



Prévention et santé publique

Dossier coordonné par **Roger Salamon, Pierre Lombrail et Patrick Peretti-Watel**

18 Bilan et perspective des politiques de prévention

18 Les politiques de prévention en France : bilan et recommandations des instances d'évaluation et de consultation

Renée Pomarède

22 La nécessité d'un pilotage local et intersectoriel de la prévention et d'une action ciblée

Lise Alter, Béatrice Buguet, Julien Emmanuelli, Marine Jeantet, Alain Lopez, Daniel Nizri, Françoise Schaezel

23 La prévention bucco-dentaire

24 Les enjeux sanitaires liés à l'exercice de la prostitution

25 Prévention en santé publique : apport des sciences comportementales et du cerveau

Olivier Oullier, Sarah Sauneron

29 Principes et mise en œuvre de la prévention

29 L'homo medicus, cible idéale, mais introuvable, des campagnes de prévention

Patrick Peretti-Watel

32 Développer en France une prévention à l'efficacité prouvée

Pierre Arwidson

34 La prévention durant l'enfance

Didier Jourdan, François Bourdillon

37 Transversalité et intersectorialité : le schéma de prévention du projet régional de santé des Pays de la Loire

Pierre Blaise, Christophe Duvaux, Marie-Sophie Desaulle

38 Les commissions de coordination dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile

Véronique Mallet

42 En santé à l'école... ou agir pour renforcer les compétences psychosociales de 6 000 enfants scolarisés en Pays de la Loire

Marie-Odile Williamson, Patrick Lamour

46 Enseignement et recherche

46 Former pour prévenir en santé

Pierre Lombrail, Patrice François, Pierre Czernichow

49 Recherches sur la prévention : une priorité dans la lutte contre les inégalités sociales de santé

Jean-Paul Moatti

52 Tribunes

52 Les obstacles à la prévention

Roger Salamon

54 Vaccination : entre recommandation et obligation

Daniel Floret

57 Cancer : les limites du dépistage

Louis Rachid Salmi, Simone Mathoulin-Pelissier

59 Promotion de la santé et prévention des décès, incapacités prématurés et inégalités évitables

René Demeulemeester, Christine Ferron

62 La prévention dans les soins

François Alla

64 Bibliographie générale



Bilan et perspective des politiques de prévention

La Cour des comptes, le Conseil économique et social, l'Igas mais aussi le Commissariat général à la stratégie et à la prospective ont réalisé des travaux d'évaluation des politiques de prévention et/ou ont émis des recommandations pour améliorer la conception de ces politiques.

Les politiques de prévention en France : bilan et recommandations des instances d'évaluation et de consultation

Renée Pomarède
Médecin de santé
publique, secrétaire
générale du HCSP

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 64.*

Devant l'évidence qu'en France le système de santé est essentiellement un système de soins, les dernières lois en matière de santé (2002, 2004, 2009) ont tenté de donner à la prévention une place plus conséquente et de la doter d'outils opérationnels qui facilitent son développement.

Cependant l'évolution est lente ; c'est pourquoi les instances d'évaluation, d'audit, de démocratie sanitaire ont réalisé de nombreux travaux sur ce sujet pendant les dernières années, rapports généraux sur la prévention [22, 24, 46] mais aussi rapports thématiques (encadré p. 19) établissant le bilan de l'avancement de la prévention et préconisant des mesures pour l'avenir.

Les travaux de la Cour des comptes mais également ceux du Conseil économique, social et environnemental (encadré p. 19), réalisés en 2011 et 2012, sont le fondement de cet article qui rapporte leurs analyses et leurs propositions. Les parlementaires, Assemblée nationale et Sénat, ont commandé plusieurs de ces rapports à la

Cour des comptes ; ils les ont souvent complétés avant d'édicter leurs propres recommandations.

Partant d'éléments de constat largement partagés, la majorité de ces travaux aboutissent à des recommandations convergentes concernant le pilotage des actions et le nécessaire développement d'actions innovantes, expérimentées et évaluées avant leur généralisation.

Des constats partagés

Il n'existe pas de définition stable de la prévention

L'OMS définit la prévention sanitaire comme l'ensemble des mesures visant à éviter l'apparition, le développement ou les complications d'une maladie. Ceci aboutit à différencier la prévention primaire qui réduit l'incidence d'une maladie en agissant sur les causes, la prévention secondaire qui vise à détecter précocement une maladie pour la traiter plus facilement (ex. : dépistage), et enfin

Rapports thématiques dans le domaine de la prévention

Cour des comptes

Juridiction indépendante composée essentiellement de magistrats, organisée en 7 chambres.

