

## Vers la reconnaissance et le financement de la prévention

Parce que la consommation des produits psychoactifs constitue un déterminant majeur de morbi-mortalité et pèse lourd en termes de coût social et humain, la prévention des conduites addictives doit constituer un axe prioritaire de la politique de santé publique.

Pour autant, cette prévention, comme la prévention en général, continue d'occuper une place secondaire dans le système de santé français, qui s'est développé en priorité autour de la démarche curative<sup>1</sup>. Depuis plusieurs décennies, et avec la médecine moderne, la préoccupation principale reste en effet la maladie et la médecine plutôt que la santé en tant que telle. Une « culture de la prévention » est donc encore à construire.

La prévention la mieux reconnue est celle qui se réfère au modèle médical pour proposer des programmes d'actions individualisées et médicalisées. L'exemple de la vaccination où l'on retrouve le schéma de la relation individuelle patient/médecin au cœur de la démarche curative constitue le paradigme qui entretient la conception « médicale » de la prévention. C'est aussi le cas des stratégies de repérage et d'intervention précoce qui procèdent de cette conception et considèrent les professionnels de santé comme les premiers agents de prévention en les mobilisant autour d'un « acte médical » individualisé.

Mais la prévention ne peut se limiter à cette seule approche, notamment lorsqu'il s'agit de prévenir l'apparition de dommages induits non plus par des agents pathogènes, mais par des comportements inadéquats. La stratégie est de faire appel à la raison des individus pour les inviter à modifier leur comportement en les informant sur les risques qu'ils courent, ce qui suppose qu'ils perçoivent l'existence du risque pour eux-mêmes.

L'évidence de ces deux approches masque la finalité principale de la prévention primaire : développer les conditions favorables à la santé, donner aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer en prenant en compte leur environnement, permettre aux individus de renforcer leurs comportements sains et d'atténuer ceux qui leur sont dommageables. La prévention ne doit donc pas se réduire à celle de la seule maladie ou des seuls risques. Favoriser et préserver la santé implique des interventions collectives sur les modes de vie et les comportements qui peuvent prendre des formes non

seulement très générales — réglementaires, économiques et médiatiques —, mais aussi des formes de proximité pour impliquer les publics en s'adressant aux communautés ou aux groupes sociaux auxquels ils appartiennent, en considérant leurs besoins, leurs représentations et leurs attentes. Ces interventions constituent les relais incontournables à l'appropriation des connaissances indispensables et au développement de motivations et de ressources personnelles dans une finalité d'autonomie et de responsabilité.

Cette approche vise la construction d'une éducation à la santé fondée sur la démarche positive de promotion de la santé formalisée par la charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986. Elle repose sur une conception globale, dynamique et positive de la santé, qui inclut la promotion des modes de vie aussi bien que l'amélioration des conditions de vie, des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent et favorisent la santé. Elle constitue la valeur qui sous-tend toute intervention en prévention, en visant à augmenter, chez l'individu et la collectivité, le pouvoir d'agir sur la santé. *La promotion de la santé ouvre ainsi un cadre d'intervention large et appelle une politique globale orientée vers le bien-être.*

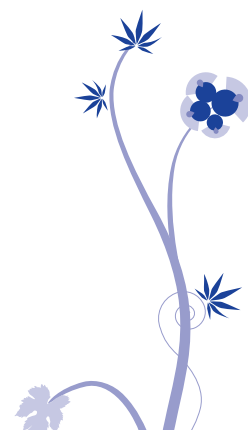
Cette organisation de la prévention s'appuie également sur le continuum entre :

- l'éducation à la santé, conduisant à une prévention primaire collective ou universelle de proximité, impliquant les publics pour leur permettre de faire les choix favorables à leur santé ;
- l'intervention précoce ou prévention primo-secondaire, incluant des stratégies et dispositifs collectifs de repérage, d'accès aux soins et de prévention des risques centrés généralement sur des publics présentant des vulnérabilités spécifiques (jeunes, populations précaires, personnes sous main de justice...) et des actions individuelles de repérage des facteurs de risques et d'interventions ayant pour objet de prévenir l'apparition de la maladie ;
- les prises en charge individuelles, ou prévention tertiaire destinée à réduire les conséquences de la maladie de manière immédiate ou à terme (éducation thérapeutique) et les risques associés.

