, destinés, dans les zones socialement défavorisées, à développer des actions de promotion de la santé, de conseil en nutrition et d'activité physique en s'appuyant notamment sur les associations et les communautés.

Les consultations régionales préparatoires à la loi relative à la politique de santé publique (synthèse de la Société française de santé publique précitée) ont mis en évidence l'importance de la notion de proximité : « *C'est là où se mettent en œuvre les actions, où se rencontrent les interlocuteurs et où se fait l'appropriation par les acteurs* »... *C'est à un niveau infrarégional que l'on peut obtenir la connaissance la plus fine des besoins et que l'on peut effectuer des diagnostics locaux, des expérimentations d'outils ou d'actions innovantes* ». Actions territorialisées et actions de santé communautaire vont de pair.

L'approche dite de santé communautaire jouit en France d'une mauvaise réputation. Elle est souvent assimilée, même dans les milieux avertis, à une démarche communautariste. Point n'est besoin de s'engager sur les vertus respectives du modèle républicain égalitaire à la Française et des modèles fédéraux à l'allemande, à l'italienne ou à l'espagnole. Il suffit de constater que l'homogénéité réelle ou souhaitée des populations auxquelles s'appliquent les politiques publiques, d'éducation, de santé, de culture, est une fiction. De plus en plus souvent, les risques ne se répartissent pas de manière aléatoire dans la population. Ils sont dans une large mesure culturellement, socialement et spatialement pré-déterminés. Au sein même d'une catégorie de population considérée comme homogène et semblable du point de vue des critères socioéconomiques ou géographiques, des différenciations de culture, de mode de vie, d'appartenance à un groupe ou à un réseau de solidarité qui apporte aux individus un soutien ou au contraire les engluent dans la déviance, vont intervenir et déterminer, au-delà des facteurs individuels ou familiaux de handicap ou de résilience, la répartition des risques au sein de la population.

Une politique de prévention doit nécessairement jouer sur ces déterminants, qui doivent être identifiés et compris au plus près du terrain, par une analyse diagnostique des groupes envisagés dans leur environnement proche et leurs conditions de vie réelles. Elle doit adapter son organisation, ses messages et ses modes d'intervention aux publics visés. C'est un constat convergent de toutes les enquêtes effectuées par l'inspection générale des affaires sociales pour la préparation de ce rapport.

Enfin, la difficulté de l'action de santé communautaire réside dans son caractère souvent microscopique et non reproductible. Cela oblige à mettre en place des processus de planification itératifs entre les niveaux régional, départemental et local. Ce travail de maillage se prête mal au modèle traditionnel de la circulaire fixant les objectifs, les échéances et les modes d'action. D'une certaine manière le modèle de l'appel d'offres pour des actions de santé publique n'est pas plus adapté. Le temps de la santé communautaire n'est pas celui des campagnes de vaccination, les effets sont à mesurer sur un temps long, le diagnostic et le montage des projets représentent en fait la moitié de l'action. Il faut donc imaginer des processus de pilotage et d'évaluation appropriés.

Une approche de proximité et de santé communautaire est, en matière de prévention, une nécessité absolue dont il faut tenir compte lors de la définition des modes d'organisation et de coordination entre les intervenants dans les domaines du curatif et du préventif, du sanitaire et du social.

Généraliser le recours aux relais communautaires en matière de prévention de l'infection VIH

Dans l'ensemble, on peut considérer que la France est en avance sur la plupart des pays voisins en matière de dépistage du VIH. En population générale, chez les homosexuels et les toxicomanes, les efforts des campagnes de prévention semblent porter leurs fruits. Toutefois, on observe une incidence de contamination par le SIDA plus élevée chez les personnes migrantes que chez les français : 15 % des cas déclarés depuis le début de l'épidémie concernent des étrangers, alors qu'ils ne représentent que 6 % de la population vivant en France.

La principale difficulté est celle de l'accès au dépistage, puisqu'on estime que 60 % des personnes migrantes n'ont connaissance de leur séropositivité qu'au stade de la maladie SIDA. Même lorsqu'elles sont informées de leur séropositivité, ces dernières sont moins nombreuses que les Français dans la même situation à avoir recours à un traitement pré-SIDA. Pour les migrants, l'état de santé est souvent considéré comme secondaire par rapport à la priorité du soutien économique à la famille restée à l'étranger.

Le dépistage et l'accès précoce aux soins de ces catégories de population, et tout particulièrement des femmes africaines, doivent constituer une priorité

dans la lutte actuelle contre le SIDA. Cette dimension doit être intégrée dans des campagnes de prévention très ciblées.

En Grande-Bretagne, les responsables des programmes de santé publique s'appuient sur les communautés ethniques pour l'élaboration et la mise en œuvre des actions : les projets de *healthy living centers* précités émanent, dans certains quartiers, d'initiatives des communautés ethniques, coordonnées par le *primary care trust*. Les équipes de santé bénéficient de visiteurs de santé bilingues et la plupart des brochures d'information sont traduites en plusieurs langues. L'origine ethnique ou la pratique d'une langue étrangère peuvent être un des critères de recrutement des professionnels de santé dans des centres à clientèle multiculturelle.

Le recours à des « pairs » (hommes et femmes relais) pour soutenir et dynamiser des actions de proximité est également observé dans la plupart des départements visités par l'IGAS. En Seine-Saint-Denis, il est initié dès les années 1980 pour vaincre la méfiance des usagers vis-à-vis des institutions, puis il se développe et se renouvelle avec l'arrivée continue de communautés ethniques différentes. Des femmes relais interviennent dans la plupart des communautés d'immigration, du Maghreb, du Mali, de Turquie, des pays de l'Asie du Sud-Est. L'activité de ces médiatrices socioculturelles s'organise autour d'un travail d'accueil, d'accompagnement ou d'orientation des femmes ou des familles.

Les personnes relais assurent la traduction des codes culturels, des usages et mentalités françaises et étrangères. Elles assurent l'interface entre le professionnel et l'utilisateur et posent en quelque sorte le problème du pouvoir, car elles représentent un tiers actif dans l'intermédiation. Elles jouent un rôle irremplaçable dans le domaine de la cohésion sociale, qui est un des enjeux fondamentaux de la politique de la ville⁸. Toute politique de prévention et d'insertion passe nécessairement par ce relais indispensable.

Développer des réseaux d'accueil et d'écoute des enfants et des adolescents

L'enquête effectuée par l'IGAS sur la politique de prévention dans l'enfance et l'adolescence a permis de mettre en évidence trois types d'expériences méritant d'être encouragés : les réseaux d'accueil et d'écoute aux jeunes et à leurs parents ; les actions d'éducation à la santé menées au plus près des lieux de vie des jeunes dans le cadre de la politique de la ville ; les programmes territoriaux de santé développant une approche sanitaire et sociale, notamment dans le cadre de la lutte contre la délinquance.

⁸ La circulaire DGS du 26 avril 2000 souligne leur rôle dans la politique de la ville et vise à leur offrir un cadre professionnel stable et reconnu. Des actions de formation destinées à mettre en œuvre une dynamique de qualification sont entreprises avec l'Institut régional de travail social de Paris. Le cursus est de 280 heures.

En particulier, les « réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents » (REAAP), les « points d'accueil et d'écoute jeunes » (PAEJ), où peuvent œuvrer médecins, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, constituent des espaces souvent précieux de dialogue, de repérage, d'accompagnement et d'orientation vers une prise en charge. L'IGAS a pu notamment mesurer l'intérêt d'engager une action de sensibilisation à la santé auprès des jeunes fréquentant les structures d'information concernant leur orientation ou leur insertion professionnelle, ce que font depuis leur création nombre de missions locales dont c'est la vocation.

Les actions préventives concernant les adolescents sont principalement menées en milieu scolaire. Certains groupes particulièrement vulnérables en restent ainsi paradoxalement exclus. C'est le cas de certains jeunes dont le parcours de vie est fait de ruptures successives et d'échecs répétés de prises en charge (échec scolaire, rejet de la famille, exclusion des institutions, délinquance, etc.), souvent associés à des carences affectives précoces. Il s'agit alors de concevoir une prévention à la fois sanitaire et sociale, inscrite dans la continuité, et visant aussi bien l'enfant ou l'adolescent lui-même, les parents, le milieu de vie.

Dans cet esprit, les expériences de santé communautaire conduites dans le cadre des « ateliers villes-santé » de la politique de la ville ou certains programmes territoriaux de santé doivent servir d'exemple.

Mieux adapter les messages aux différentes cibles

Ce serait presque formuler une évidence, si l'expérience ne montrait combien la communication publique, malgré d'indéniables progrès, peine encore parfois à abandonner une posture généraliste et égalitaire, pour adopter un discours et un langage adaptés aux groupes auxquels elle est destinée.

Campagnes « SIDA » : ne pas en rester à des messages généralistes

Dans le domaine de la lutte contre le SIDA, on constate une forme d'érosion du discours associatif, de réduction de son impact. Il y a donc lieu de s'interroger sur le contenu des messages à faire passer dans l'opinion et sur son adaptation aux réalités locales. Au-delà de l'information généraliste qui a prévalu jusqu'ici, le contenu et les supports choisis pour les messages doivent prendre en compte les conditions de vie et les mécanismes comportementaux conduisant

chaque public cible à adhérer ou à rejeter tel ou tel dispositif de prévention⁹. La connaissance de ces comportements et croyances passe par l'observation locale, au plus près de ces publics dans leur extrême diversité – jeunes de milieux sociaux différents, « nouveaux migrants », prostituées occasionnelles, errants, etc., et suppose à la fois un patient travail d'approche et une continuité dans l'action.

Certes, il faut saluer les efforts de l'Institut national de promotion et d'éducation pour la santé (brochure d'information sur le SIDA traduite en vingt-et-une langues, affichettes et dépliants en langue arabe, espagnole et portugaise mis à disposition dans de nombreux dispensaires...). Néanmoins, les outils de communication doivent être diversifiés et offrir une alternative en dépassant l'obstacle de l'écrit. Les radios locales émettant des programmes à destination de communautés (Africa 1, Radio-Caraïbes...) sont des médias bien plus efficaces que les cassettes, films ou brochures.

De façon générale, si le maintien en continu d'une information « généraliste » est toujours nécessaire, il convient de relancer parallèlement des campagnes plus ciblées. Des associations critiquent le caractère trop timoré, à leurs yeux, des campagnes de lutte contre le SIDA. Elles souhaitent que les problèmes liés au SIDA soient abordés de manière plus directe et que les messages visent aussi bien les hétérosexuels à partenaires multiples que les homosexuels. Elles préconisent un langage accessible aux citoyens quelle que soit leur préférence sexuelle, visant à créer un déclic préventif auprès des jeunes générations n'ayant pas connu la période antérieure à l'apparition des traitements et à enrayer l'effet de lassitude face aux comportements préventifs pour les plus âgés¹⁰. C'est ainsi qu'une association des Bouches-du-Rhône suggère que l'on insiste sur les moments à risque en citant l'exemple des prostituées qui se protègent dans leur vie professionnelle mais oublient toute protection dans leur vie privée. Elle préconise aussi une meilleure accessibilité au préservatif féminin peu utilisé en raison de son coût élevé et du faible investissement des pharmaciens.

Dans le cadre des politiques d'éducation à la santé, des actions spécifiques doivent être menées à leur intention, animées par des professionnels rôlés à l'exercice et aptes à apporter des réponses documentées à des questions précises. Il n'est pas toujours facile d'être explicite tout en évitant de dénier, ou à l'inverse de stigmatiser, les expériences sexuelles précoces ou successives avec des partenaires différents ou encore les conduites homosexuelles.

⁹ Une association de femmes relais a signalé que les films de prévention contre le Sida montraient toujours des acteurs « blancs » et que les noirs ne se sentaient pas concernés ; désormais, certains films et affichettes mettent en scène des acteurs de couleur.

¹⁰ Contributions d'ELCS, d'ARCAT SIDA, d'AIDES, d'ACT UP au rapport d'évaluation du Commissariat général au plan.

Une expérience d'éducation à la santé ciblée

La Mutuelle des Etudiants vient d'éditer un guide nommé « Le guide, désir, sexualité, respect, amour.

A côté d'un message très fort, conçu en collaboration avec des lycéens, ce guide délivre les principales informations de prévention. celles – ci sont délivrées, dans un langage clair, sans fausse pudeur, mais sans grossièreté.

On y parle pour les jeunes, avec les mots des jeunes.

On y parle de prévention en situation et pour un public ciblé : des jeunes lycéens et des jeunes étudiants, des deux sexes et aux pratiques sexuelles variées.

Après des pages consacrées à des messages d'éducation sexuelle, visant tant à déculpabiliser les jeunes quant à ce qui est normal et ce qui ne le serait pas, un rappel de la loi et de l'interdiction des violences, les pages consacrées à la prévention sont écrites à partir de situations concrètes, de questions que se posent les jeunes. Suivent des adresses utiles.

Ainsi, après avoir expliqué que la sodomie n'était en rien « péjorative ou dévalorisante » est-il dit, très simplement :

Ce qui est primordial, c'est qu'elle soit clairement désirée par les deux partenaires. Pour tous, l'usage du préservatif, associé à un lubrifiant à base d'eau est impératif pour éviter la transmission d'IST. Une toilette et un changement de préservatifs s'avèrent bien évidemment nécessaires avant tout autre pénétration. »

Ou bien encore : un tableau très complet sur les principales infections sexuellement transmissibles, avec « les modes de transmission (sexe-sexe, anus-sexe, bouche-sexe (rare)), les traitements, les manifestations et les complications. »

« Et si j'ai pris un risque : avoir eu une relation sexuelle non protégée avec un partenaire séropositif ou dont vous ignorez le statut sérologique récent constitue un risque... tout comme un accident de préservatif qui se serait déchiré. »

« La pilule du lendemain, accessible à tous, gratuitement pour les mineures en pharmacie et pour les majeures en centres de planning familial, payante pour les majeures en pharmacie. »

Mais il est dit aussi que « la pilule du lendemain n'étant efficace qu'à 75 à 80 %, il est conseillé de faire un test de grossesse. ».

Reste la question de la diffusion et des stratégies d'explication de ce guide, sachant malgré tout que le support papier est sans doute adapté à un public étudiant.

Systematiser les actions d'éducation sexuelle en milieu scolaire

Les efforts entrepris par l'Education nationale en matière d'éducation sexuelle doivent être maintenus et renforcés. Les actions d'information devraient être soumises à un processus d'accréditation. Les difficultés rencontrées à l'occasion de séances d'information sur les mêmes domaines doivent être analysées (réticences, voire hostilité des parents, crainte d'un effet incitatif sur un public scolaire très inégalement averti, thèmes difficiles à exprimer en classe

mixte...). C'est pourquoi il est important de relancer sans cesse l'information sexuelle sur les comportements à risque auprès des jeunes, sur la base des enseignements tirés des précédentes expériences d'information. De même que les actions d'information et d'incitation à l'utilisation d'une contraception adaptée, car de gros efforts restent à faire en ce domaine, notamment dans les départements et territoires d'Outre mer.

Si l'évaluation quantitative des actions ne saurait renseigner sur leur impact, il apparaît néanmoins nécessaire, au niveau du département ou de la région de s'assurer d'une certaine systématisme de cette information : en effet, si l'action est remarquable, mais ne bénéficie qu'à cinq classes par an, l'impact risque d'être faible, surtout en termes d'éducation sexuelle, où il s'agit d'armer les jeunes collectivement pour éviter les risques.

Saturnisme et risques du milieu : mettre en œuvre des campagnes de communication et d'éducation en direction des personnes exposées

Une réflexion du même type doit prévaloir dans le domaine des risques environnementaux. Les campagnes de communication et d'éducation pour la santé sur les risques environnementaux constituent un outil de prévention utile pour limiter les expositions individuelles soit dans l'attente de mesures de réduction des risques à la source (réhabilitation des habitats anciens dégradés contenant du plomb), soit comme élément essentiel de la politique de prévention (cas du radon).

L'IGAS n'a pas eu connaissance d'analyses d'impact détaillées des campagnes de communication réalisées par le ministère chargé de la santé. Les éléments épars recueillis mettent toutefois en évidence une relative inefficacité des messages lorsqu'ils sont diffusés de façon uniforme et ne tiennent pas suffisamment compte des publics cibles.

L'efficacité du contenu des actions d'éducation par la santé et des vecteurs de diffusion de l'information pourrait être améliorée à travers : une réflexion préalable sur la perception des risques ; une diversification de ces vecteurs de diffusion pour s'adapter aux publics cibles (information orale directe à travers des opérateurs médicaux ou sociaux ; utilisation des différents médias) ; l'évaluation systématique des campagnes menées.



Principe d'action

Promouvoir une dynamique de la multidisciplinarité plus que de la spécialisation

Une politique de prévention appelle des savoir-faire et des modes d'intervention (action territorialisée, transversale, interinstitutionnelle, pluriannuelle) qui se situent à l'opposé de la culture administrative traditionnelle (fondée sur une logique sectorielle, verticale, spécialisée, annuelle). La politique de prévention, ce rapport le montre à l'envisager, doit rompre avec les schémas de pensée traditionnels qui font de la santé publique, de la médecine curative et de l'action sociale des champs clos et autonomes. D'où les difficultés de sa mise en œuvre, qui se heurte en permanence aux frontières juridiques, administratives, budgétaires, corporatistes, qui délimitent les champs de compétences des diverses institutions, collectivités et professions. La tentation est grande alors de marquer le terrain en créant des actes, des services, des professionnels spécifiquement dédiés à la prévention. On cherchera alors à créer ou renforcer des services de prévention spécialisée (comme la médecine scolaire, la PMI, la médecine du travail, des services d'éducation pour la santé), à faire émerger un « droit à la prévention », à créer des diplômes et des professions de « préventeurs ».

Ce n'est pas, à terme, la bonne voie. La politique de prévention nécessite certes des compétences et des moyens spécifiques : une démarche de santé publique, qui n'est pas celle de la stratégie thérapeutique individuelle ; des techniques de communication, de conduite de programme, de relation à l'utilisateur, qui ne sont pas celles habituelles de la régulation du système de santé ; bref, une culture et une éthique, qui ne sont pas celles de chacune des disciplines qu'elle sollicite. Mais la prévention est avant tout une démarche, pas un métier ; une dynamique de coopération, pas un secteur administratif. Elle a besoin de professionnels connaissant son langage, ses méthodes, ses finalités, mais ces professionnels peuvent être divers (médecins, infirmiers, psychologues, éducateurs, enseignants, ingénieurs...). Elle a besoin de plates-formes d'animation et de supports de gestion, mais ces structures ne nécessitent pas toujours la création d'un organisme ad hoc ; elles peuvent être alternativement, selon le type d'objectifs ou le type de population visé, celles d'institutions ou de collectivités existantes.

C'est la direction la moins spontanément empruntée, mais c'est le pari à relever si l'on souhaite vraiment décloisonner la politique de santé publique.

Mieux intégrer soin et prévention

Notre administration de la santé est trop organisée en fonction de la régulation financière et technique du système de soins. La politique de santé doit pouvoir être globale et mise en œuvre, à partir d'objectifs nationaux de santé intégrant soins curatifs et prévention. Cela suppose un décloisonnement des mécanismes d'organisation et de financement de l'activité de soins et de l'activité préventive, en particulier en ce qui concerne le médecin de ville.

L'implication de médecins de ville dans la politique de prévention est essentielle.

Les médecins ont déjà une activité de prévention importante, mais elle est insuffisamment reconnue, identifiée et rémunérée comme telle. Dans le droit fil des récentes évolutions conventionnelles (accords de bon usage des soins, contrats de santé publique...), il apparaît indispensable de réfléchir avec les organisations représentatives de médecins, à l'instauration d'une rémunération spécifique de l'activité préventive, qu'elle soit faite sous forme d'un acte unique ou d'un travail en réseau.

Conjugué à une meilleure formation continue en santé publique, un système de rémunération adapté constituerait le levier le plus efficace d'une bonne participation des médecins libéraux à la politique de prévention.

La loi du 4 mars 2002 a ouvert la voie en prévoyant l'extension du financement de programmes prioritaires de prévention par le fonds national d'assurance maladie. La loi de santé publique doit être l'occasion de faire de l'intégration du soin et de la prévention un principe d'organisation et de financement de la politique de santé publique, en fixant les principes de mobilisation des différents fonds disponibles (fonds national d'assurance maladie, fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, fonds pour l'amélioration de la qualité des soins de ville, etc.) et en précisant les modalités d'intégration des objectifs de prévention dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Adapter l'administration sanitaire aux exigences de la nouvelle politique de santé publique

La définition de la politique nationale de santé publique est du ressort de l'État. Le gouvernement en assure la conduite dans le cadre fixé par le législateur. Au sein du gouvernement, le ministre en charge de la santé détient évidemment une responsabilité particulière, même si elle est sous divers aspects partagée avec divers autres ministères et délégations interministérielles (affaires sociales, travail et solidarité, environnement, agriculture, jeunesse et éducation nationale, sécurité routière, mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, etc.). Celui-ci dispose notamment, pour préparer et mener son action, de la direction générale de la santé, qui elle-même assure l'animation et la tutelle des multiples organismes, agences et services sanitaires ayant une compétence ou un rôle à assurer en matière de prévention. La direction générale de la santé est donc le pivot naturel de la politique de santé publique, les agences sanitaires spécialisées, ainsi que les agences régionales et les services déconcentrés de l'État dans les régions et les départements, étant ses relais directs. Il existe donc une administration sanitaire en charge de la prévention, le périmètre et la répartition des compétences au sein de cette administration pouvant évoluer en fonction soit des politiques de santé, soit des réformes visant à déconcentrer ou décentraliser l'action publique.

Il n'est donc pas utile de chercher à créer une nouvelle administration sanitaire de la prévention.

En revanche, l'administration de la santé, au niveau central comme en région, doit être organisée de façon à davantage subordonner les modes de planification et de régulation de l'offre de soins aux priorités de santé publique ; mieux coordonner l'action des différents directions et services concernés ; mieux assurer la permanence de la préoccupation de santé publique et la continuité de la politique de prévention ; faciliter la coopération interministérielle et interministérielle : renforcer les démarches transversales ; assouplir et rendre plus efficace les modes d'exercice de la tutelle sur les organismes à responsabilité déléguée ; conforter les relais territoriaux.

Dans cette perspective, la mise en œuvre de la politique de prévention doit être largement déconcentrée et l'organisation d'un pôle de santé publique pensée à partir des services existants, agences régionales de l'hospitalisation et directions régionale, des affaires sanitaires et sociales notamment.

Conserver à l'INPES son caractère d'administration de mission

En créant, en lieu et place du Comité français d'éducation pour la santé, qui était de statut associatif, un établissement public (l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), la loi du 4 mars 2002 a apporté un élément nouveau au cœur d'un paysage institutionnel passablement encombré. L'INPES s'est vu attribuer des missions plus larges que celles du CFES, puisqu'il lui appartient, d'exercer une fonction d'expertise et de conseil, mais également d'assurer le développement de la promotion de la santé. C'est pourquoi, à l'origine, avait été prévue au sein de l'Institut la création de délégués régionaux, qui n'ont à ce jour pas été mis en place.

L'intérêt de ces délégués régionaux, au terme des enquêtes menées par l'IGAS en région, n'apparaît pas évident. Tout d'abord parce que le rôle susceptible de leur être assigné ne paraît guère différent de celui tenu par le réseau des comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé qui, pour être de statut associatif, n'en sont pas moins des partenaires actifs des plans régionaux de santé. Le cloisonnement administratif, qui est le principal frein à la mise en œuvre de nombreuses actions de prévention, trouve son origine davantage dans la force des logiques verticales et descendantes auxquelles les acteurs doivent se plier, que dans la diversité de leurs statuts. La création de délégations régionales de la prévention sous l'autorité de l'INPES risquerait d'ajouter une nouvelle logique sectorielle dans un champ déjà largement quadrillé par des murets institutionnels parfois infranchissables.

A l'heure des nouvelles technologies de communication et de l'Internet, des téléconférences et autres modes de travail à distance, il apparaît peu utile de doter l'Institut de correspondants régionaux. Il est d'ailleurs tout aussi contre-productif de lui confier, sous prétexte qu'il s'agit d'activités ayant trait à la prévention, des tâches de gestion autres que celles afférentes à ses missions d'information et d'éducation, comme cela vient d'être fait pour la téléphonie sanitaire et sociale et le versement de subventions aux associations nationales de prévention. Ce faisant, l'administration centrale obscurcit le paysage et empêche l'évaluation du bon fonctionnement de l'établissement qu'elle a créé. Pour jouer pleinement son rôle d'expert en programmes de prévention, au service de l'administration centrale pour la définition des politiques de prévention, au service notamment des services de l'État en région pour l'élaboration des programmes régionaux de prévention, au service enfin des

opérateurs pour l'accréditation d'actions de prévention, l'INPES doit ne se consacrer qu'à cela ¹¹.