La sixième chambre est compétente en matière de santé et de sécurité sociale.

Elle veille à la régularité, à l'efficacité et à l'efficacité de l'usage des fonds publics. Pour cela elle juge, contrôle, évalue et certifie.

La révision constitutionnelle de 2008 lui confie une mission nouvelle de conseil au gouvernement et d'assistance au Parlement, et la loi de 2011 une mission d'assistance au Parlement dans l'évaluation des politiques publiques.

La Cour des comptes peut être saisie par le gouvernement, l'Assemblée nationale et le Sénat.

Son travail obéit à trois principes : indépendance, collégialité et procédure de contradiction.

La publication des rapports répond à la mission d'information du citoyen.

- Lutte contre le tabagisme : décembre 2012
- Politique vaccinale de la France : octobre 2012
- Médecine scolaire : septembre 2011
- Nutrition : rapport public annuel 2009
- Politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme : rapport public annuel 2003 – enquête de suivi 2006

Conseil économique social et environnemental

Instance consultative représentant les forces vives de la Nation

● Composé de 233 membres représentant des syndicats, des associations aussi que des personnalités associées. Leur mandat est de cinq ans.

● Organisé en sections, (ex. : aménagement économie, éducation, affaires sociales et santé...) et en délégations transversales, (ex. : évaluation et prospective, droit des femmes...).

Le CESE peut être saisi par le gouvernement, l'Assemblée nationale ou le Sénat. Il peut être saisi par voie de pétition (500 000 personnes) et peut également s'autosaisir.

Ces avis doivent être transmis dans un délai maximum d'un an.

- Prévention du suicide : février 2013
- Inégalités à l'école : septembre 2011
- Dépendance des personnes âgées : juin 2011
- Santé des femmes : juillet 2010
- Pédiopsychiatrie, prévention et prise en charge : février 2010

la prévention tertiaire qui tend à diminuer les récurrences, les complications et les séquelles.

Une autre définition (Gordon, 1983) se fonde sur une approche populationnelle et différencie la prévention universelle, qui s'adresse à tous (hygiène, éducation pour la santé), la prévention sélective, destinée aux groupes ayant un risque plus élevé de développer une maladie et la prévention indiquée pour les individus qui ont des signes d'appel de la maladie (ex. : éducation thérapeutique).

Une autre manière de penser consiste à considérer la prévention non médicalisée qui englobe tous les déterminants de la santé et qui se trouve principalement hors du champ sanitaire : éducation, logement, travail, transports, alimentation, et la prévention médicalisée mobilisant les professionnels de la santé : dépistages, examens variés, éducation thérapeutique mais aussi éducation et promotion de la santé. Les actes de soins peuvent également avoir une dimension préventive ce point sera développé dans un des articles de ce dossier.

La politique de prévention est entrée pour la première fois dans le Code de la santé publique en 2002 «... 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 ou collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident ». La loi du

9 août 2004 relative à la politique de santé publique a modifié cette définition en l'englobant dans le champ de la santé publique (CSP art. L. 1411-1) qui comprend :

- la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités,
- l'information et l'éducation à la santé,
- l'identification et la réduction des risques dans les différents domaines (environnement, travail, transport, alimentation...),
- la réduction des inégalités de santé.

L'approche de 2004, toujours en vigueur, a pour ambition d'amorcer un continuum entre la prévention et le soin, au sein d'une population responsabilisée et participant aux actions de prévention, pour améliorer la santé et en réduire les inégalités.

Le périmètre du financement est incertain

L'effort financier consenti à la prévention est difficile à cerner. L'imprécision de la définition des actions de prévention en est la raison principale. Les dépenses sont engagées par l'État, l'assurance maladie, les collectivités territoriales, et les circuits financiers sont mal identifiés.

L'État compte à son budget un programme «Prévention et sécurité sanitaire» et les deux domaines sont imbriqués (environ 400 millions d'euros en 2010); la ventilation est d'analyse complexe, d'autant que ce programme



comporte des actions nationales et régionales (politique régionale de santé des ARS). Outre ce programme dédié, d'autres y contribuent pour partie, par exemple « Vie de l'élève », « Sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation », « Prévention des risques liés à l'environnement ». À ce jour, il n'existe pas dans le budget de l'État un document transversal sur la prévention sanitaire.

Le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information (FNPEIS) de l'assurance maladie a été créé pour financer toutes actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires propres à améliorer l'état de santé général de la population. Les actions exemplaires sont celles de la prévention bucco-dentaire, celles des dépistages organisés des cancers et celles de la vaccination ROR ou contre la grippe. D'un montant de 450 millions d'euros en 2010, ces crédits ne représentent qu'une part limitée des crédits de prévention de l'assurance maladie qui sont majoritairement remboursés au titre de la maladie.