Ce continuum favorise ainsi la cohérence et l'efficacité globale des dispositifs de santé. Mais si les deux derniers volets sont les mieux promus, le premier reste méconnu en France dans ses finalités et son organisation, et requiert d'être inscrit dans un dispositif national et doté des moyens à la hauteur des enjeux de santé publique actuels.

**Alain Rigaud**  
Psychiatre des hôpitaux, chef de service de l'Intersecteur d'Alcoologie Reims, président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

1. *La prévention en matière de santé, rapport et avis présenté par M. Guy Robert au nom de la section des affaires sociales du Conseil économique et social.*



### La prévention primaire en addictologie : les orientations de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa)

Dans le champ de l'addictologie, la prévention doit, pour l'Anpaa, constituer une démarche globale qui prend en compte l'ensemble des facteurs favorisant les pratiques et conduites addictives, et qui s'appuie sur le continuum entre la prévention, l'intervention précoce et l'accès aux soins, les soins et l'intervention sociale. Elle se propose d'intervenir directement auprès des publics concernés pour agir sur les comportements, par des interventions précoces centrées sur la personne en tous lieux, à toutes les étapes de la vie et tout particulièrement dans les moments les plus critiques.

Cette démarche de prévention implique :

- une diversité d'actions intégrées dans une véritable stratégie de prévention de proximité (démarche communautaire, intégration de la santé dans les dynamiques des projets);
- une pédagogie participative soutenue par des outils pédagogiques adaptés à chaque public;
- la formation de personnes et de groupes relais de prévention;
- des partenariats, ainsi que la promotion et la participation à des réseaux sanitaires et sociaux.

### La prévention confrontée à un manque de reconnaissance

Cette prévention de proximité sociétale et citoyenne, que l'on qualifie à ce titre de « prévention universelle », promeut donc l'éducation pour la santé, générale et thématique, bien en amont de la seule prévention sanitaire. Plus de vingt ans après l'adoption de la charte d'Ottawa, elle est toujours aussi mal reconnue en France où sa mise en œuvre souffre d'un manque de cohérence sur le plan des objectifs, de l'organisation et des moyens.

S'il existe en matière de prévention une palette très large d'actions à l'initiative de l'État, des collectivités locales, des organismes d'assurance maladie et des mutuelles ainsi que des associations de terrain, force est de constater que ces actions sont engagées au coup par coup, sans inscription dans un programme territorial qui les mette en cohérence les unes avec les autres sur un territoire donné et dans une temporalité à moyen terme, et qui soit évaluable.

Ce constat a été établi de manière générale en 2003 par l'Inspection générale des affaires sociales<sup>2</sup> et par la Cour des comptes<sup>3</sup> pour la politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme qui reste « le parent pauvre de la politique de santé publique ».

En effet, si des lois et règlements ont été adoptés pour lutter contre les risques liés aux produits psychoactifs et aux comportements de consommation, si le vote en 1991 de la loi Evin relative à la lutte contre le taba-

gisme et l'alcoolisme semblait ouvrir une nouvelle ère dans la prévention et lui donner une reconnaissance institutionnelle, tout se passe comme si l'État pensait avoir réglé le problème des excès et avoir assuré sa part dans cette « lutte ».

Promouvoir une prévention du risque alcool, et plus largement des conduites addictives, exige donc d'aller plus loin pour mener des actions directement auprès du public, ce qui suppose d'abord de les inscrire dans un cadre cohérent et durable pour permettre de mobiliser ensuite du temps, des ressources humaines compétentes parce que formées, des outils et... des moyens financiers pluriannuels adéquats. Or les deux font défaut.