Mieux former et rémunérer les professionnels impliqués sans créer une profession statutaire de la prévention

Un mouvement se dessine actuellement dans les milieux de la prévention, en faveur de la création de professions de prévention, notamment dans le domaine de l'éducation pour la santé.

Les constats effectués lors des enquêtes menées par l'IGAS dans les domaines de la toxicomanie, de l'enfance, de la nutrition, du travail par exemple, tendent à indiquer que si l'on manque effectivement de personnes formées à l'éducation et à la promotion de la santé, réserver l'exercice de cette fonction à des personnels à statut et formation spécifiques constituerait paradoxalement un frein au développement et à l'enracinement d'une culture de la prévention dans les secteurs où elle est nécessaire, comme le soin, l'éducation, le travail social, le loisir, la sécurité. L'éducation à la santé ne se réduit pas, en effet, à la maîtrise, certes indispensable, d'un certain nombre de techniques ou de savoir-faire. L'adéquation du porteur du message à la situation ou au public cible est aussi décisive que la pertinence du message et que la qualité de son mode de transmission. Ainsi, les témoignages sont nombreux pour souligner que la légitimité de l'intervenant lui vient non pas tant de sa compétence en éducation pour la santé, que de sa fonction sociale principale. Dans le domaine de la prévention de la toxicomanie, par exemple, les interventions d'enseignants, de médecins, d'infirmières, de pharmaciens, de policiers, d'animateurs, dès lors qu'ils ont été formés à un certain nombre de pré-requis, sont souvent considérés comme plus efficaces que les interventions spécialisées « d'éducateurs pour la santé ». Il en va vraisemblablement de même dans tous les secteurs de la prévention où la dimension culturelle et communautaire des déterminants de santé est importante : nutrition, tabac, alcool, pratiques sexuelles, etc.

Programmer la formation en éducation pour la santé d'un grand nombre de professionnels – on pourrait même dire de tous les professionnels de l'action éducative, sociale, culturelle et sanitaire –, paraît une voie plus pertinente pour

¹¹ On pourra noter ici l'exemple des CREAI, qui chargés au départ de tâches de recherche et d'étude, s'étaient vu confier la gestion d'établissements pour handicapés, jusqu'à perdre leur fonction première, rétablie d'ailleurs à la suite d'un rapport de l'inspection générale des affaires sociales.

diffuser la prévention que la spécialisation de quelques uns, forcément peu nombreux.

Cela ne signifie que l'action de prévention, qu'il s'agisse d'actes de soins (dépistage, vaccination) ou d'actions d'éducation pour la santé, ne nécessiterait pas une formation adaptée et techniquement poussée. Certains actes techniques ne peuvent être exécutés que par des professionnels médicaux et paramédicaux.

Principe d'action

Définir des sphères de responsabilités cohérentes et non étanches

Il n'y a pas d'institution illégitime en matière de prévention. Ministères en charge de la santé, mais aussi de l'éducation, de la jeunesse, de l'environnement, du travail, organismes d'assurance maladie, collectivités territoriales, agences sanitaires, associations assurant en droit ou en fait une mission de service public, sont tous dépositaires, à un titre ou à un autre et souvent de par la loi, de compétences et de missions de prévention.

Les services de l'État, et en particulier ceux en charge de la politique de santé, sans rien abandonner de leurs prérogatives fondamentales, doivent adapter leurs modes d'intervention à cette réalité. Responsables incontestables de la définition des orientations sanitaires nationales, ils ne peuvent prétexter de leur légitimité régaliennne pour imposer des objectifs, des programmes, des procédures de mise en œuvre sans véritables concertation et réflexion commune préalables. A chaque fois que l'État cède à cette tentation hégémonique et technocratique, il ne suscite qu'incompréhensions, frustrations, inertie, inefficacité, gaspillage de fonds publics. L'autorité de l'État, dans un domaine aussi partagé, complexe et vivant que celui de la prévention, repose autant sur sa crédibilité technique et sa capacité à mobiliser, à rassembler les compétences et les moyens, que sur des textes. La diversité des acteurs est une donnée, il faut en faire un atout.

Responsable premier de la politique de santé publique, l'État doit créer les conditions juridiques, financières et techniques de sa mise en œuvre. A cet égard, les choix qui seront faits, pour configurer le pôle de santé publique en région, à l'occasion de la prochaine loi seront déterminants. Quelle que soit la solution organisationnelle adoptée, elle devra permettre un pilotage efficace des politiques régionales de prévention.

Il ne faut pas perdre de vue que dans un domaine comme celui de la prévention, la définition des objectifs comme leur évaluation ne peuvent pas être effectuées sans lien avec le choix des modalités de mise en œuvre.

Cela implique que si le responsable du pôle de santé publique en région est l'autorité responsable de la bonne exécution des orientations fixées par le Con-

seil régional de santé ou l'instance qui sera appelée à le remplacer, son mode de pilotage ne peut plus être unilatéral et doit au contraire s'apparenter à un mode de management propre à fédérer l'ensemble des acteurs.

Rendre plus efficace l'action interministérielle et assurer la continuité de la politique de santé publique

La création de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie est un exemple de réponse à la nécessité d'une action coordonnée mettant en jeu différents départements ministériels. La composition du comité technique national de prévention institué par la loi du 4 mars 2002, où étaient appelés à siéger l'ensemble des ministres concernés, témoigne également de cette préoccupation. Car, en fin de compte, il n'est pas un domaine de la politique de prévention qui, à un stade ou à un autre, n'exige une collaboration interministérielle : la nutrition, les risques environnementaux et professionnels, en fournissent une illustration parmi d'autres.

La nécessité d'une approche pluridisciplinaire dans le domaine nutritionnel est reconnue par tous, et le plan national nutrition santé (PNNS) s'est bien inscrit dans cette perspective. Passer de l'intention à la réalisation reste malgré tout ardu, puisque cela suppose de la part d'institutions et d'organismes obéissant habituellement à des logiques sectorielles, « verticales » et souvent « descendantes », un mode de fonctionnement « horizontal », fondé sur une coopération et une mutualisation des ressources dans une aire thématique ou géographique donnée. En l'occurrence, les enjeux d'une politique visant à modifier les comportements nutritionnels dépassent largement ceux du ministère de la santé. Nombre d'actions stratégiques dépendent, soit d'acteurs dont les intérêts ne convergent pas avec ceux de la santé publique (secteurs agricole et agroalimentaire), soit de partenaires dont les priorités sont autres, dans des domaines aussi divers que ceux de la ville, de l'équipement, de la restauration, du sport, de l'éducation, etc.

Les expériences étrangères militent pour une action davantage axée sur l'environnement de la population. Les États Unis, confrontés depuis de nombreuses années à la montée de l'obésité, s'orientent désormais vers une politique de « prévention sans effort », qui mise sur la modification de l'environnement pour changer les consommations et le mode de vie. L'expérience menée en Carélie du Nord (Finlande) pour prévenir les maladies cardio-vasculaires montre l'intérêt d'une approche globale : interdisciplinarité (volet agriculture, volet éducation), formation (notamment des professionnels de santé

primaire), communication (leaders d'opinion, programmes TV, guides de bonnes pratiques).

Le « plan national nutrition santé » s'est efforcé de prendre en considération cette nécessité, comme en atteste la composition interinstitutionnelle du comité stratégique¹². La lenteur des réalisations dans plusieurs domaines du plan national affichés comme stratégiques (intégration des problèmes de la nutrition dans les manuels scolaires, installation de fontaines d'eau dans les établissements, utilisation d'un label « nutrition », développement de la recherche, mise en place de partenariat avec l'industrie agro-alimentaire...) mettent en évidence la difficulté de la démarche.

Faire fonctionner l'action interministérielle dans le domaine de l'environnement

Les problèmes de l'environnement, et de l'influence de l'environnement sur la santé, ne peuvent être traités efficacement que par des actions interministérielles dont l'enquête effectuée par l'IGAS sur ce thème a confirmé les difficultés. Si bien d'autres pays, comme d'ailleurs la commission européenne, sont confrontés à de telles difficultés, force est de reconnaître qu'elle sont en France particulièrement aiguës. Parmi les différents moyens susceptibles de les pallier, deux paraissent devoir être privilégiés : le renforcement du rôle de l'agence française de sécurité sanitaire environnementale récemment créée ; le déclassement des compétences et des expériences.

Renforcer l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale

Les raisons qui ont conduit à la création de l'AFSSE sont bien connues : faiblesse de la recherche, éclatement de l'expertise, de la surveillance environnementale et des structures de conseil du gouvernement, insuffisances de la méthodologie d'évaluation des risques... La principale mission confiée par le législateur à cette agence est d'évaluer les risques sanitaires liés à l'environnement. Pour ce faire, elle doit s'appuyer tout à la fois sur son expertise interne, développée à partir de son personnel, sur une expertise externe, mobilisée au sein des groupes d'experts spécialisés, permanents ou ad hoc, et sur l'apport partenarial des établissements publics agissant dans le domaine de l'environnement.

L'agence doit rapidement être placée en situation d'atteindre quatre objectifs prioritaires : devenir enfin opérationnelle, en particulier en se dotant d'une orga-

¹² Aux termes de l'arrêté du 31 mai 2001, le comité stratégique du PNNS est présidé par le ministre de la santé ou son représentant, et composé de seize membres représentant six ministères ou secrétariats d'Etat (intérieur, éducation nationale, agriculture, sports, recherche, consommation, PME, commerce et artisanat), des agences sanitaires (AFSSA, InVS, INSERM, INRA), des organismes ayant compétence en prévention (INPES, CNAMTS, FNMF), ainsi que des élus locaux (assemblées des départements de France et des maires de France).

nisation, d'un personnel, de groupes d'experts spécialisés, et de conventions de partenariat avec les organismes intervenant en santé environnementale ; remettre en 2003, comme prévu par l'article 4 de la loi du 9 mai 2001, un rapport sur la rationalisation du système national d'expertise dans son domaine de compétence (du fait de la mise en place tardive de l'agence et de la faiblesse de ses moyens actuels, ce rapport pourrait être limité dans un premier temps au domaine des substances chimiques) ; produire un état des lieux et une hiérarchisation des risques sanitaires environnementaux, sur la base des données scientifiques et médicales existantes, de façon à fournir au gouvernement les éléments indispensables à l'élaboration d'un plan national en santé environnementale ; enfin, contribuer au débat public, la publication de ses projets d'avis sur Internet, comme cela semble envisagé, étant à cet égard à encourager.

Décloisonner l'expertise et les expériences

En matière de santé environnementale, la coordination interministérielle est rendue d'autant plus difficile que, au-delà de la propension habituelle des administrations à défendre leur périmètre légal de compétences (avec ce qu'il emporte à leurs yeux de ressources, de perspectives de carrière et de capacité d'influence), la vision et les modes d'intervention de chacun des départements ministériels intéressés sont marqués par des formations ou des disciplines dominantes très spécifiques. Il s'ensuit bien souvent une certaine incompréhension culturelle, dont témoignent maints propos tenus devant les membres de l'IGAS au cours de leur enquête. Il est indispensable de surmonter cette difficulté.

L'AFSSE doit donner l'exemple de la diversité et du brassage culturel tant par son recrutement d'experts internes que par celui des groupes d'experts spécialisés : la constitution d'un nouvel outil d'expertise ab ovo est une occasion unique de décloisonnement qu'il faut saisir pour dépasser les clivages actuels et les rivalités entre disciplines. A cette fin, la constitution de l'agence, sans apport initial de personnel, se révèle être un avantage. De même, les administrations doivent être poussées à s'engager résolument dans cette voie : certes, les actions et inspections conjointes, tant au niveau local qu'au niveau national, sont difficiles à organiser et à mener ; certes, les formations communes d'agents autour d'une action conjointe sont complexes et lourdes à mettre en œuvre ; certes, les échanges de personnel se heurtent à de nombreux obstacles, qui ne sont pas uniquement statutaires (primes, gestion de carrière notamment). Il n'en demeure pas moins que de telles démarches demeurent le fondement d'une meilleure compréhension des objectifs légitimement poursuivis par chacun des intervenants et d'une efficacité renouvelée de leurs actions, en particulier par l'emploi de méthodes partagées tant pour l'évaluation que pour la gestion des risques.

A titre d'exemple, des missions conjointes des inspections générales concernées sur le fonctionnement des comités départementaux d'hygiène et leur évolu-

tion, ainsi que sur la mise en œuvre des volets santé des études d'impact serait un premier pas intéressant.

Afin de favoriser les échanges interministériels d'informations et d'expériences, l'ouverture du Réseau santé environnement (RESE), outil du ministère chargé de la santé actuellement sans équivalent au ministère chargé de l'environnement, pourrait être envisagée sous réserve de la participation active des services de ce ministère à l'enrichissement et l'animation de ce réseau.

Quant au ministère chargé de la santé, outre les actions précitées qui le concernent au même titre que les autres ministères, il ne peut se soustraire à une réflexion sur le fonctionnement de ses propres services, en particulier déconcentrés, où l'apport du binôme ingénieur/médecin relève plus souvent de la potentialité que de la réalité. Il serait également souhaitable que la direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques s'investisse davantage dans le domaine de la santé environnementale, et qu'une véritable concertation avec la direction générale de la santé s'instaure.

Assurer la continuité de la politique de santé publique

Souvent les objectifs sanitaires peuvent s'opposer à d'autres objectifs d'intérêt général ou à des intérêts économiques ou catégoriels. Certains pays ont mis en place l'obligation, pour toute décision publique, d'une étude d'impact sanitaire. D'autres confient au Premier ministre la responsabilité de la mise en œuvre des priorités de santé publique. En tout état de cause, il est important que les préoccupations de santé publique continuent à être portées au plus haut niveau de l'État, afin de garantir l'efficacité interministérielle et que soit développée l'expertise commune et l'équilibre des responsabilités entre les différents départements ministériels, en particulier au sein des agences de sécurité sanitaire.

En toute hypothèse, sous peine de risquer un essoufflement social, les politiques de santé publique exigent en général une implication gouvernementale vigoureuse, lisible et constante. Le coup d'accélérateur donné à la politique de lutte contre le cancer depuis qu'elle a été décrétée chantier présidentiel en est l'illustration.

La loi relative à la politique de santé publique devra constituer à cet égard un instrument privilégié, la fixation d'objectifs à moyen terme étant de nature à maintenir un cap. Dans cette perspective, le rôle des instances collégiales chargées de proposer des objectifs de santé publique tant à l'échelle nationale (Conférence nationale de santé, Haut comité de santé publique, comité technique national de prévention) qu'à l'échelon régional (conseils régionaux de santé) ne peuvent et ne doivent qu'être renforcés.

Clarifier la répartition des compétences entre l'État et l'assurance maladie

La définition des rôles respectifs de l'État et de l'assurance maladie en matière de prévention donne lieu, depuis quelques années, à de nombreux malentendus, débats polémiques et arrières pensées. La confusion régnante tient principalement à trois raisons :

- les ambitions institutionnelles : celle des services de l'État, et singulièrement de la direction générale de la santé, à piloter seuls la politique de prévention ; celle de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés à conserver un domaine de compétence propre et spécifique ;
- les ambiguïtés du financement : celui-ci repose sur une séparation artificielle entre les dépenses de soins curatifs, supportées par le fonds national d'assurance maladie, et les dépenses de prévention et d'éducation de la santé, supportées depuis sa création en 1988 par le fonds national de prévention et d'information sanitaires et, de façon marginale, par le fonds national d'action sanitaire et sociale. Or, le fonds national d'assurance maladie couvre non seulement certains actes de prévention expressément prévus par le code de sécurité sociale (actes en nombre croissant, notamment depuis l'extension prévue par la loi du 4 mars 2002 dans le cadre des programmes nationaux prioritaires de prévention), mais aussi de nombreux autres actes préventifs, de dépistage en particulier, à travers l'activité ordinaire de consultation et de prescription des médecins ;
- un partage des responsabilités et des moyens source de rivalités : responsable incontestée, et en tout cas incontestable, de la définition de la stratégie nationale de santé publique, la direction générale de la santé ne dispose pour la mener à bien que de moyens budgétaires limités. Elle doit de ce fait recourir à l'assurance maladie pour financer une part non négligeable de ses actions, et même de ses établissements, comme l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Principal financeur, l'assurance maladie ne peut envisager, de par son histoire, sa culture interne, son mode paritaire de gestion et les objectifs même de régulation du système de soins qui lui sont assignés, de n'être qu'un payeur muet et passif.

Reconnaître la vocation de l'assurance maladie à participer à l'élaboration de la politique de prévention

Selon des prises de position recueillies au sein des services de l'État au cours de cette enquête, la répartition des tâches devrait obéir à un principe simple : à l'assurance maladie la mission de gérer le risque, à l'État la mission de gérer la

politique de prévention. Cette vision présente deux inconvénients : elle contribue à renforcer la séparation dommageable entre le soin et la prévention ; elle participe d'une conception erronée des enjeux actuels de la gestion du risque maladie.

Depuis la création de la sécurité sociale, les objectifs de la gestion du risque maladie ont évolué. Longtemps, le régime d'assurance maladie obligatoire a fonctionné essentiellement comme un dispositif collectif de réparation du risque ; la prévention était du seul ressort de l'État et des individus, les vaccins n'étaient d'ailleurs pas remboursés. La gestion du risque se réduisait alors au contrôle individuel, des médecins pour repérer les cas de facturation excessive, des assurés pour contrôler l'adéquation de la demande de remboursement à la dépense. Avec l'apparition des déficits récurrents dans les années soixante-dix, la notion de gestion du risque s'est étendue à l'ajustement des prestations et des cotisations, tandis que se mettaient en place des mécanismes de régulation de l'offre à travers la planification des équipements et la modulation de la démographie médicale. Puis, à partir des années quatre-vingt, la recherche d'une conciliation des objectifs de maîtrise des dépenses et des revendications des professionnels de santé a peu à peu donné naissance à la « maîtrise médicalisée des dépenses », fondée sur des référentiels de pratiques, de prescription, d'évaluation, de certification, d'accréditation. La gestion du risque consiste dès lors à diffuser des pratiques de qualité et de modération. La culture curative prédominante commence implicitement à intégrer des objectifs de santé publique ; le fonds national de prévention est instauré en 1988, l'activité des centres d'exams de santé est réorientée en 1992. Ce mouvement s'amplifie depuis quelques années. La tentative d'institution du médecin référent, la création du fonds d'aide à la qualité des soins de ville, les réseaux de soins, les accords de bon usage du soin, les contrats de santé publique en sont des jalons significatifs. L'importance des facteurs de risque comportementaux, le vieillissement de la population, les restrictions de la démographie médicale, soulignent davantage la nécessité, pour un système fondé sur la solidarité et la non sélection du risque, d'élargir les stratégies d'approche et de ne plus focaliser la gestion du risque maladie sur la seule régulation de l'offre. Les préoccupations de santé publique rejoignent la recherche d'optimisation durable des dépenses d'assurance maladie, ce qui conduit à une approche globale des assurés intégrant la dimension préventive. Il faut donc éduquer pour éviter ou retarder la maladie, dépister pour une prise en charge aussi précoce que possible, limiter l'impact des affections chroniques.

De la même façon qu'elle est partie intégrante du soin, la prévention devient un outil de la gestion du risque ; l'assurance maladie a dès lors logiquement vocation à participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de prévention.

L'assurance maladie doit mieux s'insérer dans les politiques nationales et régionales, en particulier via la déconcentration du fonds national de prévention

Les constats effectués lors des enquêtes montrent que dans l'ensemble les organismes de sécurité sociale sont le mieux à même de mobiliser les usagers et les professionnels de santé en secteur libéral. Au-delà des crispations existant entre les caisses du régime général et les médecins autour des divergences d'intérêts et des conflits conventionnels, les organismes d'assurance maladie demeurent pour les professionnels de santé des interlocuteurs reconnus. Cela reste un atout au moment où l'on est amené à s'interroger sur les moyens de mieux impliquer les professionnels de santé dans la prévention.

Partenaire légitime et nécessaire, l'assurance maladie doit néanmoins adapter ses modes d'action internes et externes aux impératifs d'une politique collective. A cet égard, la loi relative à la politique de santé publique devrait être l'occasion de poser quelques principes directeurs, même si les relations entre l'assurance maladie et l'État constituent un sujet complexe dépassant largement le secteur de la prévention.

Il appartient bien à l'État de définir les objectifs de santé publique, pathologie par pathologie, population par population, facteur de risque par facteur de risque ; de déterminer, après consultation de toutes les instances d'expertise, les priorités stratégiques et les modes d'intervention à privilégier ; de fixer, après concertation et négociation, les objectifs des organismes intervenant dans le domaine de la prévention à travers des conventions d'objectifs et de moyens. A la direction générale de la santé de préparer les décisions d'intervention sanitaire (une campagne de dépistage systématique ou de vaccination par exemple) ; aux organismes d'assurance maladie la charge de mettre en œuvre ces décisions. Bien sûr, le pouvoir de l'État entraîne pour ses services des obligations ; en particulier celle de ne pas procéder par oukases, de procéder à une réelle consultation, de faire participer les principaux acteurs à ses réflexions, à l'élaboration d'une stratégie, à la définition des moyens à mettre en œuvre.

S'agissant de l'assurance maladie, l'instrument des conventions d'objectifs et de gestion existe. Il doit être utilisé pour définir les types d'actions à mener, les résultats à atteindre, le calendrier à respecter, les modalités d'évaluation de ces résultats, le fonds national mis à contribution (fonds d'assurance maladie ou fonds de prévention). Rien de révolutionnaire à cela. La suprématie stratégique de la direction générale de la santé doit être reconnue, les compétences et la capacité de proposition de la caisse nationale d'assurance maladie, respectées.

En revanche, dans le strict domaine des actions relevant du fonds national de prévention et d'information sanitaires, les pratiques de la caisse nationale doivent être révisées.

A l'échelon régional, la collaboration entre l'URCAM et la DRASS tend progressivement à s'harmoniser et à s'intensifier. Si des tensions subsistent, elles sont parfois plus vives entre les URCAM et les organismes de sécurité sociale du régime général (CPAM, CRAM) qu'entre ces derniers et les services de l'État, comme elles peuvent d'ailleurs l'être entre les ARH et DRASS. Ces tensions sont dues à ce que l'on pourrait appeler une « double fidélité paradoxale », chacune de ces organismes ou services régionaux étant à la fois engagé comme partenaire régional et comme relais de son institution nationale en région, sur fonds de rivalité d'influence au sein de sa propre institution. Cette situation provoque des lenteurs, des dysfonctionnements, des conflits auxquels la gestion bureaucratique et centralisée des crédits du fonds de prévention de la part de la CNAMTS ne fait qu'ajouter retards et complexité.

Dans un premier temps, la déconcentration du fonds national de prévention doit être parachevée, au niveau des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), puis redistribuées vers les caisses primaire d'assurance maladie (CPAM), afin qu'il soit plus aisément mis au service des priorités régionales de santé. Ensuite, les sources de financement de la prévention par l'assurance maladie devraient être unifiées, notamment celles provenant du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) et du fonds national d'action sociale (FNAS).

Il faut noter néanmoins, qu'il ne s'agit là que de la partie du fonds national de prévention sur laquelle est financée actuellement la participation de l'assurance maladie aux plans régionaux de santé et les subventions aux actions régionales.

A terme, l'objectif pourrait être de constituer un fonds mutualisé et régionalisé de prévention, réunissant l'ensemble des crédits dédiés aux politiques de prévention (d'État et de l'assurance maladie), et permettant aux services de l'État en région et aux organismes locaux d'assurance maladie de financer les programmes régionaux, élaborés en commun, au sein du pôle santé publique. Ce fonds serait d'ailleurs abondé par les apports des diverses institutions participant à la mise en œuvre de la politique de prévention en région, y compris les collectivités territoriales, les organismes associatifs, voire privés.

Mettre en place en région une administration de l'État responsable et coordonnée

La réflexion sur les relations entre gestion du risque et prévention au sein de la branche maladie se pose dans des termes analogues à celle portant sur la place respective de la régulation de l'offre de soins et de la santé publique au sein des services de l'État, du moins aux échelons régional et locaux.

Actuellement, les moyens de l'État en région dans le domaine de la santé publique sont insuffisants. Accaparées par une multitude de tâches administratives (tutelle des organismes de sécurité sociale), les directions régionales des affaires sanitaires et sociales sont loin de toujours posséder la ressource humaine nécessaire à la conduite en région des plans ou programmes nationaux de santé, à une préparation suffisamment approfondie et élargie des conférences régionales de santé, voire même à la mise en œuvre des plans régionaux de santé, comme dans le Languedoc-Roussillon où, malgré l'indéniable dynamisme du service en matière de prévention, le programme régional relatif à la prévention du suicide des jeunes n'a pu être lancé.

Divers projets de réforme en cours de réflexion, tels ceux relatifs à un transfert de compétences en direction des collectivités territoriales dans les domaines sanitaire et social, à la création d'une agence régionale de santé, au projet de loi relatif à la politique de santé publique, vont profondément modifier la paysage sanitaire régional.