La participation des collectivités territoriales, PMI, santé scolaire, médecine du travail se fait à hauteur d'au moins 2 500 millions d'euros. La prévention dans le domaine environnemental (hygiène du milieu, lutte contre les pollutions) représente près de 2 000 millions d'euros.

Ainsi, dans les Comptes nationaux de la santé, les actions de prévention organisées (à l'exclusion des dépenses au titre de la maladie) sont estimées en 2010 à 5,5 milliards d'euros.

Compte tenu des dépenses de prévention intégrée aux soins, estimées dans un travail récent de l'Idres, le total de l'effort consenti pour la prévention approcherait les 10 milliards d'euros.

La gouvernance est éclatée au niveau national

Comme le suggère la description des sources de financement, au niveau national, les acteurs de la politique de prévention sont nombreux et leurs missions et actions peuvent se chevaucher.

C'est l'État qui est responsable de la politique de prévention, comme le réaffirme la loi de santé publique de 2004. Le ministère de la Santé joue un rôle pilote : la Direction générale de la santé fixe les priorités et élabore les programmes, et la Direction de la sécurité sociale gère les dépenses (régime obligatoire et professionnels de santé) ; d'autres ministères sont appelés à participer à des degrés divers.

Aux côtés de l'État, on trouve :

- des instances de conseil comme la HAS, qui élabore des stratégies de prévention (dépistage, éducation thérapeutique), et le HCSP, dont une des commissions est spécialisée dans le domaine de la prévention, éducation et promotion de la santé ;
- les agences sanitaires, au premier rang desquelles l'Inpes, en charge de la communication sur les actions de prévention et de leur déploiement en région. Les agences telles que l'Anses, l'InCA ou l'ABM ont dans leur domaine un volet concernant la prévention ;

- les services tels que la PMI, la santé scolaire ou la santé au travail ont, sur le sujet de la prévention et de l'éducation à la santé, un important domaine d'intervention obligatoire ;

- les caisses d'assurance maladie participent largement aux dépistages, aux campagnes de vaccination (grippe, rougeole) et réalisent parfois des examens de santé ;

- enfin, certaines associations et les professionnels de santé dans leur ensemble participent à l'effort de prévention.

Ce foisonnement d'acteurs est mal coordonné, ce qui nuit à l'efficacité.

L'espoir existe d'une coordination opérationnelle en région

Les ARS, mises en place en 2010, rapprochent au niveau régional les compétences de l'État et de l'assurance maladie. Elles ont notamment pour mission de définir une politique nationale de prévention ; elles ont la configuration et les moyens pour assurer une coordination et une animation des acteurs locaux de la prévention et ainsi mettre en œuvre cette politique.

La plupart des ARS se sont organisées pour avoir une direction de la prévention. Elles ont l'obligation d'élaborer un schéma régional de prévention (SRP) transversal qui comprend les apports de la promotion de la santé (PMI, école et travail), de la santé environnementale et de la sécurité sanitaire. La commission de coordination dans le domaine de la prévention, qui participe à son élaboration, réunit les représentants de l'État de ces différents champs, mais aussi les représentants des collectivités territoriales et de l'assurance maladie.

Au sein de l'ARS, ce schéma de prévention s'articule avec les volets prévention des autres politiques de santé : les actions de prévention médicalisée de la médecine ambulatoire, les actions de prévention et d'éducation thérapeutique de l'hôpital, le volet du programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.

À cela viennent s'adjoindre les mesures prévues dans les accords État-assurance maladie, tant au niveau national qu'au niveau local, ainsi que les actions du programme pluriannuel de gestion du risque.

La politique de santé publique a été mal comprise

En France, l'état sanitaire est globalement bon et les indicateurs s'améliorent au cours du temps. Cependant, il reste des possibilités notables d'amélioration. En effet, la mortalité prématurée y est plus importante que dans les pays comparables, surtout chez les hommes. Si l'espérance de vie est une des meilleures du monde, il n'en est pas de même de l'espérance de vie sans incapacité. De plus, les inégalités sociales et territoriales de santé sont importantes.

La loi pour une politique de santé publique de 2004 a voulu renouveler l'exercice et mettre en avant une politique dont on puisse mesurer les résultats. Elle a décliné la santé en 100 objectifs, dont la cible quantifiée

devenait être atteinte en cinq ans et a préconisé 5 plans stratégiques de santé, particulièrement importants pour atteindre les objectifs : lutte contre le cancer, santé environnement, prise en charge des maladies rares, qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et enfin lutte contre la violence (cette politique n'a jamais bénéficié de l'élaboration d'un plan).