Concernant le cadre, la loi du 9 août 2004 de politique de santé publique a organisé l'infrastructure du dispositif avec principalement les conférences et groupements régionaux de santé publique (CRSP et GRSP) pour mettre en œuvre les plans régionaux (PRSP), mais n'a rien prévu pour la superstructure, c'est-à-dire la gouvernance régionale et territoriale, comme le relève la Conférence nationale de santé publique<sup>4</sup>. Concernant les financements, ceux-ci deviennent pour les opérateurs aléatoires du fait à la fois de :

- l'accroissement des contraintes budgétaires et de la baisse globale et nationale des financements alloués à la prévention de proximité, souvent considérée comme une variable d'ajustement;
- le nombre des priorités à traiter dans chaque région et celui des intervenants qui prétendent y répondre, ce qui induit un effet « inflationniste » sur le nombre de fiches-action adressées au GRSP et en retour un effet de saupoudrage des financements alloués;
- les disparités régionales dans les procédures d'instruction des appels à projets dont les modalités ne sont pas fixées nationalement et comportent bien des obscurités quant aux critères retenus pour décider d'allouer ou non des financements aux projets d'actions déposés par les opérateurs;
- les difficultés liées à la mise en place des GRSP et à leur appropriation des règles du jeu.

La conjugaison de ces difficultés et incertitudes avec l'absence d'une gouvernance suffisamment claire entre décideurs, financeurs et opérateurs induit de lourdes conséquences, à la fois sur la mise en œuvre des programmes d'action et sur l'emploi en termes de réduction de temps de travail et de licenciement économique, qui plongent les opérateurs associatifs de prévention de proximité dans un profond malaise. C'est ce qu'ils ont tenté à plusieurs reprises de faire entendre, et notamment au cours de l'automne 2006 à l'occasion des États généraux de la prévention.

### Vers un contexte plus favorable à la prévention ?

Face à ce constat, il leur semble indispensable que l'État :

4. Conférence nationale de santé. Projet de note d'orientation pour l'avis relatif à « La gouvernance régionale et territoriale des politiques de soins et de prévention ». Non publié.

2. Igas, rapport annuel 2003 : Santé, pour une politique de prévention durable, La Documentation française, Paris 2003, 399 p.

3. Cour des comptes : rapport public 2003, La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme, p. 415 à 452.

- définit de manière claire les grands objectifs de la prévention, avec parmi eux les addictions ;

- développe une politique publique mieux coordonnée entre l'État, l'assurance maladie et les mutuelles, les collectivités territoriales et les opérateurs ;

- mobilise des moyens nouveaux par des dispositifs pluriannuels pour être à la hauteur des enjeux actuels de santé et développer de manière cohérente et sur le moyen ou long terme des programmes d'actions territorialisés.

Il s'agit de constituer un véritable dispositif de prévention primaire et de doter ses opérateurs d'un statut juridique avec un socle de moyens suffisamment pérennes à l'aide de contrats d'objectifs pluriannuels. Avec un calendrier d'instruction des projets adapté, ce dispositif leur permettra d'assurer une meilleure gestion des projets, des budgets et des ressources humaines, et par là même une meilleure conduite des actions. Parallèlement, les pratiques doivent être évaluées et il convient de définir collectivement les référentiels de bonnes pratiques en matière de prévention afin de démontrer son efficacité.

Suite à cette interpellation des associations et dans le cadre des États généraux de la prévention, le ministre de la Santé a défini cinq priorités comprenant quinze mesures<sup>5</sup>, dont la « Mesure 15 » qui a pour objet de « faciliter la mobilisation des associations qui interviennent en prévention ». Sa mise en œuvre s'est engagée sous l'égide du ministère par la mise en place de deux groupes de travail, l'un sur le problème des procédures et d'une pérennisation suffisante des financements de la prévention, l'autre sur la mise en place d'un référentiel qualité pour les actions de prévention.