Dans cette perspective, la constitution d'un pôle cohérent de santé publique au sein des services de l'État en Région, quelles qu'en soient l'appellation et la configuration, apparaît nécessaire. Toutefois, là encore, il convient de se défier de certains réflexes administratifs. Les missions et l'organisation du service régional d'État en charge de la prévention sanitaire et, plus largement, de la santé publique, doivent tenir compte de données fondamentales maintes fois soulignée dans ces lignes.

En premier lieu, la prévention est un domaine par essence multidisciplinaire et interinstitutionnel. Chef de file de la santé publique en région, responsable de la préparation des travaux du conseil régional de santé ou de l'instance qui en tiendra lieu, et de la mise œuvre des plans régionaux de santé, le service de l'État chargé de la prévention en région doit d'abord être un animateur de réseaux, un catalyseur d'initiatives et de projets, et non plus une autorité de tutelle sourcilieuse et jalouse de ses prérogatives. Coordonnateur et conducteur de projets, il doit fédérer autour des priorités de santé des institutions possédant leur légitimité, leur logique et leurs moyens propres (collectivités territoriales, assurance maladie, associations, établissements de santé, organisations d'usagers), ainsi que des professionnels d'horizons divers (professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, enseignants, chercheurs, ingénieurs, éducateurs, etc.). Relais de l'administration centrale en région, son rôle ne se réduit pas à une simple courroie de transmission ; pilote de la politique d'ensemble, il n'est pas forcément le chef de file inéluctable de tous les projets régionaux qui, selon les thèmes ou les ressources disponibles, peuvent être confiés à une collectivité territoriale, à un organisme d'assurance maladie, à un service déconcentré d'un autre ministère, etc.

En second lieu, la bonne articulation du pôle de santé publique en région avec le pôle en charge de la régulation de l'offre de soins d'une part, et ceux en

charge de l'action sociale et des politiques de la ville, de l'emploi, de la formation professionnelle d'autre part, est un élément primordial. Cela signifie que la politique régionale de santé doit être cohérente : il ne peut y avoir d'un côté une politique de l'offre de soins, de l'autre une politique de santé publique. La prévention doit désormais faire partie intégrante des futurs schémas régionaux de santé. De même la politique de régulation de la médecine de ville ne peut ignorer les priorités de prévention. Cela suppose que deux conditions soient réunies : l'existence de modes de coordination et de coopération précis, à prérogatives égales, entre le pôle de santé publique et le pôle chargé de l'offre de soins ; et l'association de l'assurance maladie au pôle de santé publique, comme elle l'est, au sein de l'agence régionale de l'hospitalisation, au pôle de régulation de l'offre de soins.

A cet égard, si le directeur du pôle de santé publique doit être nommé par le gouvernement, plusieurs profils de professionnels devraient pouvoir occuper ces fonctions, comme pour les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation : directeurs d'administrations déconcentrées, du secteur santé ou non, mais aussi notamment des personnels de direction de la sécurité sociale.

Dans cette perspective, une agence régionale de santé intégrant la régulation de l'offre et la santé publique fournirait sans doute la meilleure garantie de cohérence. Mais il n'est pas de solution administrative idéale. On peut aussi considérer qu'une telle agence porterait en elle un double risque : celui d'une forme de gigantisme à l'échelle régionale ; celui de voir les problèmes de régulation l'emporter sur les préoccupations de santé publique.

Le rôle des conseils régionaux de santé pourrait également être étendu. La politique régionale de santé couvrirait l'ensemble de la politique de santé, de la régulation de l'offre à la prévention, et s'imposerait à la fois à l'agence régionale de l'hospitalisation ou à l'agence de santé susceptible de la remplacer, et à la direction régionale de la santé publique. Mais cette proposition nous amène déjà plus loin, dans la mesure où elle supposerait une reconfiguration du mode d'affectation et de pilotage des ressources, et peut-être une régionalisation de l'actuel objectif national des dépenses d'assurance maladie...



Principe d'action

Concentrer l'action de l'État central sur ses missions de stratégie et de garant de l'intérêt général

Si l'État n'est pas responsable de l'état de santé des citoyens, il lui est demandé de garantir le bon fonctionnement du système de santé et l'efficacité d'une politique de prévention des risques dont il doit fixer les objectifs sur des bases scientifiques et démocratiques. Un État central stratège suppose une administration réactive, capable d'anticiper, d'impulser, d'évaluer, et pour cela déchargée de la plupart des tâches de gestion directe ou de contrôle a priori, plus efficaces lorsqu'elles sont assurées au plus près du terrain, et pouvant être avantageusement soit déconcentrées soit décentralisées.

Un État central stratège, c'est aussi un État capable d'arbitrer entre des intérêts contradictoires. Nombre d'objectifs de prévention sont sujet à débat : soit parce que les options ne sont pas établies scientifiquement, soit parce que d'autres intérêts viennent les contrecarrer, d'ordre économique ou commercial, politique, social, etc. Il appartient à l'État d'organiser le débat, de rassembler les avis d'experts, puis de trancher quand une option doit être choisie. Un État stratège, enfin, est un État garant de la meilleure protection possible contre les risques collectifs.

Rééquilibrer les rôles respectifs des services centraux et régionaux de l'État

Longtemps l'échelon régional n'a joué qu'un rôle de courroie de transmission, d'exécutant des plans nationaux et des directives de l'administration centrale. L'institution des conférences régionales de santé a cependant contribué à modifier quelque peu ce schéma classique. L'élaboration de plans régionaux prenant en considération la spécificité de caractéristiques sanitaires ou sociales locales a permis d'alimenter la réflexion à l'échelon national. Les travaux du Haut comité de santé publique et de la conférence nationale de santé

en ont été enrichis. Malgré ces progrès, les services de l'État en région ne disposent encore ni de l'autonomie ni des ressources qui leur permettraient de jouer pleinement leur rôle. La multiplication de plans nationaux engagés au fil de l'eau, la faiblesse et la volatilité des moyens affectables à la santé publique dans les DRASS, le bouleversement du paysage sanitaire introduit par les ordonnances de 1996, l'insuffisante harmonisation de la vision et des modes d'intervention de l'État et de l'assurance maladie, la précarité et l'instabilité des financements, ont souvent placé les services de l'État en région devant une mission impossible.

La politique de prévention, on l'a vu, doit être territorialisée. Cela suppose : des services de l'État en région stables, lisibles et dotés d'une large autonomie d'action ; un meilleur équilibre entre les priorités définies à l'échelle nationale et les programmes régionaux de santé ; une déconcentration des processus de décision de nature à permettre aux responsables locaux (ARH, DRASS, URCAM, agglomérations, collectivités territoriales notamment) de s'engager sur le financement de leurs priorités régionales. C'est souligner ici l'intérêt d'un pôle unique pour le financement et le suivi d'actions, qui aurait le double mérite de faciliter et de simplifier les procédures pour les opérateurs de proximité, le plus souvent des associations aux moyens limités qui gaspillent leur énergie en procédures administratives redondantes, et de faire travailler ensemble, mieux se connaître et se reconnaître les différents partenaires institutionnels.

Par ailleurs, la professionnalisation des démarches de programme est un acquis. Elle a cependant parfois dérivé vers une bureaucratisation de procédures réclamant certes méthode, mais surtout dynamisme, souplesse et innovation. Jusqu'alors, s'agissant de prévention, le rôle dévolu aux services de l'État en région était d'une part de préparer, dans le cadre de la conférence régionale de santé, des programmes régionaux de santé, d'autre part, une fois ceux-ci adoptés, de procéder à leur mise en œuvre par appel à projets. Cette méthode présente des inconvénients : d'une part elle favorise les acteurs capables de « monter » des projets correspondant aux cahiers des charges complexes grâce auxquelles l'administration s'efforce de sécuriser son action, au détriment parfois de ceux qui seraient aptes à mener une action mieux adaptée ; d'autre part, le programme régional risque dans de nombreux cas de se réduire à une addition d'actions, sans cohérence globale aboutissant alors à une démotivation des décideurs locaux. Pour pallier à ces difficultés la mise en place de plates formes techniques communes de savoir faire devrait être favorisée. Ces plates formes pourraient fournir un appui méthodologique pour faire un diagnostic de la situation, définir des objectifs, un calendrier, proposer des méthodes d'intervention, des indicateurs de suivi, appropriés aux différents acteurs de proximité. De façon souple et non uniforme, ces plates formes pourraient, selon les cas, faire partie d'une administration, être partagées entre institutions, ou intervenir en tant que prestataires extérieurs financés par convention sur une base pluriannuelle.

Rationaliser la répartition des compétences entre l'État et les collectivités territoriales

Le partage actuel des compétences entre l'État et les départements, issu pour l'essentiel des lois de décentralisation des années quatre-vingt, ne correspond plus aux problèmes de santé publique actuels et mérite d'être rationalisé. Projet national exigeant une technicité que les collectivités territoriales ne sont pas les mieux à même de maîtriser, la lutte contre le cancer devrait revenir dans sphère de compétence de l'État et, s'agissant de certains aspects de mise en œuvre, de l'assurance maladie.

En matière de maladies sexuellement transmissibles, mais aussi de tuberculose, en revanche, la question est plus délicate. La répartition actuelle, qui confie aux départements la lutte contre les maladies transmissibles et à l'État la lutte contre le SIDA, n'a guère de sens. Il ne faut toutefois pas en conclure trop vite que les compétences départementales doivent être transférées de nouveau à l'État. La prévention du SIDA et des maladies transmissibles suppose en effet des démarches de santé communautaire mieux adaptées à un pilotage de proximité. Dans cet esprit, si l'État devait retrouver pleine compétence en ce domaine, ce devrait être de façon totalement déconcentrée. Un raisonnement analogue peut être tenu en matière de prévention contre la tuberculose.

En sens inverse, la réunion sous une même autorité de la santé scolaire et de la PMI correspond à une logique de continuité souvent mise en avant par les professionnels. De ce point de vue, le transfert de la santé scolaire aux départements serait sans doute de nature à apporter de la cohérence et de la complémentarité. Insuffisamment préparée, une telle réforme pourrait toutefois entraîner d'autres risques. En effet, l'implication de l'éducation nationale en matière de prévention ne se limite pas – ou à tout le moins ne devrait pas se limiter – aux examens et dépistages effectués dans le cadre des services de promotion de la santé des élèves. La prévention en milieu scolaire appelle une coopération de l'ensemble de la communauté éducative. La qualité de la collaboration entre les enseignants et les personnels de santé scolaire, par exemple, est cruciale. De même, la promotion de la santé des élèves supposerait une capacité à évaluer l'influence du milieu scolaire sur les troubles affectant certains enfants. Cette évaluation aura-t-elle plus de chance en plaçant le service de santé scolaire sous une autorité externe à l'établissement ? Aucune solution n'est a priori meilleure qu'une autre. Les conditions de mise en œuvre seront donc déterminantes. Elles appellent au moins deux précautions : l'association plus étroite des conseils généraux aux instances de pilotage, et le maintien de l'éducation nationale dans ces instances, tant à l'échelon national que régional.

Faire une place à la Région dans les dispositifs de pilotage de la politique de prévention

La Région, en tant que collectivité territoriale, est jusqu'à présent restée en marge du mouvement de régionalisation de la politique de santé. Ni les conférences régionales de santé, ni le dispositif des agences régionales de l'hospitalisation n'ont prévu de faire de la Région un partenaire. Les évolutions à venir ne permettront pas longtemps de maintenir ce découpage en l'état. Le renforcement de la prévention des risques sanitaires collectifs ne peut qu'avoir un impact croissant sur les politiques régionales de soutien à l'économie et d'aménagement du territoire. Compétente en matière de formation professionnelle, la région est appelée à jouer un rôle dans le développement des connaissances et des savoir-faire de santé publique. La politique régionale de santé nécessite des dispositifs d'observation, de recueil et de traitement statistique, de surveillance et de recherche de plus en plus sophistiqués et de moins en moins strictement sanitaires. D'une façon générale, enfin, la politique de promotion de la santé appelle une telle cohérence des politiques publiques qu'une institution comme la région ne peut plus longtemps être tenue à l'écart.

La Région, au moins dans une première étape, serait utilement associée aux conférences régionales de santé et aux instances de pilotage des différents programmes régionaux de santé.

Concentré sur ces fonctions stratégiques et fonctionnant dans un univers fortement déconcentré et davantage décentralisé, l'État central sera mieux à même d'assurer son rôle de garant de l'intérêt général.

Mettre en place un dispositif unifié d'accueil, de dépistage et de traitement pour les infections sexuellement transmissibles

Actuellement il n'y a pas, au niveau national, d'objectifs communs en matière de recueil d'informations, d'accueil des consultants, de stratégie de dépistage et de traitement des infections sexuellement transmissibles et du Sida. Ainsi n'est pas tranchée la question de l'opportunité du dépistage des chlamydiae, ni ses modalités d'application ; il en est de même du test HPV en cas de frottis douteux faisant soupçonner une infection à papillomavirus.

La diversité de fonctionnement des consultations de dépistage et de soins, sans coordination nationale ni même locale, est vraisemblablement un obstacle majeur à une lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Dans cette perspective, la révision des dispensaires anti-vénériens et des centres de dépistage anonyme et gratuit est la première priorité.

L'inflation des informations sur les caractéristiques des consultants sollicités par l'Institut national de veille sanitaire, la complexité des questionnaires imposés aux équipes des dispensaires antivénériens et des centres d'accueil anonyme et gratuit sont souvent signalées. La simplification des questionnaires destinés à permettre à l'Institut national de veille sanitaire d'exercer ses missions de surveillance est un préalable. Il faut cependant aller plus loin et mettre à la disposition des dispensaires antivénériens et des consultations hospitalières de vénérologie un dossier commun minimum, quitte, pour ceux qui l'estimeraient insuffisant – par exemple dans le cadre d'études spécifiques – à le compléter pour leurs besoins propres. De manière plus générale, il est nécessaire de parvenir à terme à une définition par un groupe d'experts d'une méthodologie commune de recueil d'informations, de protocoles communs d'accueil des consultants, et de stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

Pour définir des outils de recueil et de suivi communs, une instance de coordination nationale devrait regrouper, sous l'égide de la direction générale de la santé, l'Institut de veille sanitaire, des représentants des dispensaires antivénériens et des experts en vénérologie et techniques de laboratoire. Cette instance serait chargée d'élaborer un cahier des charges applicable à l'ensemble des dispensaires et des consultations de vénérologie, et portant sur le recueil et la transmission de données standardisées, les stratégies de dépistage clinique et biologique, ainsi que les protocoles thérapeutiques.

Concrétiser le projet de plan national en santé environnement

Quelle que soit la complexité des problèmes de santé environnementale, l'élaboration d'un plan national pluriannuel santé environnement apparaît nécessaire pour développer la coopération interministérielle, en particulier entre les ministères chargés de la santé et de l'environnement, et pour rationaliser le débat sur les enjeux sanitaires attachés à l'environnement.

La réalisation d'un document de synthèse sur l'état de connaissance des risques, qui serait logiquement confiée à l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale, est un préalable nécessaire au lancement des concertations

interministérielles. Cet état des lieux pourrait s'inspirer de modèles étrangers, par exemple celui du Danemark.

Parallèlement au travail d'expertise scientifique, une approche des risques « perçus » devrait être réalisée. Elle pourrait combiner des enquêtes sociologiques¹³, la consultation de représentants associatifs (notamment associations de consommateurs, de protection de l'environnement, de malades) et la synthèse des débats régionaux sur la santé publique par la conférence nationale de santé.

Sur cette base, et à partir de données économiques pour lesquelles les compétences de la direction des études économiques et de l'évaluation environnementale (DEEEE) seraient utilement mises à profit, pourrait s'engager la concertation interministérielle en vue de l'élaboration du plan. Si le comité technique national de prévention, ou l'instance qui lui succédera, pourrait être consulté sur le projet de plan, il ne saurait constituer l'instance de concertation chargée de définir les actions de prévention compte tenu de sa composition (par exemple, absence de la direction de l'eau du ministère chargé de l'environnement, ou encore de la direction générale de l'alimentation du ministère chargé de l'agriculture). Il serait préférable de soumettre le projet de plan national à une discussion large, dans le cadre d'une enquête publique s'inspirant de ce que réalise le Royaume-Uni pour les plans de santé publique (combinaison de consultations écrites via Internet et de rencontres locales ou ciblées sur des groupes spécifiques), qui précéderait le débat parlementaire.

Le contenu du plan devrait être le plus précis possible sur : les objectifs de réduction des pollutions ou de leurs conséquences ; le calendrier de mise en œuvre des actions préventives ; les responsabilités respectives des différents ministères dans la mise en œuvre de ces actions ; les indicateurs d'évaluation.

Ce plan aurait vocation à être démultiplié aux échelons locaux, le niveau régional paraissant le plus approprié compte tenu des démarches de planification en santé publique préexistantes, de façon à hiérarchiser les priorités en fonction des caractéristiques locales. Des plans locaux devraient être définis en concertation avec les collectivités territoriales et adossés aux discussions de santé publique menées par le conseil régional de santé. Les plans d'action en santé environnement pourraient être assimilés à des programmes régionaux de santé.

Le principe de l'élaboration d'un tel plan a été annoncé par le président de la République à la fin janvier 2003 ; les modalités d'élaboration de ce plan font l'objet de consultation dans le cadre de la préparation du projet de loi relatif à la politique de santé publique.

¹³ Cf. les travaux menés par l'Institut français de l'environnement et par la mission recherche de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (tabagisme passif, téléphone portable, climatisation collective – juillet 2002).

Améliorer la cohérence de la politique normative dans le domaine de l'environnement

Le système normatif est le plus souvent issu de préconisations scientifiques internationales, par exemple de l'OMS, reprises sous des formes réglementaires par les instances de décision, notamment communautaires. Cette approche internationale et supranationale est une nécessité compte tenu du consensus scientifique à établir, des enjeux économiques et des difficultés à faire admettre des normes nationales qui peuvent être assimilées à des obstacles aux échanges et qui, de toute façon, ne seraient pas systématiquement pertinentes (pollution transfrontalière).

Créer les conditions d'une meilleure contribution française à la production scientifique internationale

Or, à l'image de la faiblesse de la recherche en santé environnementale, la France occupe une place secondaire dans différentes structures d'expertise internationales et supranationales, et donne l'impression de trop souvent subir les évolutions réglementaires communautaires. Le développement de la recherche et la coordination de l'expertise, missions désormais dévolues à l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale, devraient contribuer à accroître la participation française à ces processus de production scientifique et de définition des outils de gestion des risques. Le détachement ou la mise à disposition d'agents publics français auprès d'organismes internationaux, par exemple l'OMS, ou de la commission européenne, devrait également être développé.

Améliorer l'efficacité de la prévention par les normes

Par ailleurs, la prévention normative pourrait gagner en efficacité sanitaire grâce à des méthodes d'élaboration des normes qui ne soient pas seulement le fruit d'une démarche d'évaluation des risques sanitaires permettant de fixer des valeurs limites acceptables par milieu ou par produit, mais qui intègrent également : les coûts de la mise aux normes au regard des bénéfices sanitaires attendus et de ceux des autres moyens de prévention ; les conséquences d'un abaissement de la norme ou de l'interdiction d'un agent polluant, parfois susceptible de faire émerger ou renforcer un risque d'une autre nature ; la cohérence du niveau de protection assuré par les normes d'un milieu ou d'un produit à l'autre ; la capacité à assurer le contrôle de l'application de ces normes ; l'évaluation pério-

digue du bien-fondé des normes au regard de l'évolution des connaissances scientifiques et des techniques de mesure.

Développer une approche transversale de la prévention des pollutions

Alors que l'approche par milieu a jusqu'ici été privilégiée, tant du point de vue de l'observation que de l'édiction des normes, la prévention des pollutions et de leurs effets suppose des réflexions transversales, par risque, qui tiennent compte tout à la fois des différents vecteurs de diffusion (ce qui renvoie notamment à la cohérence de l'approche normative) ; des différents types de populations exposées (expositions professionnelles et expositions environnementales) ; des différents modes de prévention tout au long du cycle de vie du polluant, de la réduction à la source aux messages d'éducation pour la santé.

La création récente d'un comité technique du plomb, ou celle envisagée de l'observatoire des pesticides, répond à ce besoin de transversalité.

Réduire les pollutions à la source

L'édiction de normes portant sur la qualité des milieux ne peut pas être dissociée d'une réflexion sur les sources de pollution. Le dépassement régulier de la norme de potabilité de l'eau de consommation pour les nitrates et les pesticides ne pourra, par exemple, être réglé qu'à travers une réflexion sur l'activité agricole des zones concernées (cohérence des politiques agricoles menées en matière de financement et de soutien sectoriel avec l'objectif de réduction des pollutions, analyse des conséquences d'une réduction de l'activité agricole sur l'équilibre économique des exploitations, analyse des possibilités de reconversion, etc). Le plan de reconquête de la qualité de l'eau en Bretagne est d'ailleurs centré sur l'activité agricole.

De même, la réduction de la pollution atmosphérique urbaine est indissociable des politiques de développement urbain ; l'articulation entre les plans relatifs à la pollution atmosphérique et les plans de développement urbain, constitue ainsi un élément essentiel du dispositif de lutte contre les effets sanitaires de la pollution urbaine.

Cette mise en cohérence est également indispensable pour sensibiliser l'opinion publique aux enjeux sanitaires de la pollution et aux conséquences des mesures de prévention tant du point de vue économique que des comportements individuels.

Construire une politique nationale de prévention des risques professionnels

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique constitue une opportunité rare de jeter les bases d'une politique nationale de santé au travail. Elle suppose la définition d'un certain nombre de principes propres à guider la décision sanitaire en milieu de travail, notamment la transparence et la contradiction en matière d'expertise. A cet égard, séparer l'évaluation du risque de sa gestion apparaît comme une priorité.

Bâtir une politique interministérielle

L'élaboration et la restitution des éléments d'appréciation sanitaire résultant de la consolidation des données, de la recherche et de la veille, en quelque sorte la fonction de dire la science, supposent l'indépendance des personnes et des organismes qui en ont la charge, tant vis-à-vis du monde de l'entreprise que du pouvoir politique, et imposent son caractère contradictoire. La restitution des travaux est elle-même transparente au sens où les conclusions, les évaluations et les avis sont rendus publics. Ensuite, les décideurs, qui travaillent en toute connaissance de cause, ont la charge de prendre en compte l'ensemble des implications, et pas uniquement sanitaires, pour trancher. Le risque sanitaire n'est en effet pas le seul paramètre de la décision publique.

La mise en œuvre d'une telle répartition dans le domaine de la santé au travail et des risques professionnels demande le courage politique d'une explication claire et ouverte, mais très ferme quant aux objectifs à tenir.

L'affirmation, sous l'autorité du Premier ministre éventuellement, d'une politique nationale de santé au travail consacrerait son caractère nécessairement interministériel, puisque sont concernés non seulement les ministres chargés du travail, de la santé et de la sécurité sociale, mais aussi ceux de l'industrie, de l'environnement, de l'agriculture. Dans le champ des affaires sociales, les directions d'administration centrale (direction des relations du travail, direction générale de la santé et direction de la sécurité sociale) semblent toutes trois convaincues de la pertinence d'une telle évolution. Si le ministre chargé du travail demeurerait le chef de file, les modalités de coopération seraient à institutionnaliser sous forme de contacts permanents, de réunions décisionnelles périodiques, de coordination étroite pour la préparation et l'orientation des travaux du Conseil supérieur des risques professionnels ainsi que des conseils d'administration de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et de l'Institut national de recherche et sécurité.

Le comité de liaison entre la direction générale de la santé et la direction des relations du travail, instance informelle installée en janvier 2003, n'en constitue pour l'instant qu'un très modeste point de départ, compte tenu de l'ambition affichée : préparer la loi relative à la politique de santé publique, et assurer un suivi permanent des questions communes et en particulier du département santé au travail de l'Institut national de veille sanitaire.

L'État doit revendiquer sa responsabilité dans le développement de la connaissance de l'évaluation et de l'expertise de la santé au travail afin d'en garantir l'indépendance, le caractère contradictoire et la transparence. Il lui appartient également de fixer les orientations et les priorités de cette politique, après un débat public dans lequel les partenaires sociaux sont évidemment appelés à jouer un rôle déterminant.

La mission d'évaluation des risques professionnels pourrait être confiée soit à une agence ad hoc, soit à l'agence française de sécurité sanitaire environnementale.

De même que la fonction d'évaluation, la fonction de veille doit être renforcée, ce qui suppose un renforcement notable des moyens de l'institut national de veille sanitaire et un resserrement de ses liens opérationnels avec les services de santé au travail.

Renforcer et mieux coordonner la politique régionale de santé au travail

L'IGAS ne méconnaît pas l'ampleur et la diversité des obstacles subsistant à la mise en place d'une politique de santé au travail sérieuse. C'est pourquoi elle propose de bâtir une politique nationale de prévention des risques professionnels qui ne soit pas déléguée aux seuls partenaires sociaux. L'absence totale dans ce champ du ministère de la santé, aussi bien de la direction générale de la santé que des directions régionales des affaires sanitaires et sociales, l'influence prépondérante des employeurs, financeurs des services de médecine du travail, le relatif désintérêt des partenaires sociaux pour les enjeux sanitaires des conditions de travail, une certaine difficulté de l'inspection du travail à collaborer sur ces questions avec médecins et techniciens, rendent une action cohérente et rigoureuse problématique.