Cette approche a amené beaucoup de critiques la multiplicité des objectifs comporte un risque de dispersion et les 5 plans dits « stratégiques » sont concurrencés par de nombreux autres tels que le plan Alzheimer voulu par le président de la République.

Tous les rapports préconisent la définition de quelques priorités, d'un nombre limité d'objectifs assortis d'indicateurs facilement évaluables.

Le HCSP, pour sa part, a défendu l'existence d'un large panel d'indicateurs qui permettent de décrire l'état de santé de la population, de se comparer aux autres pays de même niveau socio-économique et, par voie de conséquence, d'aider à la définition des futures priorités.

Une politique non évaluée

L'évaluation médico-économique des actions de prévention avant leur mise en œuvre (*ex ante*) n'est pratiquement jamais faite en France, même si tous les acteurs la recommandent. La HAS commence à développer ce type d'approche, et à un moindre niveau le HCSP en ce qui concerne les vaccins. Les conclusions de ces travaux sont difficiles car il n'y a pas de consensus sur le niveau de dépenses socialement utile ou sur la valeur de la vie humaine.

Les évaluations des politiques de prévention (*ex post*) ont rarement été réalisées. Le HCSP a évalué les objectifs de la loi de santé publique de 2004, dont plus de la moitié pouvait être rattachée à la prévention. Cet exercice a montré ses limites, énoncées par le HCSP lui-même : tous les objectifs ne sont pas assortis d'indicateurs, tous les indicateurs ne sont pas mesurés faute de système d'information adapté, enfin, parmi les indicateurs mesurés les chiffres disponibles sont souvent anciens. Cela ne doit pas remettre en cause la nécessité de l'évaluation.

Des propositions convergentes

La politique de prévention doit être formalisée, prévoir la complémentarité des différents acteurs et être évaluée

La politique de prévention doit être un chapitre de la prochaine loi de santé publique. Pour être lisible, selon la Cour des comptes et les parlementaires, elle doit comporter un nombre limité de priorités, dont la définition pourrait être confiée à la HAS. Des thèmes classiques à partir des principaux déterminants individuels de la santé sont proposés : alcool, tabac, surcharge pondérale, sédentarité. Le Conseil économique social et environnemental (CESE) a une conception globale de la prévention, sa recommandation est que la prévention fasse l'objet d'un parcours, tout au long de la vie, pour promouvoir la santé et bien la gérer.

La politique de prévention concerne plusieurs ministères, non seulement celui de la Santé mais également du Travail (médecin du travail) et de l'Éducation nationale au travers de la médecine scolaire. Le rapporteur de l'Assemblée nationale propose la rédaction par ces services de plusieurs documents obligatoires de prévention ainsi que leur transmission au médecin traitant. Le médecin traitant aurait lui-même à rédiger pour ses patients un document de synthèse annuel, qui serait adressé aux autres médecins concernés.

D'autres ministères devraient être plus impliqués – sports, transports, urbanisme... Leurs actions passent souvent par les collectivités territoriales, les contrats locaux de santé conclus entre les collectivités territoriales et l'ARS sont l'outil de choix pour décliner ces politiques. Par exemple, la lutte contre les inégalités serait menée notamment par des actions renforcées de la PMI.

Les régimes d'assurance maladie et les complémentaires santé, qui participent à la politique de prévention, pourraient inscrire leurs actions dans les priorités définies par la loi de santé publique.

Aujourd'hui, la politique de prévention est peu ou pas évaluée. Cependant, si elle est mieux formalisée, faisant suite aux premiers essais d'évaluation des 100 objectifs de santé publique, le HCSP peut être un acteur de cette évaluation. Il est préconisé que la HAS le soit également et que le rapprochement de ces deux structures soit envisagé.

Des recommandations qui concernent des thèmes spécifiques

De nombreux thèmes de prévention ont été approfondis (rapports d'évaluation de la politique menée, assortis de recommandations ou rapports thématiques) par la Cour des comptes ou par le CESE. Certains ont été repris par les parlementaires. Pour chacun des thèmes déclinés ci-après, le Haut Conseil de la santé publique a publié un avis et a été reçu par les parlementaires ou la Cour des comptes lors de l'élaboration de leurs travaux.