Les opérateurs, et parmi eux les associations, s'en réjouissent. Mais les objectifs ambitieux de cette « Mesure 15 » et l'avancement des travaux engagés seront-ils compatibles avec les difficultés de financement que rencontrent actuellement les associations opérateurs de terrain, qui les obligent déjà à se séparer de leurs collaborateurs formés malgré les besoins qui leur sont exprimés ? La question reste ouverte, car il est à craindre que les conclusions et surtout les décisions administratives qui doivent en découler ne soient pas effectives avant 2008 voire 2009. Il y a urgence à agir, compte tenu de la situation qui fait craindre le pire pour l'avenir même du dispositif de prévention.

Aussi, l'avenir de la prévention en France, et notamment la prévention des conduites addictives, passe par :

- une articulation renforcée entre les politiques publiques, leur déclinaison territoriale (déconcentration et décentralisation) et les opérateurs de prévention de proximité ;

- l'amélioration de la gouvernance régionale et territoriale de la santé publique avec notamment, dans le champ de la prévention, la participation des opérateurs

promouvant et/ou intervenant dans les actions régionales et locales de prévention des conduites addictives à l'élaboration des programmes régionaux de santé publique (PRSP) en concertation avec les groupements régionaux de santé publique (GRSP) ;


- une véritable harmonisation des procédures d'instruction des appels à projets de prévention pour les PRSP : thématiques, cahiers des charges, modalités d'évaluation, etc., de manière à ce qu'ils soient analogues quels que soient les régions et l'échelon territorial en vue de faciliter les mutualisations, les comparaisons, la capitalisation des expériences et l'égalité d'accès de nos concitoyens à la prévention ;

- une véritable transparence des décisions prises par les GRSP reposant sur des critères d'éligibilité des actions de prévention et des opérateurs clairement définis et connus de tous les intervenants, tant pour la phase d'appel des projets que pour les notifications budgétaires ;

- une stabilisation et une optimisation de l'organisation et du fonctionnement de la prévention de proximité par l'apport des moyens nécessaires à son efficacité et à sa cohérence, ainsi que par le développement de la mutualisation ;

- une poursuite rapide et décisive des travaux engagés à partir de la « Mesure 15 » et relatifs aux modalités de financements pluriannuels et au référentiel qualité des actions de prévention.

### Conclusion

Une conception médicalisée de la prévention, centrée sur le risque maladie et soutenue par une organisation référée à la démarche curative et individuelle, a conduit à mettre au second plan ce qui doit pourtant constituer la finalité principale de la prévention primaire : la santé et le développement des conditions qui lui sont le plus favorables, notamment quand il s'agit de favoriser la modification de comportements dommageables. La question de la santé n'est pas que d'ordre médical, elle relève aussi du champ social et éducatif. Méconnaître ces dimensions jusqu'à ne pas organiser suffisamment et clairement le dispositif territorial de prévention de proximité et ne pas donner les moyens à des professionnels éducatifs et sociaux, formés et compétents, d'exercer ces missions est source d'incohérences, de perte d'efficacité et d'inefficience de la politique de santé publique. Cela fait ensuite supporter au curatif – à des coûts non évalués – des missions que d'autres acteurs peuvent conduire en amont... de manière préventive, c'est-à-dire à moindre coût humain et social. Il est plus que temps, pour l'éducation à la santé en général et la prévention des addictions en particulier, de promouvoir un véritable dispositif de prévention de proximité territorialisé et financé s'appuyant sur des stratégies et des outils validés et des opérateurs reconnus. 

5. Ministère de la Santé et des Solidarités, États généraux de la prévention. Cinq priorités et quinze mesures pour donner un nouvel élan à la politique de prévention, 3 janvier 2007.