Plutôt que d'imaginer une grande réforme impossible, il s'agit de poser un certain nombre de fondamentaux sans lesquels la politique de prévention du risque professionnel restera un vœu pieux. Aussi la priorité est-elle de mieux faire fonctionner les organisations existantes, et de mettre en place des instances de coordination et des processus favorisant l'intégration des préoccupations de santé publique dans l'univers du risque professionnel.

Une première étape consisterait en une série de mesures de portée limitée mais susceptibles de faciliter l'émergence d'une nouvelle culture :

- création de sections spécialisées de l'inspection du travail, à côté des sections géographiques, afin d'améliorer la mobilisation et la technicité des interventions sur le thème de la prévention des risques professionnels ;
- mise en place de plans régionaux de santé au travail intégrant le monde agricole et associant à leur définition et à leur mise en œuvre les services déconcentrés de l'État concernés (directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, directions régionales des affaires sanitaires et sociales, directions régionales de l'industrie et de la recherche, directions régionales de l'agriculture et des forêts), les caisses régionales d'assurance maladie et de mutualité sociales agricoles, les organismes de prévention (associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail, offices professionnels de prévention du bâtiment et des travaux publics, etc.) ;
- institution d'un conseil régional de la prévention des risques professionnels, d'une composition inspirée du conseil supérieur de prévention des risques professionnels renouvelé dans les conditions esquissées précédemment, et chargé d'élaborer, de suivre et d'évaluer les plans régionaux. Les observatoires régionaux de santé et les observatoires régionaux de santé au travail seraient membres à part entière de ce comité ;
- élargissement des actuels comités régionaux de coordination (composés de la DRTEPP, des services régionaux de l'inspection du travail des transports et de l'inspection du travail de l'agriculture, du service prévention de la CRAM, de l'ARACT et de l'OPPBTP) aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales, aux directions régionales de l'industrie et de la recherche, à l'inspection du travail des mines et à la mutualité sociale agricole. Ces comités auraient en charge, au sein du comité régional, la préparation et l'organisation des débats ainsi que la tenue du secrétariat et l'exploitation des documents d'évaluation des entreprises ;
- création d'un comité scientifique régional, dont la vocation serait d'apporter un appui scientifique à la médecine du travail (en matière de recherche, d'épidémiologie, de veille et de formation), et d'assurer une meilleure liaison entre démarches de santé publique et de santé au travail.

Par ailleurs, les médecins inspecteurs régionaux du travail, investis à la fois d'une mission de protection de l'indépendance et de supervision des médecins du travail (qui s'inscrit dans la compétence des services régionaux du travail), et d'une mission de veille et d'animation médicale (qui demande en revanche un cadre de réflexion et des pratiques relevant davantage de la santé publique), devraient pouvoir s'appuyer aussi sur les directions régionales des affaires sanitaires et sociales.

Un contrat d'objectifs et de moyens devrait être passé entre les services de l'État en région (DRTEFP et DRASS) et services de santé au travail.

Enfin un renforcement en santé publique de la formation d'adaptation à l'emploi des médecins inspecteurs régionaux du travail, qui ont tous commencé leur carrière en tant que médecins du travail, devrait permettre de développer ces coopérations entre le secteur du travail et de l'emploi et celui de la santé publique.

Mieux articuler les politiques de santé dans l'environnement et de santé au travail

La démarche d'évaluation des risques sanitaires induits par une substance ou un agent à laquelle sont exposés les consommateurs ou riverains d'un site industriel ne se différencie de celle qui concerne les salariés que par la prise en compte des conditions et des niveaux d'exposition. Pourtant, les institutions chargées de l'évaluation des risques professionnels et environnementaux sont distinctes, ce qui a d'ailleurs pu contribuer à des différences de normes importantes entre « l'intérieur » et « l'extérieur » des entreprises, ces différences ne pouvant pas seulement s'expliquer par la capacité à protéger les salariés par des équipements spéciaux.

Deux points d'articulation entre santé environnementale et santé au travail restent en particulier à définir.

S'agissant de l'expertise scientifique, et en fonction des choix qui seront retenus pour l'évolution du système d'expertise en santé au travail, l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale serait logiquement amenée, soit à collaborer de façon étroite avec l'agence qui serait spécialisée sur le champ de la santé au travail, soit à coordonner les évaluations de risques professionnels réalisées pour définir les valeurs d'exposition professionnelle.

S'agissant de l'évaluation des risques sanitaires sur site réalisée par les entreprises, la réglementation actuelle impose, d'une part à toutes les entreprises la réalisation d'un document unique sur l'évaluation des risques pour les travailleurs et les moyens de les diminuer, d'autre part une étude d'impacts comprenant un volet sanitaire ne s'appliquant qu'aux installations classées soumises à autorisation. Ce volet sanitaire ne concerne de surcroît que les impacts de l'installation sur les populations voisines. Il paraîtrait souhaitable que, pour les installations classées soumises à autorisation, le volet sanitaire de l'étude d'impact comprenne l'évaluation des impacts sanitaires pour les salariés des facteurs de risque qui concernent autant l'intérieur que l'extérieur de l'entreprise. Cette extension des études d'impact ne se substituerait pas à l'obligation du document unique (risques couverts plus larges, mobilisation des différents acteurs de l'entreprise pour les réduire...).

Faire payer davantage les producteurs de risques

L'établissement d'une convention d'objectif et de gestion (COG) entre l'État et la commission des accidents du travail et des maladies professionnels, qui donnerait toute leur place aux problèmes de santé publique au travail, constitue une exigence prioritaire. Des discussions sont en cours, mais elles ne concernent pas directement la santé au travail. Pourtant, la prise en considération des priorités nationales de santé publique, les modalités de tutelle de l'INRS, les dispositifs nationaux et régionaux de coordination, le rôle et les missions des services Prévention des caisses régionales d'assurance maladie, pourraient, entre autres, y être utilement abordés.

Au-delà de considérations d'équité et de justice sociale, l'amélioration de la réparation, par une meilleure connaissance du risque, est l'une des conditions de la définition d'une politique efficace de prévention. À terme, l'actuel système de tarification devra être remis en cause. Il n'a pas été conçu pour inciter à la prévention. Son premier objectif, qu'il remplit correctement, est de couvrir les dépenses. Le développement des risques « longs » rallonge les délais d'imputation sur la tarification et lui fait, en partie, perdre son sens.

Les contrats de prévention n'ont que peu d'impact en raison de leur faible nombre, mais aussi en raison de la diversité de leur contenu qui ne favorise pas la valorisation des bonnes pratiques et des expériences. L'intervention des caisses régionales d'assurance maladie porte surtout sur des actions de conseil, d'expertise, de diffusion de bonnes pratiques. Si l'on veut inciter à la prévention, la tarification ne peut pas se contenter d'une compensation stricte des coûts occasionnés par une entreprise, il faut aller au-delà en la pénalisant. En fait, il faudrait pouvoir, à terme, abandonner le principe actuel de mutualisation totale des risques tout en simplifiant la tarification. Les caisses régionales passeraient moins de temps à élaborer des réglementations complexes et un peu plus à soutenir les efforts de prévention des entreprises.

Une remise en chantier du système de tarification sera à l'avenir indispensable. Elle passe par la mise en place préalable, sous l'impulsion de l'État, des bases d'une politique nationale de santé au travail.



Principe d'action

Renforcer les connaissances, les savoir-faire et les outils de la prévention

Dans le paysage décrit jusqu'alors, l'État est responsable de la fixation d'objectifs de santé nationaux, arbitrés après débat public avec les autres acteurs de politiques publiques ; il est responsable également de l'application des normes internationales et nationales tendant à réduire le risque ou l'exposition aux risques collectifs ; c'est en revanche au niveau régional que s'élaborent des stratégies de prévention, dans une collaboration entre tous les acteurs, y compris et au premier chef les organismes d'assurance maladie chargés de la gestion du risque sous la responsabilité et l'animation des représentants de l'État en région.

Cette organisation administrative vise à promouvoir une prévention dont les objectifs et les moyens d'action seraient largement partagés par les citoyens, et qui aurait pour objectif la promotion de la santé des citoyens compte tenu de leurs modes de vie et de leurs valeurs.

La politique de promotion de la santé ainsi définie doit se donner les conditions de possibilité de sa réalisation : des outils de connaissance et de formation adaptés.

Donner plus de moyens à une recherche pluridisciplinaire et indépendante

La recherche en santé publique se trouve en France dans une situation défavorable en comparaison de ce que l'on observe dans de nombreux pays développés. Cela risque, on l'a dit, d'affaiblir la position française dans des négociations européennes ou internationales sur la définition de normes, avec de nombreuses conséquences des points de vue sanitaire, mais aussi économique et social.

C'est pourquoi, il est nécessaire de développer une recherche de haut niveau, multidisciplinaire, indépendante et accessible.

La prévention implique d'abord une bonne connaissance des risques, ce qui nécessite à la fois une recherche fondamentale active et une bonne articulation de l'appareil de recherche avec la production de données, notamment de surveillance. Ceci est particulièrement vrai en matière de risques environnementaux et professionnels, mais vaut pour l'ensemble du champ de la santé publique.

Construire un système de surveillance en santé environnement

La mise en place d'un système de surveillance en santé environnementale suppose une bonne connaissance des sources de pollution et des expositions des populations ; le développement d'indicateurs sanitaires pertinents au regard des liens connus ou supposés entre environnement et santé ; une réflexion sur les rapprochements envisageables entre indicateurs environnementaux et indicateurs sanitaires.

Ce système de surveillance peut avoir des objectifs de nature différente : améliorer l'état des connaissances, en particulier sur les expositions de la population et sur la contribution des déterminants environnementaux à certaines pathologies ; participer à un système de veille et d'alerte ; évaluer l'efficacité des outils de prévention mis en œuvre.

Les données existantes (évoquées ci-dessus) devraient, dans cette perspective, être complétées par : un suivi plus complet des milieux, en particulier grâce aux développements des données sur des milieux jusque là peu connus (cas des sols) ; un suivi des milieux plus pertinent au regard des enjeux sanitaires qui suppose la création et le suivi d'indicateurs supplémentaires (bio-indicateurs par exemple), la différenciation des indicateurs suivis selon les situations locales en fonction des sources de pollution spécifiques, l'adaptation des programmes de prélèvements en fonction de l'exposition des populations ; le développement des données sur les sources de pollution (par exemple, pour la pollution atmosphérique, améliorer la connaissance des pollutions émises par les sources mobiles) ; des indicateurs sanitaires plus complets sur les pathologies pouvant avoir un lien avec les expositions environnementales (par exemple, développement des registres de cancers, des données épidémiologiques sur les affections respiratoires) ; une recherche de bio-marqueurs utilisables pour préciser la connaissance des impacts des pollutions sur l'homme, qu'il s'agisse des bio-marqueurs d'exposition, d'effet ou de susceptibilité de l'organisme.

Pour les problèmes de santé environnementale jugés prioritaires dans le plan national, un système cohérent d'indicateurs allant des sources de pollution jusqu'à leurs possibles conséquences sanitaires devrait être développé. La méthodologie élaborée par l'OMS pourrait être utilisée. Ce travail nécessiterait une concertation étroite entre les organismes chargés de recenser les données environnementales (notamment l'Institut français de l'environnement) et les

données sanitaires (notamment l'Institut national de veille sanitaire) et celui chargé d'évaluer les risques (Agence française de sécurité sanitaire environnementale), puis avec les autres États membres de l'Union européenne.

Développer un outil public de recherche et d'évaluation du risque professionnel

La recherche en matière de risque professionnel en France est peu développée parce qu'il existe peu d'instituts de recherche dans ce domaine, mais aussi parce que la production des données de surveillance et de veille est éclatée et mal articulée avec la recherche. C'est ainsi, comme cela a largement été exposé, que les données issues des caisses régionales d'assurance maladie, celles issues de la médecine du travail et celles obtenues par diverses enquêtes ne sont ni disponibles ni agrégées pour servir de matériau de base à la recherche.

La recherche en matière de risque professionnel suppose certes, à l'instar de la recherche en matière environnementale, une connaissance biologique des agents pathogènes et de leurs effets en fonction des degrés d'exposition, mais elle doit également être orientée par l'épidémiologie. La détection de risques nouveaux, notamment de troubles qui ne sont pas dus à une exposition à des agents pathogènes mais aux conditions de travail, est une dimension importante à prendre en considération. C'est pourquoi le dispositif de recherche doit être, en santé au travail comme en santé environnementale, articulé au dispositif de surveillance.

La constitution d'un outil public de connaissance du risque est indispensable. Les services de l'administration centrale ne sont pas armés pour assurer une mission aussi technique de et pour recruter des scientifiques compétents. Les organisations syndicales s'investissent peu sur ce champ qui ne correspond pas à leur vocation principale. Les employeurs, pour leur part, mettent plus l'accent sur la recherche appliquée que sur la recherche fondamentale. C'est pourquoi il est indispensable de confier les fonctions de recherche et d'évaluation concernant les risques professionnels à un organisme public spécialisé. Trois hypothèses sont notamment envisageables : la création *ex nihilo* d'une agence d'évaluation des risques professionnels ; la transformation de l'Institut national de recherche et sécurité et le renforcement de la tutelle de l'État sur cet organisme paritaire ; l'extension des missions de l'agence française de sécurité sanitaire environnementale au domaine de la santé au travail.

L'alternative, extension des compétences d'une agence existante, comme l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale, ou création d'une agence spécifique dédiée aux seuls risques professionnels se présente dans les termes suivants :

D'un côté, les risques professionnels constituent un univers spécifique qui ne se réduit pas à la prévention des risques liés à une exposition à des substances ou

à des bruits. Le risque professionnel est plus divers : il recoupe les conditions de travail, jusque et y compris les conditions morales (harcèlement moral, sexuel, stress...). Une démarche de prévention sanitaire en milieu du travail est aussi un arbitrage entre plusieurs risques, dont celui de perte d'emploi, de dégradation des conditions économiques et sociales de vie. Par ailleurs, intégrer la recherche et la veille sur le risque professionnel, où les besoins sont considérables, dans une agence de sécurité environnementale en voie de développement, risquerait de décupler les faiblesses des deux agences et des deux milieux.

D'un autre côté, nombre des problèmes de recherche traités en prévention du risque environnemental sont très proches des problèmes encourus en milieu professionnel. Certes les durées et les modes d'exposition sont souvent différents, mais il n'en reste pas moins que, s'agissant des divers agents biologiques, chimiques, auditifs, vibratoires, rayonnants, les bases scientifiques de l'évaluation du risque sont proches. En outre, une agence couvrant à la fois les risques de l'environnement et les risques professionnels serait de nature à attirer un nombre plus important de chercheurs. Enfin, dans le paysage cloisonné qui est celui de nos administrations, la création d'une agence unique serait un bon levier pour initier une démarche interministérielle, une collaboration entre acteurs différents.

Pour le système de veille, l'Institut de veille sanitaire constitue un sérieux atout puisqu'il dispose d'une unité « santé au travail » en voie de développement, et du réseau des cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE), dont les compétences pourraient également être élargies à la santé au travail.

Développer la recherche en éducation pour la santé

Actuellement, cette recherche dispersée et mal identifiée est peu valorisée et ne connaît guère d'impulsions hormis quelques bourses distribuées jusqu'ici par le Conseil scientifique du comité français d'éducation pour la santé.

De même les questions de l'évaluation et de l'éthique en éducation pour la santé sont nourries par des travaux réalisés à l'étranger principalement.

Les propositions d'organisation de la recherche et de la recherche action en éducation pour la santé faites par l'ex comité d'éducation pour la santé et relayées par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé, doivent être prises en considération.

Renforcer et développer la formation à la santé publique

La prévention, comme la santé publique, n'est pas une discipline en soi. Elle est une manière d'envisager les problèmes de santé. Ce qui ne signifie pas qu'elle puisse se passer d'outils de recherche, de surveillance, de diagnostic, de programmation et d'action spécialisés. Les professionnels susceptibles de participer à des actions de prévention doivent y être formés. Il ne s'agit donc pas seulement de former ceux qui se destinent à la santé publique (médecins de santé publique de l'État, médecins de santé scolaire ou de PMI par exemple), mais l'ensemble des professionnels susceptibles, de par leur métier, d'y concourir (médecins cliniciens, professionnels paramédicaux, travailleurs sociaux, enseignants, éducateurs, etc.). Or, en dehors d'enseignements spécialisés, la formation en santé publique est en France peu dispensée.

Créer un grand « établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel » de santé publique

La santé publique, pour l'essentiel, est enseignée d'une part dans les facultés de médecine, où elle demeure une spécialité relativement peu dotée et peu attractive, d'autre part au sein de l'École nationale de santé publique. Appelée nationale parce qu'elle forme les cadres des administrations et des établissements de santé, celle-ci n'a ni le statut ni l'autonomie d'un établissement scientifique et culturel ou d'un établissement d'enseignement supérieur.

Dans les facultés de médecine, hormis quelques exceptions, l'enseignement de santé publique reste orienté massivement vers l'informatique médicale et la biostatistique, moins vers la promotion de la santé. L'École nationale de la santé publique, malgré l'effort incontestable accompli en matière de formation à la prévention, forme avant tout des gestionnaires du système de santé. Le ministère de la santé n'a jamais tranché entre deux options, difficilement conciliables : confirmer l'ENSP dans sa fonction principale d'école professionnelle destinée aux cadres du système de santé, comme nombre d'autres écoles de fonctionnaires, ou en faire un établissement d'enseignement supérieur et de recherche, indépendant du ministère de la santé, et libre de développer des formations autres que celles visant à préparer les cadres de la santé à administrer ou contrôler le système de soins.

Cet institut de santé publique serait chargé de dispenser en formation initiale et continue, pour des titulaires d'un diplôme équivalent la licence, des diplômes de niveau « mastère » (baccalauréat plus cinq années) et doctorat (baccalauréat plus huit années) conformément au schéma européen. Il aurait également pour

mission, en collaboration avec les unités d'enseignement de médecine du travail et l'ENSP, de développer une formation à l'évaluation des risques pour les médecins, les ingénieurs sanitaires, les personnels techniques et paramédicaux et les professionnels de santé publique devant participer à l'évaluation des risques du milieu telle qu'elle est définie pour les entreprises, pour les études d'impact sanitaire, mais aussi comme on l'a énoncé pour la part collective de la médecine scolaire, voire de la PMI. Enfin, cet institut organiserait sous de multiples formes de la formation continue sur l'ensemble du champ de la santé publique (conduite de programme, éducation à la santé, promotion de la santé, sociologie appliquée à la santé, etc.) à l'attention de tous les professionnels intéressés (médecins libéraux ou de prévention, personnels paramédicaux, travailleurs sociaux, cadres administratifs, responsables associatifs, etc.). Les formations de l'institut feraient appel à des enseignants de toutes disciplines, chercheurs, médecins de santé publique, sociologues, anthropologues, économistes de la santé, etc.

Si la création d'un tel institut de santé publique devait se faire au sein de l'École nationale de la santé publique, ce ne pourrait être qu'en transformant cette école en grand établissement à caractère scientifique, culturel et professionnel doté d'un corps professoral permanent de niveau universitaire, dans les différentes disciplines qui participent à la santé publique. Un tel institut pourrait d'ailleurs être constitué en regroupant avec l'école nationale des pôles universitaires et des équipes de recherche de l'INSERM et du CNRS. Il pourrait être présent sur plusieurs sites et utiliser les moyens de diffusion cybernétiques. Il est également possible de concevoir une telle structure par regroupement de plusieurs instituts universitaires, notamment ceux dédiés à la santé publique, à l'épidémiologie, à l'anthropologie sociale, à l'économie de la santé.

Mieux former les professionnels de santé à la prévention, en formation initiale comme en formation continue

Les études médicales font actuellement une place réelle à la prévention, de même que les études des professionnels paramédicaux, notamment les infirmières. Il faut donc, semble-t-il, d'une part s'assurer de l'impact de cet enseignement, d'autre part introduire dans l'enseignement une formation au travail en équipe et aux approches pluridisciplinaires et interprofessionnelles.

L'utilisation par les universités d'un cadre plus favorable aux enseignements de santé publique et à l'éducation du patient devrait constituer l'axe d'une évaluation à moyen terme de la réforme du second cycle des études médicales, lorsqu'il aura pu être parcouru dans son ensemble par une même promotion d'étudiants. Dès à présent, il serait opportun de mener une réflexion sur les conditions de validation, la nature des épreuves, les coefficients, les orientations données aux jurys. Dans les systèmes laissant une large marge d'autonomie aux institutions de formation, c'est par une action sur les conditions de validation

que l'on peut délivrer des signaux et des incitations en direction des élèves et des formateurs.

Au delà de ce travail, la priorité est à donner à l'interdisciplinarité des formateurs, sans laquelle le décloisonnement des enseignements reste une illusion, et à toutes les actions permettant de faciliter l'appropriation des démarches de prévention par les étudiants, dans la perspective de leur futur exercice professionnel au contact des patients.

Dans cet esprit, on pourrait diversifier les profils des formateurs en santé publique, anthropologues, sociologues et, pourquoi pas, infirmières et travailleurs sociaux, et développer l'apprentissage de l'éducation thérapeutique dans le cadre des stages cliniques ; diversifier les terrains de stages, pour accroître la part des stages au contact de démarches de prévention, au sein de l'hôpital (notamment consultations et services spécialisés en matière d'alcoologie, de tabagisme, de prévention des suicides, consultations mémoire, etc.), comme, très largement, à l'extérieur des établissements de santé (centres de santé, réseaux à dimension préventive, services de médecine préventive, y compris médecine du travail, opérateurs de l'éducation pour la santé, administrations territoriales en charge d'actions de santé publique, centres locaux d'information et de coordination de gériatrie, etc.). En outre, la promotion de la santé doit être considérée comme une discipline du Conseil national des universités accessible aux deux cursus des pharmaciens et des chirurgiens dentistes. Pour la formation de ces derniers, il serait utile de créer un enseignement d'éducation pour la santé buccodentaire plus étendu et approfondi qu'actuellement.

De même, s'agissant des infirmiers, il pourrait être intéressant de rapprocher leur formation en santé publique de celle des médecins d'une part, de celle des travailleurs sociaux d'autre part, par l'organisation de modules et stages communs. A cet égard, l'introduction d'un enseignement de santé publique et de prévention dans les formations de travailleurs sociaux semble également indispensable.

L'un des meilleurs vecteurs de préparation des professionnels de santé à la prévention demeure néanmoins la formation continue. La voie ouverte par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades, via l'instauration d'une obligation de formation médicale continue, doit être approfondie et orientée de façon prioritaire vers les bonnes pratiques et la prévention, dans un dispositif faisant une plus large place à l'incitation et à la valorisation de ce type de formation.

Développer les formations interprofessionnelles

La prévention nécessite un travail de coordination, de collaboration, voire de diagnostic et d'élaboration d'actions partagées. Pour cela, il est nécessaire que les professionnels, notamment les médecins et les paramédicaux, mais aussi les

travailleurs sociaux soient d'une part formés au travail avec les groupes, d'autre part au travail en équipe.

Deux moyens méritent d'être explorés : la formation en classes communes de professionnels venant d'horizons très divers, ce qui passe notamment par l'organisation de mastères et de doctorats ouverts à des professionnels et diplômés divers ; la validation des acquis et l'évaluation sur des travaux collectifs. Celle-ci reste très marginale en France, pourtant à destination de professionnels dont une large part du travail va s'exercer en équipe, elle semble maintenant indispensable.

Développer les formations pluridisciplinaires par la formation continue

Trois actions peuvent y contribuer, avec le concours de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé qui doit développer son engagement dans des partenariats professionnels en matière de formation permanente : inscrire l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique parmi les orientations prioritaires des collèges de formation continue concernés ; mettre sur pied des accords-cadres ou des protocoles de coopération entre l'institut national de prévention et le (ou les) futur (s) institut (s) de santé publique d'une part, et les institutions de formation médicale continue, les écoles de cadres infirmiers, l'association nationale de formation hospitalière et les organismes collecteurs des fonds de la formation professionnelle dans les domaines sanitaires et sociaux, d'autre part ; développer des formations de formateurs à caractère interprofessionnel, pour nourrir le vivier des formateurs professionnels à une démarche de santé publique et de prévention¹⁴.

Pour démultiplier l'offre de formation destinée aux nombreux professionnels qu'il faut toucher, plus de deux millions de personnes environ, il est nécessaire de déléguer la fonction de formation à des organismes divers. Pour cela, il est utile de mettre en place, comme l'avait d'ailleurs prévu le plan d'éducation pour la santé, une accréditation de ces formations.

S'agissant des formations variées assurées par les organismes de formation continue, les universités délivrant des diplômes non nationaux, les écoles ne relevant pas de l'éducation nationale, l'INPES, et plus particulièrement son conseil scientifique, pourrait être l'autorité en charge de cette accréditation.

¹⁴ A ce titre, les « programmes-lieux » 2003-2004 conçus par l'INPES constituent une approche intéressante de programmation des actions par lieu d'exercice des professionnels ou des opérateurs. L'institut national met l'accent sur le partenariat avec les organisations de professionnels, notamment en matière de formation permanente, d'utilisation des outils documentaires, de sensibilisation à l'éducation thérapeutique (programme « lieux de soins »), et sur les actions de formation de formateurs, notamment dans le programme « services d'éducation pour la santé en région ».

Mobiliser l'ensemble des professionnels concernés par la prévention

Mobiliser l'ensemble des professionnels concernés par la prévention suppose que tous ces professionnels, que la prévention soit leur mission première ou non, soient préparés à poser un diagnostic de prévention et à inscrire leur démarche dans un cadre collectif et multidisciplinaire et, le cas échéant, dans une démarche de santé communautaire. Pour cela, doivent être diffusés et utilisés des outils appropriés, et développés des réseaux.

Développer les formules d'incitation aux bonnes pratiques de prévention en direction des professionnels de santé

Pour les cliniciens, divers instruments de bonnes pratiques sont déjà proposés par le système conventionnel liant la caisse nationale d'assurance maladie et les médecins : les accords de bon usage des soins, les contrats de bonne pratique, les contrats de pratiques professionnelles, les contrats de santé publique, par exemple, sont d'excellents leviers. La consultation périodique de prévention actuellement à l'étude s'inscrirait d'ailleurs avantageusement dans ce cadre.

Il paraît important de développer ces outils contractuels dans les domaines de l'éducation thérapeutique, mais aussi de la détection systématique de certains risques lors de la consultation de soin. En effet, on sait que des personnes alcooliques, ayant une consommation abusive ou en voie de dépendance à des substances psychoactives, ne consultent pas souvent spontanément pour ce problème. En revanche, le seul fait qu'une autorité légitime les questionne peut jeter la base d'une réflexion personnelle sur le risque d'addiction, et est susceptible de faire baisser pour un temps leur consommation. A cet égard, les dispositifs de collaboration entre des infirmiers ou des éducateurs de prévention et des médecins, développés dans certains pays (Pays-Bas, par exemple), comme le type d'expérience tentée par la permanence d'accès aux soins de l'hôpital de Nancy mériteraient d'être étudiés et peut être expérimentés à plus large échelle en France.

Encourager la pratique des réseaux

Qu'il s'agisse des professionnels du soin ou des enseignants, leur temps de travail et leur mode de rémunération laissent peu de place aux travaux de collaboration et d'équipe nécessaire à une action globale, point nodal de la prévention.

Il est donc nécessaire à la fois de développer différentes formes de rémunération des professionnels libéraux pour qu'ils puissent participer à ces réseaux, de sécuriser les réseaux existants, mais aussi d'entamer une réflexion sur les conditions de la participation des professionnels de relations sociales, notamment enseignants, à ce travail en réseau.

La rémunération à l'acte ne permet pas de répondre de façon satisfaisante à ce problème, en particulier quand il s'agit de rémunérer la participation à une action collective de prévention. On peut rappeler que la loi du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie a inséré dans le code de la sécurité sociale de nouvelles dispositions selon lesquelles les professionnels de santé conventionnés peuvent adhérer individuellement à des contrats de santé publique ouvrant droit à une rémunération forfaitaire et comportant des engagements des professionnels relatifs à leur participation à des actions de coordination des soins, notamment à des réseaux de soins.

Il paraît utile de développer les expériences en cours, en matière de rémunération à la capitation ou au forfait, de procéder à leur évaluation et, à partir de ces constats, de relancer les négociations sur le sujet avec les professionnels de santé.

En ce sens, le décret et les circulaires conjointes de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins et de la caisse nationale d'assurance maladie concernant le financement des réseaux ouvrent des perspectives et des opportunités qu'il conviendra de saisir tant au niveau du terrain que dans les instances régionales diverses.

S'agissant de prévention, la question ne se pose pas seulement à l'égard des professionnels libéraux, mais aussi des professionnels paramédicaux, notamment les orthophonistes, les infirmiers, les psychologues, les ergothérapeutes, etc. Actuellement, ces derniers soit travaillent en institution hospitalière ou médico-sociale, soit sont rémunérés à l'acte. Ceci aboutit à faire dériver vers une prise en charge institutionnelle nombre d'actes ou de programmes de prévention qui pourraient être traités hors institution. Ce qui n'est pas forcément plus économique que l'organisation de la participation de tous les professionnels de santé libéraux à des projets de soins de prévention collectifs et sectorisés.

Par ailleurs, les opérateurs à vocation généraliste comme les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé, mais aussi des associations spécialisées dans des actions de santé communautaire, comme celles intervenant pour la prévention des maladies transmissibles dans les milieux de l'immigration par exemple, se voient assurés, par voie de convention pluriannuelle, les moyens de fonctionnement nécessaires à la coordination de l'équipe et à l'élaboration de projets. A ce titre, la rémunération de la direction et une participation forfaitisée aux frais d'administration générale et de fonctionnement (veille

documentaire et réglementaire, etc...) de la structure devraient faire l'objet d'un financement non lié à un programme spécifique d'intervention.

Enfin, la médecine scolaire pourrait être un moteur d'une réelle prise en compte de la question de la santé publique à l'école ; pour cela il est nécessaire que les différents services avec lesquels elle est appelée à collaborer dans et hors l'école puissent mobiliser les personnels nécessaires.

Or ce qui caractérise l'organisation de l'enseignement en France, c'est qu'il est fondé sur le collectif classe et laisse peu de place aux actions qui n'ont pas pour objet la transmission des savoirs. Certes le développement des comités d'éducation à la Santé et à la citoyenneté (CECS) a permis l'entrée dans les établissements de ces questions de prévention notamment des comportements à risques. Mais cette prévention est peu liée à l'activité enseignante. Le « sujet enfant » est une nouvelle fois divisé entre son statut d'élève, d'adolescent et de possible élève ou adolescent à problème.

Dans l'éducation spécialisée, parce que les activités correctrices ou curatives du handicap laissent moins de place au seul enseignement, se sont développées des pratiques de « projet de l'établissement » auquel est articulé un projet par enfant : réunion de synthèse sur un groupe ou un cas, ou tout simplement la vie du service ; supervision et accompagnement des pratiques professionnelles, du point de vue de leurs effets sur les enfants, y compris sanitaires. Le temps de travail imparti à ces activités est inscrit dans le statut des personnels, faisant par exemple la part au travail direct et indirect et au travail personnel.

Dans l'enseignement, la part laissée au travail personnel est censée représenter uniquement le travail de préparation et d'évaluation des élèves. Eventuellement sont prévus quelques obligations de réunion, d'ailleurs rémunérées : conseils de classes trimestriels par exemple, tutorat de stagiaires.

La question, compliquée pour les enseignants comme pour nombre de professionnels du soin, est d'envisager ces collaborations comme autant de facilitations de leur travail plutôt que comme des obligations supplémentaires. De ce point de vue, le système de formation français qui, depuis l'école élémentaire jusqu'aux formations professionnelles, évalue les enfants individuellement et recourt peu aux évaluations de travaux collectifs, ne favorise ni le travail en réseau ni le travail en équipe.

A cet égard, la prévention (au même titre que la politique de la ville d'ailleurs), agit comme révélateur des faiblesses de formation et d'orientation de nos systèmes publics, volontiers axés sur le recrutement par concours, qui privilégie davantage les aptitudes individuelles que l'aptitude à travailler avec d'autres, et sur l'organisation de carrières publiques privilégiant comme critères de promotion interne la capacité supposée à donner des instructions plus que l'aptitude à coordonner et manager une action collective.

Récapitulatif des recommandations pour une politique de prévention durable.

Fonder la politique de prévention sur des valeurs de responsabilité et de participation

Faire de la personne un acteur de la politique de prévention

- Préférer la promotion de la santé à l'injonction
- Promouvoir davantage l'éducation pour la santé
- Faire participer les usagers, encore et toujours
- Organiser l'accès aux données de l'observation, de la recherche et de l'expertise

Donner aux instances de concertation les moyens d'une efficacité réelle

- Renforcer le rôle des comités départementaux d'hygiène
- Confier un rôle accru au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels
- Faire bénéficier tout salarié des services d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions du travail (CHSCT)

Privilégier davantage les approches sélectives, communautaires et territoriales

Réorienter l'activité services de médecine préventive vers des stratégies de santé publique

- Inscrire l'action de la protection maternelle et infantile dans un véritable réseau préventif de l'enfance
- Orienter l'activité de la médecine scolaire vers le dépistage ciblé et la promotion du bien être à l'école
- Mettre la prévention collective des risques au centre des missions des services de médecine du travail
- Intégrer les centres d'examen de santé dans les programmes de dépistage organisé

- Destiner les nouvelles formes de consultation de prévention aux populations qui en ont le plus besoin

Développer les démarches territoriales et de santé communautaire

- Généraliser le recours aux relais communautaires en matière de prévention de l'infection VIH
- Développer des réseaux d'accueil et d'écoute des enfants et des adolescents

Mieux adapter les messages aux différentes cibles

- « Campagnes SIDA », ne pas se cantonner à une information généraliste
- Systématiser les actions d'éducation sexuelle en milieu scolaire
- Saturnisme et risques du milieu, mettre en œuvre des campagnes d'éducation en direction des personnes exposées

Promouvoir une dynamique de la multidisciplinarité plutôt que de la spécialisation

- Mieux intégrer soin et prévention
- Adapter l'administration sanitaire aux exigences de la nouvelle politique de santé publique
- Conserver à l'INPES son caractère d'administration de mission
- Mieux former et rémunérer les professionnels impliqués sans créer une profession statutaire de la prévention

Définir des sphères de responsabilité cohérentes et non étanches

Rendre plus efficace l'action interministérielle et assurer la continuité de la politique de santé publique

- Faire fonctionner l'action interministérielle dans le domaine de l'environnement
- Renforcer l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement
- Décloisonner l'expertise et les expériences dans le domaine de l'environnement
- Assurer la continuité de la politique de santé publique

Clarifier la répartition des compétences entre l'Etat et l'assurance maladie

- Reconnaître la vocation de l'assurance maladie à participer à l'élaboration de la politique de prévention
- Mieux insérer la politique de prévention de l'assurance maladie dans les politiques nationales et régionales, en particulier en déconcentrant le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires
- Mettre en place en région une administration de l'Etat responsable et coordonnée

Concentrer l'action de l'Etat central sur sa mission de stratégie et de garant de l'intérêt général

- Rééquilibrer les rôles respectifs des services centraux et régionaux de l'Etat
- Rationaliser la répartition de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales
- Faire une place à la Région dans les dispositifs de pilotage de la politique de prévention
- Mettre en place un dispositif unifié d'accueil, de dépistage et de traitement pour les infections sexuellement transmissibles (IST)
- Concrétiser le projet de plan national « santé environnement »

Améliorer la cohérence de la politique normative dans le domaine de l'environnement

- Créer les conditions d'une meilleure contribution française à la production scientifique internationale
- Améliorer l'efficacité de la prévention par les normes
- Développer une approche transversale de la prévention des pollutions
- Réduire les pollutions à la source

Construire une politique nationale de prévention des risques professionnels

- Bâtir une politique interministérielle
- Renforcer et mieux coordonner la politique régionale de santé au travail
- Mieux articuler les politiques de santé dans l'environnement et de santé au travail
- Faire payer davantage les producteurs de risques

Renforcer les connaissances, les savoir-faire et les outils de la prévention

Donner plus de moyens à une recherche pluridisciplinaire et indépendante

- Construire un système de surveillance en santé environnementale
- Développer un outil public de recherche et d'évaluation du risque professionnel
- Développer la recherche en éducation pour la santé

Renforcer et développer la formation à la santé publique

- Créer un « grand établissement public, scientifique, culturel et professionnel » de santé publique
- Mieux former les professionnels de santé à la prévention, en formation initiale comme en formation continue
- Développer les formations interprofessionnelles
- Développer les formations pluridisciplinaires par la formation continue

Mobiliser l'ensemble des professionnels concernés par la prévention

- Les formules d'incitation aux bonnes pratiques de prévention
- Encourager la pratique des réseaux





Annexes



Annexe 1

Liste des personnes ayant contribué à ce rapport

Ont contribué à ce rapport :

Rapporteurs généraux : Michel Gagneux, Hélène Strohl-Maffesoli

Membres des missions thématiques :

Anne Amson, Françoise Bas-Théron, Jean-Paul Bastianelli, Pierre Deloménie, Marc Dupont, Danièle Jourdain-Menninger, Christine Laconde, Mathilde Lignot, Bernard Marot, Anne-Chantal Rousseau-Giral, Jacques Roux, Pierre De Saintignon, Eric Schmiender, Michel Thierry, Claire Trouvé, Patricia Vienne, Hayet Zeggar.

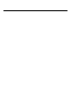
Relecteurs généraux : Gilles Duhamel, Françoise Lalande, Bernadette Roussille

Appui aux enquêtes : Liliane Salzberg

Documentation : Sylvie Bertani

Ont participé aux travaux préparatoires (mars 2002) :

- William Dab, professeur au Conservatoire national des Arts et Métiers
- Nicole Eschwege, directrice de recherche à l'Inserm (prévention du diabète)
- Jean-François Girard, conseiller d'État, directeur de l'institut de recherche pour le développement
- Michel Grignon, chercheur au CreDES, économie de la santé
- Marcel Goldberg, professeur de santé publique, santé au travail
- Antoine Lazarus, professeur de santé publique
- Nicole Maestracci, magistrate, présidente de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie
- Françoise Schaezel, médecin inspectrice régionale



Annexe 2

Résumés des rapports d'enquête thématique élaborés dans le cadre de la préparation du rapport public

Résumé du rapport « Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire », présenté par Danièle JOURDAIN-MENNINGER et Mathilde LIGNOT-LELOUP

Ce rapport, « Comparaisons internationales », a pour objet de donner les éléments de comparaison utiles sur plusieurs aspects de l'organisation de la prévention sanitaire dans trois pays, le Québec, la Finlande, et le Royaume-Uni. Des données fournies par certains conseillers sociaux ont permis de compléter les comparaisons internationales concernant notamment les indicateurs de santé et la place de la prévention dans les systèmes de santé étrangers. Les trois pays visités, Québec, Finlande, et Royaume-Uni, ont en commun une culture de santé publique, la volonté de développer la promotion de la santé, et une réflexion sur la réforme du système de santé qui intègre la prévention sanitaire. Dans chacun de ces pays, la mise en œuvre de la prévention sanitaire se fait essentiellement au niveau local.

Trois axes d'enquête ont été privilégiés : la méthode d'élaboration et de suivi des politiques de prévention, de la surveillance des risques à l'évaluation des résultats et à la détermination des priorités, l'articulation entre le niveau national et le niveau local de la mise en œuvre de la politique de prévention, et l'adaptation de ces politiques aux situations sociales, culturelles et économiques des populations concernées.

Dans un contexte commun aux pays développés, caractérisé par un bon état de santé général de la population, mais avec la persistance de maladies chroniques, d'inégalités sociales et régionales fortes devant la santé, chacun des pays visités a adopté une méthode d'élaboration et de suivi des politiques de prévention assez similaire.

La prévention ne constitue, dans aucun de ces pays, un objectif spécifique, mais elle est intégrée dans les réflexions en cours qui font l'objet d'un large débat public sur les politiques d'amélioration des systèmes de soins, ainsi que sur les besoins globaux de financement.

C'est particulièrement le cas au Royaume-Uni, qui a décidé d'augmenter de 40 % les crédits du système national de santé et de consacrer une part accrue à la prévention, tandis que le Québec s'engage dans ce qui est appelé « le virage de la prévention », réforme assortie d'une enveloppe financière complémentaire non négligeable.

Les démarches adoptées pour réformer les systèmes de santé, qui impliquent de manière importante les autorités politiques, font toutes référence à la nécessité de développer la prévention sanitaire, avec une tendance croissante à l'adoption du concept de promotion de la santé.

L'organisation du système de soins a permis de développer des modalités de prise en charge qui tendent à favoriser la prévention : l'affiliation à un même médecin généraliste au Royaume-Uni, la mise en place de centres locaux de services communautaires, qui rapprochent les services sociaux et de santé au Québec, et surtout les centres de santé municipaux en Finlande, qui réunissent dans un même lieu l'ensemble des services de soins, de diagnostic et de suivi sanitaire et social. Ces systèmes de soins primaires ont été privilégiés dans l'idée de faire du médecin généraliste, même spécifiquement rémunéré pour cela, le pivot de la politique de prévention.

S'orientant vers une stratégie d'ensemble qui prend en considération l'individu dans son milieu, les politiques de promotion de la santé ne sont pas conçues comme un moyen de maîtriser l'augmentation des dépenses de santé, mais comme un objectif, repris au plus haut niveau politique (par le Premier ministre au Royaume-Uni) d'améliorer l'efficacité des investissements en santé et notamment de réduire les inégalités sociales et régionales. Les plans de santé publique que la Finlande, le Québec, ou le Royaume-Uni ont élaborés s'appuient sur une méthodologie rigoureuse qui allie les recherches interdisciplinaires, une démarche d'évaluation interne ou externe, et une large consultation des populations. Ces plans stratégiques sont conçus sur une période assez longue (santé 2015 en Finlande, 2003-2012 au Québec, 1999 -2010 au Royaume-Uni), sont assortis d'objectifs chiffrés et de plans intermédiaires par risque (exemple : lutte contre l'alcoolisme), ou par pathologie (exemple : réduction du taux de cancer du sein).

Si la définition de la politique de prévention se fait au niveau national, elle n'est pas le seul fait des ministères en charge de la santé : des agences dédiées à la santé publique ont été récemment créées (institut national de santé publique au Québec, agence de développement de la santé au Royaume-Uni) ou renforcées (institut national de santé publique en Finlande) et permettent de regrouper avec souplesse et efficacité les disciplines et les compétences.

La mise en œuvre des politiques de prévention sanitaire est essentiellement locale, décentralisée en Finlande, déconcentrée au Royaume-Uni et au Québec, mode d'organisation qui facilite les actions de proximité et une approche associant le sanitaire et le social. Une réflexion sur la répartition des compétences entre professionnels de santé, notamment entre généralistes et infirmières se développe, au Royaume-Uni comme au Québec. Mais de plus en plus, d'autres acteurs, les patients eux-mêmes dans la prise en charge de leur maladie au Royaume-Uni comme aux États-Unis, les travailleurs sociaux ou les associations ont tendance à émerger, et partout, des réflexions sont en cours sur la formation en santé publique au delà des médecins.

Les facteurs de réussite des politiques de prévention sanitaire impliquent une large information du public (le recours à Internet est de plus en plus répandu) et l'éducation à la santé. Dans les trois pays visités, le rôle de celle-ci est particulièrement développé dans le cadre des programmes scolaires.

Si l'objectif de la prévention est largement partagé, le coût de la prévention reste mal connu et les financements sont rarement acquis, même si, dans tous les pays pour lesquels il existe des statistiques, on constate une hausse des dépenses de prévention. S'il existe une certaine proportionnalité entre les dépenses totales de santé et les dépenses de prévention, la part des dépenses de prévention, rapportée aux soins curatifs, est comparable d'un pays à l'autre. Les pays qui dépensent le plus pour la santé sont aussi ceux qui ont les plus fortes dépenses de prévention.

Mais il reste bien difficile de corrélérer l'investissement en prévention et l'espérance de vie, pour autant que cet indicateur soit le plus pertinent pour mesurer l'impact de la politique de prévention : les évaluations sont peu nombreuses et difficiles à réaliser, notamment les études d'impact. A partir de quelques exemples, apparemment satisfaisants comme la prévention des maladies cardio-vasculaire en Finlande, le dépistage du cancer du sein en Angleterre, la santé au travail en Finlande, ou plus incertains comme la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme des jeunes, la prévention des maladies transmissibles ou la prévention sanitaire en milieu carcéral, il est possible de dégager quelques enseignements sur les difficultés et les facteurs de réussite des politiques de prévention, en sachant que les résultats ne peuvent s'apprécier que sur le moyen et le long termes.

Résumé du rapport « Les métiers de la prévention sanitaire », présenté par Jean-Paul Bastianelli, Marc DUPONT et Michel THIERRY

Ce rapport après avoir décrit et dénombré les métiers dédiés ou participant à la politique de prévention sanitaire, analyse les qualifications et les formations afférentes avant de s'interroger sur les « effets de système » auxquels sont soumis ces professionnels.

Les **métiers dédiés** sont statutairement et quasi exclusivement consacrés à la prévention. Quand ce sont des professionnels du soin, ils ne pratiquent que du soin préventif (diagnostic, dépistage, éducation pour la santé) à l'exclusion notamment de la prescription.

Ce sont les médecins et les pharmaciens inspecteurs de santé publique et les ingénieurs et techniciens du génie et des études sanitaires des services déconcentrés de la santé (2000 personnes) ; les services de santé scolaire à l'Education nationale (85 ETP médecins 5000 infirmières), les services de médecine du travail (6500 ETP), et les 52 médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre ; les personnels de l'Institut national de recherche et de sécurité (650 personnes), les chargés d'éducation et de prévention dans les organismes de l'assurance maladie (1400 personnes). On peut aussi considérer que plus de 50 000 postes sont dédiés à la prévention dans les collectivités locales, dans une acception large (PMI, personnel petite enfance notamment).

Les **métiers partagés** regroupent des personnes qui peuvent participer aux actions de prévention, tels les personnels de la santé, de l'Education nationale, des collectivités locales, des organismes de protection sociale. La mission a estimé que plus de 2 millions de personnes étaient concernées.

La mission a regroupé dans la catégorie des **métiers « émergents »** ceux qui, soit sont réellement nouveaux, soit sont des métiers connus, mais dont la présence dans le champ de la prévention constitue une nouveauté, soit correspondent à de personnes qui professionnalisent leur engagement militant. Beaucoup de ces métiers émergents sont des métiers dédiés, fréquents dans le secteur associatif : soit dans des associations qui servent de support à des institutions quasi officielles (observatoires régionaux de la

santé (ORS), associations départementales ou régionales d'éducation pour la santé (ADES ou ARES), comités départementaux ou régionaux d'éducation pour la santé (CODES ou CRES ou CRDS)), soit dans des associations plus traditionnelles. La mission s'est principalement intéressée aux métiers nouveaux qui apparaissent dans la première catégorie d'associations. Le réseau des CODES – CRES/CRDS comporte plus de 650 salariés, qui possèdent pour la plupart une formation initiale supérieure au baccalauréat et dont une grande proportion (38 %) est recrutée comme contractuels à durée déterminée.

Les métiers de la prévention requièrent de la part des personnels un très bon niveau de base, ils nécessitent des aptitudes spécifiques (à l'écoute, à la relation, à la conduite de projet) et ils font appel au militantisme ou à un engagement personnel fort ; souvent, ils ne sont pas « normés ».

Les métiers dédiés, dans leur très grande majorité, sont stables et protégés par des statuts ou des conventions collectives. La plupart correspondent à une réelle professionnalisation, nécessitant des études préalables souvent sanctionnées par des diplômes reconnus. Ils sont fréquemment rémunérés convenablement (par comparaison avec les métiers émergents).

Trois éléments caractérisent les métiers émergents : les personnes ont des origines très diverses, parfois singulières, la précarité des statuts et/ou des situations est fréquente, les rémunérations sont très variables, souvent peu élevées.

Une première revue des **formations** fait apparaître un véritable « manteau d'arlequin » des apprentissages de la prévention.

Contrairement à d'autres *professions dédiées* on constate une relative inorganisation des formations de professionnels intervenant dans le cadre de dispositifs territorialisés de prévention, à l'exception des médecins du travail (c'est une spécialité médicale mais qui n'est pas très orientée vers une formation de santé publique) et des médecins de l'éducation nationale.

S'agissant de la formation des *professions partagées* (les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et éducatifs de la prévention), l'architecture des formations initiales est le plus souvent ouverte à la prise en compte des enjeux de la prévention, mais avec une application inégale et une autonomie pédagogique laissée aux institutions de formation qui n'est pas compensée par une rigueur des requis pour la validation.

Contrairement à des images persistantes, les nouveaux programmes des études médicales, notamment au niveau du deuxième cycle, offrent de vrais espaces pour un investissement pédagogique sur les démarches de prévention. La question n'est pas tant celle d'une modification des textes pédagogiques que celle de l'appropriation de ces espaces par les facultés, les formateurs et les étudiants. Cette remarque s'appliquerait également, dans une large mesure, à la formation des pharmaciens d'officine. Les programmes de formation des chirurgiens dentistes ne mentionnent ni l'éducation pour la santé ni l'éducation thérapeutique, mais leur stage clinique de fin de cycle est pour partie consacré à des actions de prévention.

La formation des infirmières est particulièrement ouverte aux préoccupations de prévention et d'éducation pour la santé, aussi bien dans les enseignements professionnels généraux, théoriques ou pratiques, que par la prise en compte de l'éducation du patient dans chaque module relatif à un groupe d'affections.

Après un reflux, un certain réinvestissement sur la santé se manifeste aujourd'hui dans les formations au travail social, tendance qu'il conviendrait d'accompagner et d'accentuer en s'appuyant sur des textes assez ouverts.

Enfin, la sensibilisation des enseignants à l'éducation pour la santé, dans le cadre de l'apprentissage de la citoyenneté à l'école, a connu une réelle dynamique dans la période récente, qui a plus touché les enseignants du primaire que ceux du secondaire.

Les formations permettant de qualifier des *professions émergentes*, construites autour d'un objectif de promotion de la santé, ou simplement autour d'approches larges de prévention ou d'éducation pour la santé, sont rares et dispersées. Une analyse des formations universitaires visant ces objectifs fait apparaître la faiblesse des formations homologuées au plan national (énorme prédominance des diplômes d'université), le petit nombre des formations à l'éducation pour la santé ou à la promotion de la santé (une quinzaine de D.U., quelques D.E.S.S.).

Si cette revue des formations initiales est loin de conduire à un bilan négatif appelant à une redéfinition générale des programmes, elle met cependant en lumière **les lacunes du système de formation**. Les formations restent cloisonnées, présentent encore des carences propres à certaines filières ; surtout, le développement d'un système de formation à la promotion de la santé est freiné par la faiblesse des formations à la santé communautaire et l'insuffisance de référentiels de compétences.

Une culture de santé publique encore fragile ne valorise pas suffisamment l'éducation pour la santé. Celle-ci fait assez largement figure de parent pauvre au sein du champ de la santé publique. Il n'existe pas de doctorat spécialisé ou de mention spéciale d'un doctorat de santé publique dédiée à l'éducation pour la santé ou à la santé communautaire.

La valorisation des missions de prévention a connu des progrès, peu évalués, à travers l'institution conventionnelle du médecin référent ; de nouvelles modalités de financement des centres de santé, plus ouvertes ; la rémunération de missions de prévention dans le cadre de réseaux de soins, pouvant intégrer un financement spécifique de consultations de bilan ou de suivi-éducation du patient, et de fonctions de coordination. *La rémunération de missions de prévention dans le cadre des réseaux est sans doute l'innovation la plus féconde à terme, même si sa portée concrète actuelle reste limitée.* Les Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville ne sont que très minoritairement engagés dans le soutien à des réseaux à fort contenu de prévention.

Des effets de système incertains

Les modes de régulation des professions et des métiers apparaissent sans effet structurant durable. À l'exception notable du répertoire des métiers de l'UCANSS et du début de travail sur la professionnalisation des intervenants de l'ex-CFES, il n'existe pas de réflexion organisée.

La multiplication des programmes d'intervention n'a pas favorisé la structuration des professions même si l'on voit apparaître des besoins de compétence autour de la gestion de projets et des partenariats.

L'éclatement des financements a pour principal effet de fragiliser la sécurité budgétaire des opérateurs, les obligeant à gérer une recherche systématique de moyens parfois au détriment de leur métier de base. De plus, la modicité des budgets tire vers le bas les conditions de rémunération et de travail des personnels qui échangent une forte motivation dans le travail contre une précarité certaine.

La multiplication des partenariats en lien avec les différentes politiques publiques, si elle favorise les dynamiques issues du terrain, pose également la question du pilotage et de l'efficacité globale de ceux-ci. Un certain empilage des dispositifs, une sensibilité forte pour la coopération contribuent parfois à se satisfaire d'obligations de moyens au risque de se détourner des résultats.

Des problématiques restent encore à clarifier en particulier entre les tenants de la thèse de la communication sociale et les défenseurs de celle de l'intervention sociale auprès des populations.

Un changement d'échelle dans la politique de prévention imposera de dépasser une masse critique encore trop faible en matière de formation et de financement et de renforcer le pilotage de cette politique.

Le rapport se concluant par les propositions suivantes

- Mieux connaître, développer l'observation sur les métiers de l'éducation pour la santé et les besoins de qualification.
- Mobiliser les diverses instances paritaires de gestion des professions (CPNE, conseils divers, CPC).
- Mettre en œuvre une procédure d'habilitation ou d'accréditation des formations d'éducation pour la santé.
- Renforcer les formations initiales de diverses catégories d'acteurs professionnels, combler les insuffisances ou les lacunes les plus évidentes.
- Développer fortement la formation continue des acteurs.
 - Envisager des accords-cadres ou des protocoles de coopération entre l'I.N.P.E.S., d'une part, et les institutions de formation médicale continue, les écoles de cadres infirmiers, l'A.N.F.H. et les O.P.C.A. sanitaires et sociaux, d'autre part.
 - Développer des formations de formateurs à caractère pluriprofessionnel, pour nourrir le vivier des formateurs professionnels à l'éducation pour la santé.
- Appuyer les recherches en santé publique, et les ouvrir aux approches de santé communautaire.
- Sécuriser les opérateurs de l'éducation pour la santé.
 - Donner un contenu à la procédure d'accréditation des opérateurs prévue par la loi sur les droits des malades.
 - Assurer un minimum de sécurité de gestion aux opérateurs.
- Clarifier les modalités de pilotage et d'animation du réseau
 - Choisir un pilote politique – et un seul – au niveau de la région.
 - Régler la question des délégations régionales de l'INPES et de l'animation du réseau
- Adapter les modes de rémunération des professionnels de santé libéraux

Résumé du rapport « Prévention des risques sanitaires liés aux pollutions chroniques », présenté par Christine LACONDE et Pierre DELOMENIE

Le champ de la santé environnementale étant extrêmement large, la mission a limité ses investigations à la prévention des risques sanitaires liés aux pollutions chroniques en excluant certaines d'entre elles soit en raison de leur spécificité (rayonnements ionisants) soit quand leur gestion relevait du principe de précaution.

La difficile prise en compte des préoccupations sanitaires liées aux pollutions chroniques

Malgré des débats non tranchés sur l'importance réelle des impacts sanitaires des pollutions sur la santé des populations au sein de la communauté médicale, les enjeux environnementaux, notamment sur le plan sanitaire, représentent une préoccupation croissante pour l'opinion publique et les acteurs de la santé publique.

Alors que la santé environnementale, après avoir constitué le fondement des politiques hygiénistes au cours du 19^{ième} siècle, avait progressivement été marginalisée par les acteurs de santé publique, ceux-ci investissent à nouveau ce champ comme en témoignent l'évolution de la direction générale de la santé ou la création de différentes agences sanitaires. S'agissant d'un champ d'action interministériel, diverses modalités de collaboration sont développées aux niveaux national et local sur lesquelles la mission porte une appréciation mitigée. L'absence de plan national en santé environnement, malgré les engagements pris par la France dans le cadre des conférences organisées par l'organisation mondiale de la santé, n'est pas de nature à clarifier l'action publique dans ce champ tant du point de vue des priorités d'action que du partage des responsabilités entre ministères. Au niveau local, des démarches de programmation transversales et thématiques cohabitent. Outre la faiblesse du cadrage national, elles ont comme points communs une quantification trop rare des objectifs à atteindre et la difficulté à hiérarchiser les priorités.

Une connaissance et une évaluation des risques encore rudimentaires

Les connaissances sur les risques sanitaires liés à l'environnement sont encore très lacunaires. Ce déficit s'explique essentiellement par des difficultés méthodologiques compte tenu des caractéristiques des pathologies concernées (absence de spécificité de celles-ci) et des pollutions (faibles concentrations et caractère diffus). L'évaluation des risques qui comprend quatre étapes (identification des dangers, de la relation dose-réponse, connaissance des expositions, caractérisation du risque) constitue une méthode privilégiée pour apprécier les conséquences sanitaires des pollutions, malgré des difficultés de mise en œuvre.

Si ce constat d'insuffisance des connaissances n'est pas spécifique à la France, il y est aggravé par la faiblesse de l'investissement de la recherche dans ce domaine dont le constat, bien que non quantifié, fait l'unanimité, et l'éclatement de l'expertise. Cet éclatement, accentué par les défauts de coordination des ministères qui assurent la tutelle des différents organismes concernés, est particulièrement préjudiciable à la rationalisation du recours à l'expertise par les gestionnaires de risques et au développement d'approches pluridisciplinaires pourtant indispensables dans le champ de la santé environnementale.

Les indicateurs disponibles sur la pollution des milieux et sur la santé des populations se développent mais restent inégaux et quelquefois insuffisants. La surveillance des milieux est en effet variable selon les milieux en fonction de l'existence ou non de normes réglementaires et de leur ancienneté. Le suivi de la qualité des eaux de consommation destinées à l'alimentation humaine bénéficie d'une antériorité qui explique qu'il soit plus complet que celui de l'air extérieur, milieu pour lequel des normes ont été édictées plus récemment. Dans les deux cas se pose toutefois la question de la pertinence des polluants suivis et des points d'analyse au regard des enjeux sanitaires. La connaissance de la qualité de l'air intérieur et des sols, qui ne font pas l'objet de normes, est encore embryonnaire même si l'observatoire de la qualité de l'air intérieur semble prometteur. Les indicateurs relatifs aux sources de pollution sont encore plus disparates car ils dépendent pour une part de données détenues par les opérateurs économiques et sont difficiles à établir pour les sources diffuses.

Enfin, les indicateurs sanitaires disponibles, outre des défauts bien connus, ne permettent pas d'identifier la contribution des déterminants environnementaux compte tenu de l'absence de spécificité des pathologies associées.

Les liens entre indicateurs environnementaux et indicateurs sanitaires restent à développer. Il manque en particulier un système cohérent d'indicateurs, tel que celui proposé par l'OMS et en cours d'expérimentation, permettant une approche complète des risques (de la source de pollution aux conséquences sanitaires en passant par la présence des polluants dans les milieux et les expositions des individus à ceux-ci).

Une prévention essentiellement collective et fondée sur des dispositifs réglementaires

La mission a par ailleurs cherché à dresser un panorama des principaux outils de prévention des risques sanitaires liés aux pollutions. Il fait apparaître une place prépondérante de la prévention collective et primaire à travers les normes sous la forme de valeurs limites de polluants dans les milieux ou dans les produits, et les procédures d'autorisation d'activités ou de mises sur le marché.

L'examen du processus de production des normes, sur la base de quelques exemples, montre les limites de cet outil notamment : une couverture inégale des milieux ; l'absence d'approche transversale par polluant ; l'insuffisance de réflexion sur les éventuels effets pervers des normes (risques de substitution d'un polluant par un autre, par exemple) et sur le bilan coût / avantage de la norme retenue par rapport à des solutions alternatives. De plus, l'efficacité des normes sur la pollution n'est garantie qu'à trois conditions qui ne semblent pas systématiquement remplies : la cohérence du niveau d'exigence des normes portant sur les milieux avec les actions menées en amont sur les sources de pollution ; une compréhension partagée du caractère relatif des normes trop souvent assimilées à un seuil d'innocuité ; la capacité à assurer un contrôle approprié de ces normes.

L'évaluation a priori des risques imposée aux activités sources de pollution a été étudiée à travers deux exemples : le volet sanitaire des études d'impact des installations classées pour la protection de l'environnement, la procédure d'autorisation de mise sur le marché des pesticides. Le premier de ces exemples illustre, outre les difficultés de collaboration entre les ministères chargés de la santé et de l'environnement, l'utilité d'identifier explicitement la santé parmi les éléments d'appréciation des impacts d'une installation sur l'environnement. Le second montre les limites d'une politique de prévention basée sur des exigences réglementaires portant sur l'autorisation de mise sur le marché lorsque les mesures relatives à l'aval sont insuffisantes pour connaître précisément les quantités utilisées et pour empêcher des pratiques inadéquates avec l'objectif de protection de l'environnement et de la santé.

La mission s'est interrogée sur la place des arguments sanitaires dans les démarches de bonnes pratiques. Elle a constaté que l'objectif de prévention sanitaire y était rarement identifié de façon formelle sauf dans quelques démarches sectorielles (bâtiment et air intérieur) et techniques (tours aérofrigorifères et légionelles).

Enfin, la question de réduction des impacts sanitaires de pollutions anciennes résultant d'activités développées dans des contextes normatifs moins contraignants a été abordée à partir de deux exemples : les sites et sols pollués et les peintures au plomb présentes dans l'habitat ancien. Ils illustrent les difficultés de repérage des situations à risque et de mise en œuvre des opérations de traitement des pollutions, de réduction des expositions.

Les propositions

L'amélioration de l'efficacité des politiques de prévention des risques sanitaires liés à l'environnement suppose une véritable formalisation des priorités en santé environnement, le développement de l'interministérialité et l'approfondissement de la connaissance et de l'évaluation des risques.

En particulier, la mission considère que la France doit enfin se doter d'un plan national en santé environnement décliné au niveau régional pour clarifier la politique menée et les responsabilités respectives des différents ministères impliqués. Si l'élaboration de ce plan constitue une occasion d'ouvrir une large concertation, les questions de santé environnement ont vocation à être débattues régulièrement au niveau local dans des instances regroupant administrations, experts, représentants des collectivités territoriales et de la société civile. Les comités départementaux d'hygiène, sous réserve de les faire évoluer dans le sens préconisé par les rapports du haut comité de santé publique ou de la mission d'étude et de réflexion sur l'organisation des pouvoirs publics dans le domaine de la protection de l'environnement, représentent l'instance de concertation locale à privilégier. Le développement de l'AFSSE est par ailleurs indispensable tant pour l'approfondissement de l'interministérialité que pour l'amélioration de la coordination des différentes structures d'expertise. Cela suppose que les moyens budgétaires et humains de l'agence soient rapidement augmentés, ses missions précisées et qu'une réflexion interministérielle sur les conséquences de la création de l'AFSSE sur les structures d'expertise existantes soit menée.

La promotion de la recherche en santé environnement, dans laquelle l'AFSSE sera amenée à jouer un rôle central, doit reposer sur un état des lieux circonstancié pour mieux préciser la place de la recherche française au niveau international et les moyens humains et budgétaires consacrés à cette thématique et, en conséquence, les actions à mener. L'approfondissement des connaissances sur les risques sanitaires liés à l'environnement suppose notamment le développement des outils existants de suivi des milieux et de l'état de santé des populations et la mise en place, pour les sujets prioritaires

res, d'un système cohérent d'indicateurs allant de la connaissance des sources de pollution jusqu'à leurs éventuelles conséquences sanitaires.

Pour l'amélioration de l'efficacité sanitaire des outils de prévention, la mission s'en est tenue à des principes d'action. L'approche normative nécessite une implication plus grande de la France au niveau international et des méthodes d'élaboration et de révision des normes plus pertinentes au regard des enjeux sanitaires et financiers. Les approches transversales des différents moyens de prévention des pollutions doivent être favorisées, ce qui implique notamment de développer des articulations entre la santé environnementale et la santé au travail et d'adapter les actions de communication au public cible.

Résumé du rapport « La prévention sanitaire par une bonne hygiène nutritionnelle », présenté par Anne AMSON et Françoise BAS-THERON

Les politiques nutritionnelles de santé publique sont complexes à concevoir et à mettre en œuvre

La nutrition apparaît aujourd'hui comme un déterminant de santé important, soit comme facteur de risque, soit comme élément protecteur, pour certaines pathologies majeures en santé publique : maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité, certains cancers, ostéoporose...

La prise de conscience de l'impact de la nutrition est récente. Le délai, en France, à prendre la mesure du problème s'explique notamment par la carence du système national d'alerte et de surveillance sanitaires, par le sentiment d'être protégés par notre art culinaire et par le fait que la nutrition est une discipline mal implantée et mal reconnue dans le système de soins ; elle requiert aussi l'engagement d'acteurs relevant d'autres secteurs que celui de la santé (agro-alimentaire...). De surcroît, l'attention et la pression de l'opinion publique, sur le plan alimentaire, se sont plutôt portées, dans la décennie 1990, vers les problèmes de sécurité sanitaire.

Discipline insuffisamment investie, la nutrition se caractérise par des connaissances incomplètes et mouvantes, tant sur le plan de la recherche fondamentale et de l'épidémiologie que des comportements alimentaires. Ces caractéristiques soulèvent de nombreuses difficultés pratiques, de définition des stratégies et d'évaluation, dès lors qu'est posé un objectif visant à modifier le comportement des individus. De surcroît, intervenant dans un domaine à forte connotation psychologique et culturelle, la prévention par la nutrition peut susciter de complexes questions éthiques et de définition de normes.

Malgré ces difficultés importantes, les enjeux sanitaires et économiques liés en particulier à la progression de l'obésité et du diabète (type 2) plaident pour une démarche publique de prévention. C'est dans ce contexte que le ministère chargé de la santé a lancé, en janvier 2001, le programme national nutrition santé (PNNS, 2001-2005).

Des politiques surtout portées par le PNNS, qui impulse une réelle dynamique mais rencontre des limites

S'inscrivant dans une démarche volontariste de la DGS, la prévention par la nutrition est également portée par plusieurs autres plans de santé publique (cancer, diabète de type 2, risques cardio-vasculaires), le PNNS étant cependant le programme phare. Largement orienté vers la prévention primaire, il développe une approche ambitieuse et globale. Des moyens financiers importants, par rapport aux autres programmes de santé publique, ont été dégagés. De l'amont (recherche, surveillance...) à l'aval (communication, contrôle de la réglementation...), le PNNS veut favoriser la coordination entre les principaux acteurs, grâce aux structures de travail créées. Nombre d'actions ont déjà été engagées. En bref, une réelle dynamique a été lancée.

Malgré l'appréciation globalement positive portée par les acteurs sur l'existence même du PNNS et sur l'engagement des pouvoirs publics, les moyens sont estimés insuffisants au regard de l'ambition des objectifs et, de fait, ne permettent pas de tenir le calendrier et de réaliser toutes les actions initialement prévues. Enfin, sur un certain nombre d'axes stratégiques, les avancées sont lentes (implication des industriels de l'agro-alimentaire, recherche et surveillance, système de soins...).

Dans les trois régions où la mission s'est rendue, l'impact du PNNS va de la légitimation, quand les acteurs locaux avaient déjà investi le champ de la nutrition (Nord-Pas-de-Calais, Languedoc-Roussillon), à l'impulsion d'une nouvelle politique (Lorraine, sans doute plus représentative de la moyenne des régions). Les réalisations sur le terrain sont donc hétérogènes.

Le Nord-Pas-de-Calais est une région atypique, caractérisée par une situation sanitaire préoccupante (en matière d'obésité notamment) mais aussi par un partenariat fort entre les différents services de l'État et les collectivités locales. De nombreuses actions de proximité y sont menées. Le Languedoc-Roussillon dispose d'outils originaux, comme l'observatoire régional d'épidémiologie scolaire et le centre de prévention Epidauré ; le rectorat est un partenaire important. En revanche, la faible implication des collectivités locales explique un nombre encore limité d'actions. En Lorraine, la coordination et le travail en partenariat commencent à se mettre en place, parfois non sans mal. Le PNNS a cependant suscité plusieurs initiatives.

Les acteurs sur le terrain soulignent certains problèmes récurrents : les moyens estimés insuffisants, déjà évoqués au niveau central, la difficulté à articuler les nombreuses priorités fixées par le ministère, et les actions de l'État avec celles de l'assurance-maladie. L'engagement très inégal des collectivités locales et de l'Education nationale, des services Jeunesse et sports ou du secteur agro-alimentaire constitue un autre défi pour la mise en œuvre, par les services déconcentrés du ministère, de la politique de prévention par la nutrition. Ce d'autant que plusieurs partenaires potentiellement importants participent généralement peu aux politiques engagées localement : autres services de l'État que les DRASS, producteurs, professionnels de santé en ville et à l'hôpital autres que les « spécialistes ».

Illustration d'un axe d'action « sur le terrain » : une question sensible, la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant

L'épidémie d'obésité chez les jeunes est inquiétante, tant par sa progression rapide que par son ampleur (prévalence de 12 à 16 %). Malgré les incertitudes sur les causes et les stratégies efficaces, le PNNS prévoit de nombreuses actions pour un public jeune.

Quelques initiatives innovantes sont menées au plan local, mais restent isolées : système d'observation du Languedoc-Roussillon, conception d'outils pour les enseignants dans le Nord-Pas-de-Calais... L'organisation de petits-déjeuners dans les écoles est courante alors même que l'évaluation de cette action reste à faire et que la pertinence des collations, pratique répandue dans les classes maternelles, est contestée par certains experts.

Deux projets, conçus avant le PNNS, se distinguent nettement par leur ambition, leur approche globale et pluridisciplinaire, et leurs résultats :

- Fleurbaix-Laventie Ville Santé mobilise depuis 1992 la quasi-totalité de la population de deux communes du Pas-de-Calais : programme d'éducation nutritionnelle en milieu scolaire visant à influencer sur les comportements alimentaires de toute la famille (1992-1997), mise en place d'une politique de prévention et de prise en charge individualisée de l'obésité (à partir de 2002) ;
- l'opération menée, dans les collèges, à l'initiative du conseil général du Val-de-Marne depuis 2000 : formation des adolescents pour les aider à mieux maîtriser leurs choix, amélioration de la politique nutritionnelle des établissements.

En prévention secondaire, la prise en charge des jeunes obèses, après un éventuel dépistage par des médecins communautaires (santé scolaire et PMI) et de ville, constitue une urgence, le système hospitalier ne pouvant plus faire face et étant de surcroît inadapté (sauf complications, obésité pathologique...). Ces constats sont à l'origine des projets de réseaux ville-hôpital de prise en charge précoce de l'obésité de l'enfant, comme REPOP Ile-de-France, en phase de démarrage.

Le Val-de-Marne peut également faire état, en prévention secondaire, d'une approche originale, d'accompagnement et de suivi individuel des adolescents obèses. La prise en charge est éducative plutôt que médicale, s'appuie sur un réseau pluridisciplinaire, en privilégiant notamment le réseau sportif et les professeurs d'éducation physique. Les premiers résultats sont très encourageants, en terme de satisfaction des adolescents concernés, de modifications comportementales et d'évolution du poids.

Beaucoup reste à faire en matière de restauration scolaire. Deux questions mériteraient d'être davantage étudiées : l'offre alimentaire globale au sein des établissements et les consommations effectives des jeunes.

Plusieurs pistes se dégagent des expériences engagées : si un consensus sur une pédagogie positive, non stigmatisante et ludique s'établit au niveau des acteurs déjà impliqués, un large effort d'information sur ce thème reste à faire auprès de la population et des professionnels. Certains facteurs peuvent être considérés comme favorisant la réussite des actions : disposer d'un minimum de données de base pour évaluer, impliquer l'environnement proche des jeunes, agir dans la durée, avoir une approche pluridisciplinaire, mutualiser les ressources pédagogiques et méthodologiques.

Quant aux freins les plus souvent répertoriés, ils portent sur : les difficultés de financement, le faible investissement des médecins libéraux, la méconnaissance des outils, méthodes, expériences existants, la grande variabilité de l'intérêt porté par certains partenaires importants (cf. *supra*), la difficulté à sensibiliser les parents, enfin l'intégration du sport, primordial pour les enfants.

Recommandations

Le PNNS est volontariste et joue un rôle positif d'impulsion. Cependant, ses objectifs ambitieux risquent d'être difficiles à atteindre en cinq ans. L'indispensable poursuite d'une politique de prévention par la nutrition, au-delà de l'échéance du plan, devrait

conduire à s'interroger sur les ambitions dans la durée et à poser un certain nombre de priorités d'actions. Cette perspective à long terme suppose un investissement accru en matière d'évaluation.

Dans l'optique de certains experts, partagée par la mission, où les décisions individuelles doivent être largement favorisées par des actions collectives, deux axes stratégiques, certes particulièrement sensibles, doivent être approfondis : l'offre alimentaire et la communication.

Dans le champ de l'offre alimentaire, les réalisations du PNNS sont modestes alors que se pose notamment la question, à éclaircir, des partenariats avec les producteurs, et que les propositions d'actions formulées par les spécialistes de la nutrition restent sans suite (interdiction ou limitation de la publicité alimentaire destinée aux jeunes par exemple, comme en Suède). S'agissant de la communication institutionnelle, elle est, face au déferlement médiatique, peu adaptée (grandes campagnes nationales annuelles et plaquettes d'information). L'enjeu est d'être réactif, constamment présent, répétitif, décentralisé. La mission estime qu'il s'agit d'abord d'une question de conception, de méthode et d'organisation avant que d'être financière.

La simplification et une certaine pérennité des financements, la diversification et la mutualisation des outils disponibles constituent des pistes d'avancées rapides, moins problématiques, et réclamées par les acteurs de terrain.

Les partenariats que suppose une politique de prévention par la nutrition peinent à se mettre en œuvre. Les acteurs actuellement les plus impliqués sont ceux de la santé. Réaffirmer le caractère interministériel de cette politique et la repositionner comme telle, aux niveaux national et local, paraît nécessaire. De même, les rôles respectifs des divers échelons (central, régional, de terrain) gagneraient à être clarifiés. S'agissant de la méthode, la multiplicité et l'émiettement des actions doivent inciter à veiller à la cohérence des projets et à la mobilisation de tous les partenaires potentiels, certains étant incontournables (notamment les conseils généraux avec la PMI, l'école primaire et les organismes de protection sociale). Enfin, si, dans la chaîne dépistage / orientation / suivi et accompagnement de la prise en charge des personnes obèses ou à risque, la présence du médecin généraliste est souvent souhaitée, force est de constater que ni une définition précise de son rôle, ni les outils mis à sa disposition ne permettent de concrétiser ce vœu.

Telles sont les principales pistes qui, selon la mission, devraient guider la pérennisation d'une politique de santé publique de prévention par la nutrition, s'attachant à l'objectif ambitieux et difficile – sans équivalent dans les autres pays de l'Union européenne – de modifier les comportements de vie.

Résumé du rapport « La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents », présenté par Claire TROUVE, Patricia VIENNE et Bernard MARROT

Après avoir dressé un constat, ce rapport avance cinq propositions.

Constat

Des comparaisons établies avec les autres pays de l'Union Européenne il apparaît qu'en France, pratiques addictives, accidents, suicides chez les jeunes sont plus fréquents et plus meurtriers.

Ces comportements expriment souvent une souffrance psychique.

C'est pourquoi une politique de prévention précoce des troubles mentaux, d'éducation au risque et de prise en charge globale des adolescents dans leur environnement est nécessaire.

La mission a pu constater que la politique des plans régionaux de santé (PRS) a suscité une dynamique forte qui repose essentiellement sur la mobilisation des acteurs locaux. Les actions entreprises, le plus souvent en réseau, répondent aux besoins des jeunes. Cette démarche commence à mettre en œuvre les méthodes de santé communautaire, plus largement utilisées dans les pays anglo-saxons et scandinaves et se référant aux recommandations de l'organisation mondiale de la santé dans la charte d'Ottawa. Cependant, les PRS sont quelque peu victimes de leur succès : la cohérence entre ceux-ci peut devenir catalogue de projets locaux sans que soit clairement établie une hiérarchie entre les priorités.

Le caractère non-pérenne du financement des PRS est également un obstacle au maintien de structures légères d'accueil, d'écoute et d'appui psychologique qui constituent pourtant l'une des meilleures initiatives qu'il ait été donné à la mission d'observer.

La santé mentale est au cœur de toute stratégie de prévention efficace des comportements à risque des enfants et adolescents. Elle demeure le parent pauvre du système de santé, ce qui nuit à la prévention sanitaire qui, pour être efficace, doit être globale. Les différentes étapes du développement psychologique de l'enfant et de l'adolescent sont insuffisamment prises en compte. Il en va ainsi de la petite enfance, période cruciale des processus d'identification et d'apprentissage, qui nécessite une formation des parents et une mobilisation de réseaux de périnatalité véritablement interdisciplinaires. De même, une meilleure distinction des différentes étapes de l'adolescence s'impose pour une prévention conçue comme un accompagnement de l'adolescent dans ses expériences de prise de risque.

Le passage d'une vision tranchée de la santé mentale, identifiée à tort à la psychiatrie, à une vision de la santé mentale englobant tous les processus psychiques est encore un défi à relever. Alors qu'en France la prévention se fonde plutôt sur une stratégie défensive (actions par type de consommation de produit ou de conduite addictive), dans d'autres pays, au Québec notamment, la prévention se fonde sur une stratégie de promotion de la santé. Il s'agit de consolider l'estime de soi pour développer les stratégies de protection individuelles et collectives. La stratégie de prévention nécessite une pro-

fonde évolution de notre culture et de nos comportements, en particulier en amenant les parents et l'institution scolaire, non pas à renoncer à leurs rôles de référents, ce qui serait dommageable pour les jeunes, mais à aider les enfants et les adolescents à prendre progressivement leurs responsabilités. Les professionnels rencontrés sont unanimes à considérer que le système scolaire, par exemple, reste trop axé sur une conception réduite de la performance scolaire, au détriment de l'objectif de formation des autres aspects de la personnalité.

L'évolution de la démographie médicale oblige toutefois à repenser la place des différents professionnels de la santé mentale en se refusant à tout choix par défaut. Face à la pénurie de psychiatres dans un grand nombre de départements défavorisés économiquement ou à prédominance rurale, et face aux perspectives démographiques de cette profession (les plus défavorables parmi les disciplines médicales), il serait nécessaire d'organiser une nouvelle répartition des compétences entre les psychiatres, les psychologues et les infirmiers.

En considérant la part élevée de consultations pour un « mal-être » chez les médecins généralistes (les adolescents en constituant une part non négligeable), il est clair que la formation de ces médecins à l'écoute et à l'orientation des dépressés psychiques doit être renforcée. Les formes de participation des généralistes libéraux aux actions de prévention ont été évoquées avec leurs représentants ; l'idée d'une « consultation de prévention », distincte de l'acte médical classique, ne paraît pas recueillir beaucoup de suffrages. Celle d'un paiement au forfait de la participation à des actions en réseau semble recueillir plus d'échos favorables.

Il doit être, en tout état de cause, envisagé un **investissement prioritaire dans l'offre de formations complémentaires dans les disciplines de l'aide psychologique** et dans les métiers du développement communautaire à l'intention des professionnels sanitaires et sociaux expérimentés.

Les actions de prévention sanitaire ne sont pas menées assez précocement.

Il est acquis, d'un point de vue clinique, que la construction de la relation affective est un processus essentiel pour la construction de la personnalité de l'enfant dès la période de la préparation à l'accouchement. Cette relation affective inclut l'ensemble de la famille et pas seulement la mère, même si la place de cette dernière implique une attention particulière. Or, le constat doit être dressé que la période de la naissance est presque exclusivement l'objet, de la part de la médecine, d'une attention à l'état de santé physique de la mère et de l'enfant. Les réseaux de périnatalité sont un instrument fondamental de la prise en charge globale de la naissance et d'intéressantes expériences telles que celle du CHU de Lille montrent la voie. Il reste cependant beaucoup à faire, au plan national, pour l'extension de la politique des réseaux de périnatalité et pour l'instauration d'une bonne liaison entre ceux-ci et ceux de la santé mentale, de la PMI et de la médecine libérale (généraliste et pédiatrique).

Le carnet de santé de santé est un outil précieux de prévention sanitaire. Mais il ne contient pas d'informations suffisantes sur le développement psychique de l'enfant, ce qui serait également une des voies pour dé-stigmatiser le questionnement sur le bien-être psychique.

L'aide apportée aux parents pour acquérir des compétences éducatives repose largement sur l'initiative associative locale, souvent mise en place en réponse à des situations d'urgence. Le travail effectué par des associations telles que « L'école des parents » ou des associations créées localement à l'initiative de pédopsychiatres ou professionnels de l'aide (Nantes, La Roche-sur-Yon, Lannion, Guingamp, par exemple) est remarquable. Mais il risque de s'essouffler faute d'un financement pérenne.

Les services de PMI devraient jouer un rôle majeur dans la prévention sanitaire en direction des enfants comme en témoigne le service de PMI du Pas-de-Calais qui a mis en

place une prévention primaire globale en direction des jeunes de 0 à 20 ans. Mais la mission note que la moitié des départements dispose d'un service de PMI sous encadré à l'égard des normes fixées en application de la loi de 1989.

Le service de promotion de la santé en faveur des élèves consacre 70 % de son temps médical à la réalisation des bilans systématiques de santé dont l'intérêt est mis en cause par la quasi-totalité des experts et des professionnels de terrain. Cela détourne le service, aux moyens insuffisants par ailleurs, de missions plus ciblées sur des priorités sanitaires attestées par l'analyse des besoins. **Les actions de soutien individuel sont très limitées, de même que les actions de promotion de la santé.** L'appui aux élèves en situation de souffrance psychique repose surtout sur les infirmières de santé scolaire.

Le développement des « Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté » représente un progrès certain, ainsi que la mission a pu le constater aussi bien dans le Nord Pas-de-Calais, qu'en Pays de Loire ou en Bretagne. Son intérêt réside dans l'appel aux méthodes de santé communautaire qui rendent les élèves, participant à la vie des CESC, acteurs et pas seulement réceptacles plus ou moins passifs de messages d'information sanitaire.

Une forte attente existe en matière d'aide méthodologique, qu'il revient à l'INPES de satisfaire. En revanche, son positionnement doit être précisé. Le principe de la création de délégués régionaux est reçu avec inquiétude par des acteurs qui éprouvent des difficultés à se repérer dans un système institutionnel jugé trop complexe et par des responsables de CRES, déjà très engagés sur le terrain, qui s'interrogent sur leur rôle demain.

Propositions

Affirmer, dans le projet de loi quinquennale, la prévention sanitaire en direction des enfants et adolescents comme une des priorités nationales

Faire du soutien parental un des axes majeurs de la politique de la famille, notamment par les actions suivantes :

- en développant la prévention psychique de l'enfant et de sa famille dans les réseaux de périnatalité ;
- En donnant aux services de PMI des missions rénovées de prévention sanitaire et en mettant en œuvre un plan de rattrapage des effectifs ;
- En reconsidérant la conception du carnet de santé de l'enfant pour en faire un véritable vecteur de prévention sanitaire globale ;
- En proposant aux médecins libéraux, généralistes et pédiatres, un contrat de collaboration au travail en réseau rémunéré au forfait en contre partie d'engagements de formation, de participation à l'élaboration de projets d'aide individuelle à des jeunes pour la prise en charge de leur santé, à des programmes collectifs d'éducation et de promotion de la santé.

Accélérer la mise en œuvre du plan de santé mentale et préparer un plan de rattrapage dans le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile

Développer la téléphonie sociale comme outil permettant d'établir un lien avec les jeunes ;

Soutenir les PRS en faveur des enfants et adolescents, notamment ceux qui ont une approche globale de santé et s'articulent au travail en réseau :

Développer le rôle d'appui méthodologique de l'INPES

Résumé du rapport « La prévention sanitaire en milieu de travail », présenté par Hayet ZEGGAR, Jacques ROUX et Pierre de SAINTIGNON

Le dispositif de connaissance des risques sanitaires au travail n'est pas à la hauteur de l'enjeu et compromet l'efficacité des politiques de prévention.

La combinaison de nombreux facteurs renforce l'enjeu de prévention des risques sanitaires en milieu de travail, en particulier des maladies professionnelles.

L'arrivée massive et permanente de nouveaux processus, de nouvelles organisations du travail, de nouveaux produits et la tertiarisation de l'économie modifient en permanence la nature et la gravité des risques auxquels sont exposés les salariés. La mobilité croissante des trajectoires professionnelles, le difficile suivi des salariés en raison du développement des formes précaires d'emploi et d'entreprise compliquent encore la compréhension du risque. Le caractère diffus et différé de certains risques empêche concrètement la mise en œuvre de stratégies de prévention. De nouvelles organisations du travail suscitent des risques nouveaux, en particulier pour la santé mentale des salariés, dont le repérage et la reconnaissance sociale sont difficiles. Face à cela, les acteurs de la prévention se sentent démunis. Enfin, la traditionnelle « invisibilité » du risque sanitaire en milieu de travail rend plus difficile encore la perception des nouvelles formes de risque. Le monde du travail a marqué de tout temps une grande tolérance au risque.

Ces mutations des risques rendent d'autant plus nécessaire leur repérage précoce.

Un certain nombre de lacunes empêche ce repérage des risques émergents.

On manque d'abord de données exhaustives, centralisées et consolidées. La définition d'une politique de santé publique suppose que l'on puisse fixer des priorités en fonction des informations dont on se dote pour analyser l'existant : l'absence au niveau national de statistiques fiables empêche cette « priorisation » des actions de prévention. Pourtant, la santé au travail est animée par d'importants réseaux d'acteurs détenteurs de très larges informations scientifiques de terrain.

Cette contradiction apparente entre la multitude d'intervenants sur la santé au travail et l'insuffisante consolidation des observations de terrain est due à l'absence d'un système de veille scientifique, sanitaire et sociale mobilisant la recherche, les médecins, les salariés, les préventeurs et les employeurs.

Le dispositif de connaissance du risque n'est à l'évidence pas encore à la hauteur de cet enjeu en dépit de progrès récents : les limites de l'INRS, en terme de pilotage et, à tort ou à raison, de crédibilité, l'inertie de l'État, l'insuffisance quantitative du potentiel humain de recherche, révèlent la faiblesse historique de l'investissement public dans ce champ.

Cette faiblesse rend d'autant plus nécessaire la mise en réseau des organisations existantes. Or, la déconnexion de la santé au travail des institutions compétentes en matière de recherche et d'organisation de la médecine ne facilite pas le développement de compétences.

Le développement de l'expertise et de la pluridisciplinarité au sein de l'entreprise et dans l'intervention publique de contrôle est nécessaire.

La complexité du risque sanitaire au travail pose avec acuité la question de la qualité de l'expertise, de son autonomie et de sa mission et celle de la formation des acteurs.

La compréhension des risques et l'organisation de la prévention supposent de mobiliser des compétences techniques nombreuses et diversifiées au sein de l'entreprise ou dans son environnement. La question de la pluridisciplinarité du contrôle mérite donc d'être explicitement posée en clarifiant les positionnements relatifs au sein des services du travail des inspecteurs, des ingénieurs et des médecins.

Le champ d'intervention de l'inspection du travail est, lui aussi, de plus en plus complexe car il mêle à la fois l'éclatement de la collectivité de travail, la sous-traitance, le travail précaire, la complexité croissante des procédés et techniques mis en œuvre, la segmentation des compétences, le caractère diffus ou différé des risques. Or, les inspecteurs du travail sont des généralistes dont la formation initiale essentiellement juridique les prédispose peu au contrôle d'entreprises à hauts risques sanitaires.

En définitive, l'enjeu déterminant est de créer les conditions pour que soient apportés aux décideurs (gouvernement – partenaires sociaux), chacun en ce qui les concerne, les connaissances scientifiques nécessaires à la prise de décision ou à la tenue de négociations.

La mise en œuvre de la prévention des risques, éparpillée entre de nombreux acteurs et centrée sur l'entreprise, laisse peu de place aux préoccupations de santé publique.

La mission a noté les difficultés d'engagements, précis et concrets, des partenaires sociaux et en particulier des syndicats de salariés sur la question de la santé au travail, malgré le rôle important qui leur est donné à tous les niveaux de la gestion du risque. Les syndicats doivent, il est vrai, agir dans ce champ en tentant de concilier deux logiques parfois contradictoires : la performance économique et la santé des salariés. De là, naît un difficile équilibre, parfois ambigu, entre le nécessaire compromis social et l'exigence d'une politique de santé publique.

Les organisations syndicales reconnaissent, d'ailleurs, aujourd'hui ne pas être à la hauteur de l'enjeu, tant pour des raisons culturelles, que par manque de moyens techniques et financiers.

Il semble désormais nécessaire de repenser les politiques de prévention autour de l'idée que la santé au travail ne doit plus être la seule préoccupation de l'entreprise isolée de son contexte, mais une préoccupation plus globale concernant tout un site d'activité.

L'évaluation des risques

L'introduction récente de l'obligation pour les entreprises d'élaborer chaque année un document unique d'évaluation des risques renouvelle l'approche de la santé au travail en contraignant les acteurs à élargir leur réflexion au-delà des seules questions de sécurité.

Les entreprises sont inégalement outillées pour l'analyse et l'évaluation qui leur sont demandées, et tout particulièrement les plus petites d'entre elles. La mission a par ailleurs constaté que chaque organisme de prévention avait établi des brochures particulières pour expliquer et faciliter cette démarche. Il en résulte une diversité d'approches qui laisse une grande liberté aux entreprises dans leur manière d'appréhender la rédac-

tion du document unique et dans l'appui qu'elles peuvent attendre des organismes de prévention. Cette expression éclatée peut conduire à une certaine surenchère et à de la méfiance vis-à-vis des préventeurs.

Or, l'évaluation des risques constitue une opportunité unique pour faire avancer la prévention sanitaire dans les entreprises, mais elle exige un positionnement nouveau de la part des acteurs de l'entreprise et des interventions complémentaires.

L'avenir de la médecine du travail

Financée et organisée par les employeurs, exclusivement préventive et contrôlée par les salariés, la médecine du travail est aujourd'hui la seule spécialité médicale qui ne dépend pas du ministère de la santé. Les acteurs qui pilotent l'institution de la santé au travail, c'est à dire les partenaires sociaux et le ministère du travail sont étrangers à la logique de santé publique. La médecine du travail échappe en outre à toute évaluation de ses pratiques médicales.

La médecine du travail se caractérise par l'impératif de présence sur le terrain auprès des salariés afin de connaître leurs conditions réelles de travail et auprès des employeurs afin de les conseiller. La mission a pu constater la grande difficulté d'application d'un tiers temps réel eu égard au temps nécessaire à la conduite des visites annuelles obligatoires.

Par ailleurs, les organisations syndicales militent en faveur de l'abandon du certificat d'aptitude qui contribue selon elles à donner une mauvaise image du médecin du travail auprès des salariés. Ce certificat, qui est l'héritage de la médecine légale, n'a plus de signification réelle aujourd'hui. Elles proposent de substituer le système de déclaration de l'aptitude au poste, par un système d'aptitude du poste.

En tout état de cause, les organisations syndicales souhaitent éviter que la combinaison entre l'exigence positive de pluridisciplinarité et la contrainte de démographie médicale ne conduise à une réduction du volet médical de la prévention.

Les syndicats de médecins du travail sont cependant très inquiets de la « balkanisation » de leur mission. La mise en œuvre de la pluridisciplinarité, telle qu'elle s'annonce, menace selon eux la médecine du travail dans la mesure où l'absence d'articulation organisée entre les professions combinée à la pénurie de médecins peuvent faire craindre qu'à terme elle soit dépossédée de sa fonction d'intervention sur les lieux de travail.

Pour l'affirmation d'une politique de santé au travail clairement identifiée

Les propositions d'évolution avancées par la mission, tiennent compte de l'enjeu principal qui est de réussir à sortir le risque professionnel de la seule approche obéissant à la logique de l'entreprise, pour l'ouvrir à la logique de la sécurité sanitaire, et de faire de la santé au travail un objet de politique de santé publique, et non une variable d'ajustement dans les relations sociales.

Le caractère interministériel de la prévention sanitaire en milieu de travail doit être reconnu, tout comme le rôle essentiel que les partenaires sociaux doivent jouer dans la politique de gestion du risque. Le contexte actuel qu'il soit jurisprudentiel, législatif ou réglementaire conduit à placer la santé au travail au centre des préoccupations de tous les acteurs et à apporter une réponse globale, puisque dans le même temps, au niveau des entreprises, l'évaluation des risques introduit une dynamique de changement.

Cette politique doit garantir la santé au travail de tous les salariés et tout au long de leur vie professionnelle.

Pour cela, l'État doit assumer sa responsabilité de maître d'œuvre dans la connaissance, l'évaluation et l'expertise de la santé au travail pour en garantir l'indépendance, le caractère contradictoire et la transparence. Il lui appartient également de fixer les orientations et les priorités de cette politique après un débat public, et tout particulièrement avec les partenaires sociaux. Cela suppose un engagement politique à long terme pour inscrire ce sujet dans la durée. A ce titre, la santé au travail pourrait tout à fait constituer un programme au sens de la loi organique sur les lois de finances.

Par ailleurs, l'établissement d'une convention d'objectifs et de gestion (COG), laissant sa place aux enjeux de santé publique au travail, entre l'État et la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP) constitue une exigence prioritaire. Par ailleurs, le système de tarification est aujourd'hui beaucoup trop complexe et morcelé. Il pourrait être plus attractif d'utiliser un système drastique « de bonus-malus ».

La création d'une agence de santé sanitaire au travail, de préférence autonome plutôt qu'insérée dans un ensemble de caractère plus général permettrait, à cet égard, de mieux assumer la fonction scientifique préalable au débat public et à la décision politique. Il en est de même du système de veille, l'INVS étant un sérieux atout puisqu'il dispose d'une unité santé au travail en voie de développement et du réseau des cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE).

Le conseil supérieur de la prévention des risques professionnels est l'instance de concertation naturelle pour examiner et arrêter les modalités de mise en œuvre des priorités de la politique de santé au travail fixées par les ministres. Pour exercer cette responsabilité, la représentativité du conseil supérieur doit être élargie.

Au niveau de chaque région et pour assurer la cohésion et l'efficacité de cette politique, deux instances l'une de concertation, l'autre à caractère médical et scientifique, pourraient être mises en place. Les actuels comités régionaux de coordination auraient en charge, au sein du comité régional de concertation, la préparation et l'organisation des débats ainsi que la tenue du secrétariat et l'exploitation des documents d'évaluation des entreprises. En matière de recherches, d'épidémiologie, de veille et probablement de formation, une instance administrative régionale spécialisée et consultative aurait en charge le pilotage scientifique de la médecine du travail.

Les médecins inspecteurs régionaux du travail (MIRT) doivent être confirmés dans leur rôle au sein des DRTEFP.

L'instauration d'une politique de santé au travail, tel que ce rapport la conçoit repose sur une politique de contrôle des conditions de travail qui permettent de s'assurer de son efficacité. La priorité doit d'abord être donnée à la constitution de sections d'inspection du travail spécialisées et pluridisciplinaires. Pour couvrir l'ensemble du territoire régional, un réseau de référents sur les principaux risques permettrait de conforter le travail des sections d'inspection. La politique par objectif fondé sur le diagnostic territorial qui devra accroître sa pertinence sur le risque professionnel constitue un atout supplémentaire.

Résumé du rapport « La prévention sanitaire des maladies sexuellement transmissibles », présenté par le docteur Anne-Chantal ROUSSEAU-GIRAL et Eric SCHMIEDER

Dans une première partie, les rapporteurs constatent que la répartition des compétences sanitaires entre l'État (responsable de la prévention du VIH SIDA) et les collectivités territoriales (responsables de la prévention des MST et de la tuberculose) ne favorise pas la cohérence des politiques sanitaires, car elle ne répond pas à une logique globale de santé publique. Par ailleurs, les investigations conduites sur place mettent en évidence des implications plus ou moins fortes des acteurs locaux en fonction des priorités qu'ils se sont fixées. Certains départements, où la prévalence des pathologies étudiées est préoccupante, sont très fortement organisés, d'autres ont délégué par convention une partie de leurs attributions à d'autres structures, notamment aux centres hospitaliers.

La mission a constaté que le défi de l'infection à VIH avait engendré un modèle nouveau d'organisation de la prévention fondé principalement sur la prévention des conduites à risques. Toutefois, elle a remarqué que le relâchement récent des comportements de prévention face au VIH SIDA et aux MST incite à renforcer la prévention à tous les niveaux. En effet, alors que l'évolution de ces pathologies semblait maîtrisée, des clignotants d'alerte se sont allumés indiquant la réapparition de certaines MST et de la tuberculose. Cette évolution laisse craindre une recrudescence de nouveaux cas de VIH SIDA dans les années à venir d'autant que les modes de contamination concernent dorénavant un éventail plus large de populations.

Enfin la mission attire l'attention sur la nécessité de renforcer la surveillance épidémiologique et de donner les moyens d'une véritable alerte sanitaire.

Dans une deuxième partie, le rapport décrit les politiques de prévention mises en place dans les cinq départements à prévalence forte qu'elle a visités : Paris, Hauts-de-Seine, Val-de-Marne, Seine-Saint-Denis et Bouches-du-Rhône, ainsi que dans deux départements à prévalence moins forte : le Calvados et l'Eure. Le rapport constate que les démarches, assez diversifiées, privilégient une prise en charge globale des problèmes sanitaires dans les départements à forte prévalence et une délégation des missions dans les autres départements. Hormis le cas de Paris, dont les dispositifs de prévention-dépistage restent cloisonnés par pathologies, les quatre départements de la petite couronne ont mis en place des structures transversales avec une forte prise en compte des besoins exprimés par les usagers. Il est apparu que l'efficacité de ces actions reposait sur un maillage des relais associatifs souvent issus des communautés. Des réseaux se sont ainsi organisés contribuant à développer une stratégie de prévention communautaire.

Dans une troisième partie, la mission propose un certain nombre de recommandations :

D'abord une recommandation d'ordre général,

– le souci d'assurer à tous une égalité de l'offre de prévention, tout en encourageant les efforts très positifs et la dynamique de réseau partenariale élaborée depuis des années par certains départements très motivés, a conduit la mission à préconiser une reprise en main des politiques de prévention par l'État avec délégation à ceux des départements qui se sentent impliqués sur la base d'un cahier des charges établi au niveau national.

Puis des recommandations plus spécifiques,

- le renforcement du dispositif de surveillance des MST et de la tuberculose
- la mise en place d'un système d'alerte réactif
- le rapprochement, obéissant à une logique de santé publique, des centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH et de l'hépatite C et des dispensaires antivénériens
- une réflexion stratégique sur le dépistage des MST les plus préoccupantes, notamment les infections à chlamydiae, souvent latentes
- l'harmonisation des données enregistrées lors des consultations des dispensaires antivénériens (mise en place d'un dossier commun, mise en réseau de l'ensemble de ces dispensaires avec l'INVS)
- l'harmonisation des stratégies de prévention et de traitement des MST, et la diffusion de ces recommandations de bonnes pratiques à l'ensemble des médecins
- l'organisation de formations appropriées pour les professionnels concernés
- l'amélioration de l'accès aux soins pour les populations les plus menacées qui bénéficient encore trop rarement d'un dépistage et d'un traitement précoces, notamment en matière de VIH SIDA
- un large recours aux associations pour développer les actions de proximité
- l'adaptation des supports de communication et du contenu des messages aux comportements des publics-cibles
- le maintien en continu d'une information généraliste, et parallèlement la relance de campagnes sur les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA ciblées sur les publics jeunes.

Annexe 3

Liste des sigles utilisés

- ADEME** : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
- AFSSA** : agence française de sécurité sanitaire des aliments
- AFSSAPS** : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- AFSSE** : agence française de sécurité sanitaire environnementale
- AFTAM** : association « Accueil et Formation
- AGEFIPH** : association pour la gestion du fonds d'insertion des personnes handicapées
- ANACT** : agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
- ANAES** : agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé
- ANPA** : association nationale de prévention de l'alcoolisme
- ANVAR** : agence nationale de valorisation de la recherche
- APA** : allocation personnalisée d'autonomie
- APHEA** : air pollution and health : European Approach
- AP-HP** : assistance publique-hôpitaux de PARIS
- APPA** : association pour la prévention de la pollution atmosphérique
- APS** : accueil prévention santé
- ARH** : agence régionale de l'hospitalisation
- ASE** : aide sociale à l'enfance
- ATC** : action thématique concertée
- BASIAS** : base de données sur les anciens sites industriels et activité de service
- BASOL** : base de données sur les sites et sols pollués appelant des actions des pouvoirs publics
- BIT** : bureau international du travail
- BRGM** : bureau de recherches géologiques et minières
- CANAM** : caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles
- CDAG** : centres de dépistage anonyme et gratuit
- CDC** : center for disease control (États-Unis)
- CDES** : Comité départemental d'éducation pour la santé
- CDH** : comité départemental d'hygiène
- CEA** : commissariat à l'énergie atomique
- CEE** : communauté économique européenne
- CEMAGREF** : centre national du machinisme agricole, du génie rural, des eaux et des forêts

CERTU, centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques

CFC : chlorofluorocarbones

CFES : comité français d'éducation pour la santé

CHSCT : comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail

CIRE : Cellule inter régionale d'épidémiologie

CIRES : cellule inter régionale d'épidémiologique de la santé

CITEPA : Centre interprofessionnel technique d'études de la pollution atmosphérique

CLIS : Commission locale d'information et de surveillance

CLSC : centre local de services communautaires

CMP : centre médico-pédagogique

CMU : couverture maladie universelle

CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

COMEAP : committee on the medical effects of air pollution

COV : Composés organiques volatils

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPE : conseiller principal d'éducation

CPP : Comité de la précaution et de la prévention

CRAM : caisse régionale d'assurance maladie

CRES : comité régional d'éducation pour la santé

CRS : conférence régionale de santé

CSHP : conseil supérieur de l'hygiène publique

CSHPF : Conseil supérieur d'hygiène publique de France

CSPRP : cadre stratégique de réduction de la pauvreté

CSST : centre spécialisé de soins aux toxicomanes

CSTB : Centre scientifique et technique du bâtiment

CTN : centre de technologie nouvelles

CTNP : comité technique national de prévention

CTRI : comité technique régional et interdépartemental

DARES : direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques

DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DDE : Direction départementale de l'équipement

DDTEFP : direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

DEEEE : Direction des études économiques et de l'évaluation environnementale

DGAS : direction générale de l'action sociale

DGCCRF : direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes

DGHUC : Direction générale de l'habitat, de l'urbanisme et de la construction

DGS : direction générale de la santé

DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DJT : Dose journalière tolérable

DOTS : *directly observed treatment short course*

DPPR : Direction de la prévention des pollutions et des risques

DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DREES : direction de l'évaluation, de la recherche et des études statistiques

DRIRE : direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement

DRT : Direction des relations du travail

DRTEFP : direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

DSEIO : Dose sans effet indésirable observé

EDR : Etude détaillée des risques

EFG : établissement français des greffes

EFS : établissement français du sang

EMAS : Environmental and management audit system

ENSP : Ecole nationale de santé publique

ERAP : État de risque d'accessibilité au plomb

ESB : Encéphalopathie spongiforme bovine

ESR : Etude simplifiée des risques

FAQSV : fonds d'aide à la qualité des soins de ville

FNPEIS : fonds national de prévention, d'éducation et d'information pour la santé

FNS : fonds national de solidarité

GTR : groupe technique régional

HAP : Hydrocarbures aromatiques polycycliques

HCPS : haut comité de la santé publique

HQE : Haute qualité environnementale

ICPE : Installation classée pour la protection de l'environnement

IFEN : Institut français de l'environnement

IFREMER : Institut français de recherche pour l'exploitation de la mer

IGE : Inspection général de l'environnement

INERIS : Institut national de l'environnement industriel et des risques

INPES : Institut national de prévention et d'éducation de la santé

INRA : Institut national de la recherche agronomique

INRS : Institut national de recherche et de sécurité

INRTS : Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
INSPQ : institut national de santé publique du Québec
INVS : Institut national de veille sanitaire
IRD : Institut de recherche pour le développement
IRSN : Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
ISEA : International society of exposure analysis
ISEE : International society for environmental épidémiology
ISO : International standard organisation
IVG : interruption volontaire de grossesse
LCPC : Laboratoire central des ponts et chaussées
LERES : Laboratoire d'étude et de recherche en environnement et santé
LMR : Limite maximale de résidus
MILDT : mission interministérielle de lutte contre les toxicomanies
MISE : Mission inter services de l'eau
MSA : mutualité sociale agricole
MST : maladies sexuellement transmissibles
OFDT : Observatoire français des drogues et toxicomanies
OPPRI : Office de protection contre les rayons ionisants
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONISR : Observatoire national interministériel de sécurité routière
OPPBTP : office professionnel paritaire du bâtiment et des travaux publics
OQAI : observatoire de la qualité de l'air intérieur
ORS : observatoire régional de la santé
OST : observatoire des sciences et des techniques
PASE : Plan d'action en santé environnement
PCRD : programme cadre recherche et développement
PDU : Plan de déplacement urbain
PIB : produit intérieur brut
PM : 10 Particule dont le diamètre aérodynamique médian est inférieur à 10 micromètres
PMI : protection maternelle et infantile
PNNS : plan national nutrition santé
PPA : Plan de protection de l'atmosphère
PRAM : plan régional d'assurance maladie
PRAPS : plan régional d'accès à la prévention et aux soins
PRASE : Plan régional d'action en santé environnement

PRQA : Programme régional pour la qualité de l'air
PRS : Programme régional de santé
PRS : programme régional de santé
QALY : Quality adjusted life year
RIVM : Institut national de santé publique et d'environnement (Pays-Bas)
RMI : revenu minimum d'insertion
RNSP : Réseau national de santé publique
ROR : rougeole, rubéole et oreillons
SASHU : Small area health statistics unit (Royaume Uni)
SCHS : services communaux d'hygiène et de santé
SISE-EAUX : Système d'information en santé environnement-eaux
SPPPI : Secrétariat permanent pour la prévention des risques industriels
URCAM : Unions régionale des caisses d'assurance maladie
US-EPA : United states-environmental protection agency (État-Unis)
VG : Valeur guide
VSEI : Volet sanitaire des études d'impact
VTR : Valeur toxicologique de référence
ZEP : zones d'éducation prioritaire



Table des matières

Préface	3
Sommaire	5
Introduction	7
Première partie	
Des enjeux d'importance et de complexité croissantes	13
Chapitre 1	
Les problèmes de santé publique actuels mettent en relief l'importance des politiques de prévention	17
Une tendance commune à la plupart des pays développés, l'amélioration des indicateurs d'état de santé de la population	17
Une augmentation générale de l'espérance de vie dans tous les pays riches	17
La France très bien placée en termes d'indicateurs globaux	19
Une importante mortalité prématurée évitable en France	20
Les cancers, les accidents et les suicides, principales causes de la mortalité prématurée	22
Des inégalités sociales de santé marquées	26
Des inégalités sociales et spatiales de santé	26
Des différences sociales de mortalité prononcées	26
Les inégalités de morbidité : peu de données françaises	29
La montée des facteurs de risque liés aux modes de vie des pays contemporains	30
Consommation de tabac et d'alcool, deux facteurs importants de risque de pathologies évitables	30
SIDA, infections sexuellement transmissibles, tuberculose, un danger qui perdure	33
La nutrition, un enjeu de santé publique renouvelé	38
Deux enjeux primordiaux de la prévention, les risques du milieu et le développement des comportements à risques chez les jeunes	39
Des comportements à risques qui se développent à l'adolescence	40
Le risque environnemental, une inquiétude pour les citoyens	46
Les facteurs professionnels, une part des déterminants de santé sous-estimée	49
Chapitre 2	
La promotion de la santé devient une préoccupation internationale	53
L'Organisation mondiale de la santé joue un rôle moteur dans le domaine de la santé publique	53
Une influence structurante en faveur de la promotion de la santé	53
L'élargissement des terrains d'intervention de l'OMS en direction des pays développés	56

L'Union européenne renforce sa stratégie sur la santé au travail et s'investit progressivement dans la santé publique	58
La santé au travail : une stratégie d'intervention qui se renforce	58
La santé publique : une montée en puissance progressive	59
Royaume-Uni, Finlande, Province du Québec au Canada, trois cas analysés	61
La lutte contre les inégalités sociales de santé, une priorité	61
La recherche d'une approche globale, commune à l'ensemble des services sanitaires et sociaux ..	63

Chapitre 3

La prévention se prête mal aux modes d'action publique traditionnels	67
Les acquis de notre système de prévention	67
La prévention, une acception de plus en plus large ?	68
Nouveaux enjeux de la santé publique	68
Prévention et promotion de la santé	69
Soins curatifs et soins préventifs, une frontière difficile à tracer	71
La prévention : des légitimités et des compétences partagées	74
Un champ d'une grande diversité	74
Des acteurs multiples aux logiques divergentes	75
Limites et incertitudes de la prévention	79
Le caractère multifactoriel des déterminants de santé	80
Le caractère évolutif des risques : l'exemple du risque professionnel	82
L'épidémiologie, une connaissance parmi d'autres	84
Les limites de la promotion de la santé	86
Une évaluation de plus en plus complexe	88
Deux exemples de stratégie de santé publique : la limitation des pollutions, la prévention des déséquilibres alimentaires	91
Difficultés et limites d'une politique normative et d'autorisation préalable : l'exemple de la prévention des pollutions chroniques	91
Difficultés d'une politique de prévention des comportements à risques : l'exemple de la nutrition	97

Chapitre 4

Les problèmes éthiques posés par la prévention	101
Intérêt général et bénéfices individuels	102
La prévention, au risque de la stigmatisation ?	103
Prohibition du risque ou réduction des risques ?	105

Deuxième partie

Une place subsidiaire dans le système de santé français	107
--	-----

Chapitre 1

Le système de santé français est centré sur l'offre de soins ...	109
---	-----

La difficile affirmation de la priorité de santé publique	109
Le périmètre restreint de la prévention	111
L'improbable évaluation financière des politiques de prévention	112
Un mode de financement favorisant les cloisonnements structurels.	115
Prévention et gestion du risque maladie : un exemple de frontière problématique.	116

Chapitre 2

Des compétences enchevêtrées

Le morcellement des compétences et des missions de prévention.	121
Le partage des compétences entre l'État et les départements ne favorise pas la cohérence des actions.	122
Les modalités d'exercice de leurs compétences sanitaires par les départements sont contrastées.	124
Les communes : un réinvestissement du champ de la santé.	127

Chapitre 3

La crise de la médecine préventive

La crise de la médecine du travail.	132
Une pratique éloignée des préoccupations de santé publique	132
La visite médicale systématique en question : du contrôle de l'aptitude à la santé au travail	134
La démographie médicale en baisse : la nécessaire réorientation des priorités	136
La double nécessité d'une indépendance et d'une pluridisciplinarité renforcées.	136
La crise de la prévention en milieu de travail dépasse largement celle de la médecine du travail. .	138
La médecine préventive en direction des enfants : une approche encore trop centrée sur le bilan de santé	141
Les services de PMI jouent un rôle majeur dans la mise en place des actions de prévention en direction des enfants	141
L'activité de santé scolaire reste majoritairement tournée vers des bilans de santé systématiques.	143
Les missions des centres d'examen de santé en voie de redéfinition.	149

Chapitre 4

Le rôle et la formation des médecins en prévention sont mal appréhendés

À l'étranger comme en France, le rôle du médecin dans la prévention est en question	154
L'implication des médecins généralistes dans la prévention : un défi constant, l'exemple du Royaume-Uni.	154
Vers un accroissement du rôle des infirmières.	155
En France, le difficile passage de l'acte préventif à l'action de prévention	157
Les relations ambiguës de la médecine libérale et de la prévention	157
La frontière problématique du sanitaire et du social	160
Un appareil de formation à la santé publique cloisonné entre professionnels et disciplines	164
Un besoin général de formation en santé publique.	164
L'enseignement spécialisé de la santé publique est globalement pauvre et segmenté	165
La formation des médecins à la prévention s'est dans l'ensemble améliorée	167

Chapitre 5

Les faiblesses de la recherche et de la surveillance	171
La recherche sur la santé au travail, une discipline délaissée	171
Le retard français en matière de recherche en santé environnementale	174
Un état des lieux peu flatteur	174
L'année 2002 pourrait marquer une inflexion pour la recherche en santé environnement	177
Des défauts dans les dispositifs de surveillance	177
SIDA et infections sexuellement transmissibles, un système d'alerte en partie artisanal	177
Le risque professionnel n'est pas surveillé	185
Une connaissance encore lacunaire de la pollution des milieux	186

Troisième partie

Des modes d'intervention trop cloisonnés	199
---	-----

Chapitre 1

Un processus national de programmation en mal de continuité ..	203
L'effort de structuration de la politique de santé a engendré des progrès inégaux ..	203
L'essor de la réflexion sur les priorités de la politique de santé au cours de la dernière décennie ..	203
La multiplication des plans et des programmes nationaux de santé	204
Un processus de programmation aux résultats contrastés	206
Difficultés et réussites de la planification des actions de prévention des addictions	211
La prévention des risques du milieu, une absence de planification	213
Les risques professionnels, un manque d'anticipation	213
La planification de la prévention des risques environnementaux, une fonction délaissée	215
En fin de compte, un processus de programmation à la recherche d'une cohérence d'ensemble	219

Chapitre 2

La dynamique régionale a parfois été entravée par les rigidités centrales	223
Les plans régionaux de santé, un élément de dynamisme de la santé publique	223
La dynamique des plans régionaux de santé est réelle	223
Les programmes régionaux d'accès aux soins et à la prévention, un mode de planification régionale trop encadré	226
La dynamique et l'originalité régionales pâtissent parfois d'une démarche trop centralisée	228
Catalogue d'actions ou réseau régional de santé publique ?	230
L'assurance maladie concilie mal planification régionale et gestion centralisée	236
Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, une logique d'intervention de moins en moins lisible	236
La diversité et l'enchevêtrement non maîtrisés des modes de planification	239
Les rigidités et rivalités centrales se répercutent en région	241
L'administration centrale à la recherche du bon positionnement	241
État et Caisse nationale d'assurance maladie : rivalité ou collaboration ?	242

En région, un « syndrome de la fidélité paradoxale »	244
La tentation de l'organisation descendante.	245
Les difficultés de l'action interministérielle	249

Chapitre 3

Les politiques de prévention peinent à mobiliser les acteurs 253

Un effort récent pour mobiliser les professionnels de santé	253
La participation des professionnels de santé aux actions de prévention n'est pas organisée	253
Les outils pour un travail de santé publique sont très récents	255
La difficulté à mobiliser d'autres professionnels	257
Le travail avec les producteurs de risque est à peine entamé.	258
La difficile participation des usagers	260

Chapitre 4

La politique de prévention est à la recherche de nouveaux cadres d'intervention. 263

Une conception figée de l'égalité	263
Égalité, homogénéité	263
Les mauvais résultats en matière d'égalité de l'action centralisée.	264
La nécessité d'une action ciblée	265
Les résultats décevants de la lutte contre le tabagisme au Québec ont amené une réorientation vers des politiques plus ciblées	266
L'exemple de la lutte contre le SIDA et les IST	268
Le retard français en santé communautaire	272
Les exemples étrangers.	272
La difficulté de la territorialisation.	276

Quatrième partie. 277

Pour une politique de prévention durable et partagée. 277

Principe d'action

Fonder la politique de prévention sur des valeurs de responsabilité et de participation 285

Préférer la promotion de la santé à l'injonction	286
Promouvoir davantage l'éducation pour la santé.	287
Faire participer les usagers, encore et toujours	288
Organiser l'accès aux données de l'observation, de la recherche et de l'expertise.	290
Donner aux instances de concertation les moyens d'une efficacité réelle.	291
Renforcer le rôle des comités départementaux d'hygiène	291
Confier un rôle accru au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels	291

Faire bénéficier tout salarié des services des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)	292
--	-----

Principe d'action

Privilégier davantage les approches sélectives, communautaires et territoriales	295
--	-----

Réorienter l'activité des services de médecine préventive vers des stratégies de santé publique	295
--	-----

Inscrire l'action de la protection maternelle et infantile dans un véritable réseau de prévention pour l'enfance	295
--	-----

Orienter l'activité de la médecine scolaire vers le dépistage ciblé et la promotion du bien-être à l'école	298
--	-----

Mettre la prévention collective des risques au centre des missions de la médecine du travail	300
--	-----

Intégrer les centres d'examen de santé dans les programmes de dépistage organisé	300
--	-----

Destiner les nouvelles formes de consultation de prévention aux populations qui en ont le plus besoin	301
--	-----

Développer les démarches territoriales et de santé communautaire	302
---	-----

Généraliser le recours aux relais communautaires en matière de prévention de l'infection VIH	304
--	-----

Développer des réseaux d'accueil et d'écoute des enfants et des adolescents	305
---	-----

Mieux adapter les messages aux différentes cibles	306
--	-----

Campagnes « SIDA » : ne pas en rester à des messages généralistes	306
---	-----

Systématiser les actions d'éducation sexuelle en milieu scolaire	308
--	-----

Saturnisme et risques du milieu : mettre en œuvre des campagnes de communication et d'éducation en direction des personnes exposées	309
---	-----

Principe d'action

Promouvoir une dynamique de la multidisciplinarité plus que de la spécialisation	311
---	-----

Mieux intégrer soin et prévention	312
--	-----

Adapter l'administration sanitaire aux exigences de la nouvelle politique de santé publique	313
--	-----

Conserver à l'INPES son caractère d'administration de mission	314
--	-----

Mieux former et rémunérer les professionnels impliqués sans créer une profession statutaire de la prévention	315
---	-----

Principe d'action

Définir des sphères de responsabilités cohérentes et non étanches	317
--	-----

Rendre plus efficace l'action interministérielle et assurer la continuité de la politique de santé publique	318
--	-----

Faire fonctionner l'action interministérielle dans le domaine de l'environnement	319
--	-----

Assurer la continuité de la politique de santé publique	321
---	-----

Clarifier la répartition des compétences entre l'État et l'assurance maladie	322
---	-----

Reconnaître la vocation de l'assurance maladie à participer à l'élaboration de la politique de prévention.	322
L'assurance maladie doit mieux s'insérer dans les politiques nationales et régionales, en particulier via la déconcentration du fonds national de prévention	324
Mettre en place en région une administration de l'État responsable et coordonnée. . .	325

Principe d'action

Concentrer l'action de l'État central sur ses missions de stratégie et de garant de l'intérêt général.	329
Rééquilibrer les rôles respectifs des services centraux et régionaux de l'État	329
Rationaliser la répartition des compétences entre l'État et les collectivités territoriales	331
Faire une place à la Région dans les dispositifs de pilotage de la politique de prévention	332
Mettre en place un dispositif unifié d'accueil, de dépistage et de traitement pour les infections sexuellement transmissibles	332
Concrétiser le projet de plan national en santé environnement	333
Améliorer la cohérence de la politique normative dans le domaine de l'environnement	335
Créer les conditions d'une meilleure contribution française à la production scientifique internationale.	335
Améliorer l'efficacité de la prévention par les normes	335
Développer une approche transversale de la prévention des pollutions	336
Réduire les pollutions à la source	336
Construire une politique nationale de prévention des risques professionnels	337
Bâtir une politique interministérielle	337
Renforcer et mieux coordonner la politique régionale de santé au travail.	338
Mieux articuler les politiques de santé dans l'environnement et de santé au travail	340
Faire payer davantage les producteurs de risques	341

Principe d'action

Renforcer les connaissances, les savoir-faire et les outils de la prévention.	343
Donner plus de moyens à une recherche pluridisciplinaire et indépendante	343
Construire un système de surveillance en santé environnement	344
Développer un outil public de recherche et d'évaluation du risque professionnel	345
Développer la recherche en éducation pour la santé	346
Renforcer et développer la formation à la santé publique	347
Créer un « grand établissement public scientifique, culturel et professionnel » de santé publique. . .	347
Mieux former les professionnels de santé à la prévention, en formation initiale comme en formation continue	348
Développer les formations interprofessionnelles	349
Développer les formations pluridisciplinaires par la formation continue.	350
Mobiliser l'ensemble des professionnels concernés par la prévention.	351
Développer les formules d'incitation aux bonnes pratiques de prévention en direction des professionnels de santé	351

Encourager la pratique des réseaux.	351
Récapitulatif recommandations pour une politique de prévention durable.	354
Fonder la politique de prévention sur des valeurs de responsabilité et de participation	354
Privilégier davantage les approches sélectives, communautaires et territoriales	354
Promouvoir une dynamique de la multidisciplinarité plutôt que de la spécialisation.	355
Définir des sphères de responsabilité cohérentes et non étanches	355
Concentrer l'action de l'Etat central sur sa mission de stratège et de garant de l'intérêt général. .	356
Renforcer les connaissances, les savoir-faire et les outils de la prévention.	357

Annexes

Annexe 1 Liste des personnes ayant contribué à ce rapport

Annexe 2 Résumés des rapports d'enquête thématique élaborés dans le cadre de la préparation du rapport public

Résumé du rapport « Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire », présenté par Danièle JOURDAIN-MENNINGER et Mathilde LIGNOT-LELOUP.	363
Résumé du rapport « Les métiers de la prévention sanitaire », présenté par Jean-Paul Bastianelli, Marc DUPONT et Michel THIERRY.	365
Des effets de système incertains	367
Le rapport se concluant par les propositions suivantes	368
Résumé du rapport « Prévention des risques sanitaires liés aux pollutions chroniques », présenté par Christine LACONDE et Pierre DELOMENIE	369
La difficile prise en compte des préoccupations sanitaires liées aux pollutions chroniques	369
Une connaissance et une évaluation des risques encore rudimentaires	369
Une prévention essentiellement collective et fondée sur des dispositifs réglementaires.	370
Les propositions	371
Résumé du rapport « La prévention sanitaire par une bonne hygiène nutritionnelle », présenté par Anne AMSON et Françoise BAS-THERON	372
Les politiques nutritionnelles de santé publique sont complexes à concevoir et à mettre en œuvre	372
Des politiques surtout portées par le PNNS, qui impulse une réelle dynamique mais rencontre des limites	373
Illustration d'un axe d'action « sur le terrain » : une question sensible, la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant	373
Recommandations	374
Résumé du rapport « La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents », présenté par Claire TROUVE, Patricia VIENNE et Bernard MARROT	376
Constat	376
Propositions	378
Résumé du rapport « La prévention sanitaire en milieu de travail », présenté par Hayet ZEGGAR, Jacques ROUX et Pierre de SAINTIGNON.	379
Le dispositif de connaissance des risques sanitaires au travail n'est pas à la hauteur de l'enjeu et compromet l'efficacité des politiques de prévention.	379
La mise en œuvre de la prévention des risques, éparpillée entre de nombreux acteurs et centrée sur l'entreprise, laisse peu de place aux préoccupations de santé publique.	380

Pour l'affirmation d'une politique de santé au travail clairement identifiée	381
Résumé du rapport « La prévention sanitaire des maladies sexuellement transmissibles », présenté par le docteur Anne-Chantal ROUSSEAU-GIRAL et Eric SCHMIEDER	383
<hr/> Annexe 3 Liste des sigles utilisés.....	385