S'agissant de la médecine scolaire (2011), les rapports traitent de la santé scolaire comme politique au bénéfice des élèves, politique d'éducation à la citoyenneté qui doit mobiliser les personnels enseignants aux côtés des personnels de santé et faire participer les parents. La santé à l'école ne doit pas être une liste de problèmes de santé à éviter, mais l'acquisition d'une capacité à faire des choix responsables pour sa santé tout au long de sa vie. Pour cela, la coordination interministérielle est fondamentale, une définition claire des objectifs attendus et des missions des différents personnels est nécessaire pour construire un parcours de santé à l'école qui détermine les acquisitions que les élèves doivent faire à chaque niveau. Les moyens d'évaluer l'atteinte de ces objectifs doivent être assurés.

S'agissant de la politique vaccinale (2012), son objectif est de diminuer la prévalence des maladies. La couverture vaccinale devrait être ciblée pour atteindre ces objectifs et



donc différente d'une maladie à l'autre. La détermination du prix des vaccins pourrait être améliorée et les taux de remboursement différents en fonction d'analyses médico-économiques et du service médical rendu. Pour combler les lacunes de la couverture vaccinale, il est préconisé de pouvoir vacciner dans les centres d'examen de santé de l'assurance maladie, dans les écoles, et de nommer un chef de projet vaccination dans chaque ARS. La question du renforcement de la communication publique sur les vaccins est évoquée, tandis que la pertinence de la publicité par les firmes à l'origine des vaccins devrait être évaluée avant sa mise en œuvre.

La politique de lutte contre le tabagisme (2012), délaissée depuis quelques années, doit faire l'objet d'une stratégie pluriannuelle, être inscrite dans la prochaine loi de santé publique et être déclinée dans un plan spécifique. La coordination de cette politique interministérielle doit être confiée à la Santé. Elle doit en même temps porter sur la fiscalité du tabac, sur les actions réglementaires et leur contrôle effectif (interdiction de fumer dans certains lieux, de vente aux mineurs, de publicité, etc.), déterminer des actions de prévention primaire (à l'école par ex.) ou secondaire (aide au sevrage). Enfin, la coopération internationale doit s'amplifier sur les prix et taxes au niveau européen, sur les paquets neutres et enfin sur le trafic au niveau international.

Construire un parcours de prévention «citoyen» tout au long de la vie est une recommandation du CESE. Celui-ci inclut les visites de prévention depuis la grossesse jusqu'au départ à la retraite, en passant par la médecine scolaire, la médecine universitaire et la médecine du travail, les examens de dépistage et les vaccinations.

Une gouvernance rénovée

Le rapport de l'Assemblée nationale préconise que le

pilotage par l'État de cette politique éminemment interministérielle soit assuré par un délégué interministériel à la prévention, rattaché au Premier ministre. Le directeur général de la Santé (ou le secrétaire général des ministères sociaux) pourrait remplir cette fonction. L'Inpes deviendrait le bras séculier du délégué interministériel à la prévention, qui travaillerait par ailleurs, de manière rapprochée, avec la Conférence nationale de santé.

Le délégué interministériel aurait également mission de coordonner les agences régionales de santé qui déclinent la politique sur leur territoire. Dans ce contexte, les conférences régionales de la santé et de l'autonomie verraient leur rôle renforcé, notamment pour définir les priorités à l'échelon régional.

La coordination avec les autres ministères est indispensable pour une gouvernance efficace. Cela doit se faire au niveau national, mais plus encore au niveau opérationnel, c'est-à-dire en région. Les ARS détiennent les clés de cette coordination, avec notamment la santé scolaire, la santé au travail, l'assurance maladie, les collectivités territoriales. La finalité est d'aboutir à un schéma régional de prévention, bien intégré dans le projet régional de santé. Celui-ci pourra être décliné au niveau territorial en négociant par exemple des contrats locaux de santé de prévention et promotion de la santé, avec les associations œuvrant localement dans le domaine (ateliers santé ville, instances régionales d'éducation et de promotion de la santé...).

Pour conclure, la stratégie nationale de santé actuellement élaborée de manière concertée entre le niveau national et les régions et la loi de santé publique qui devrait en découler permettent d'espérer un renouveau de la prévention, tant le système sanitaire actuel, au bout de ses effets, nécessite un changement de paradigme. ↑

La nécessité d'un pilotage local et intersectoriel de la prévention et d'une action ciblée

Lise Alter
Interne de santé publique
Béatrice Buguet
Julien Emmanuelli
Marine Jeantet
Alain Lopez
Daniel Nizri
Françoise Schaezel
Membres de l'Igas

Depuis des années, la prévention occupe une place marginale dans le système de santé français, ce dernier étant essentiellement centré sur l'offre de soins curatifs. En témoigne la part très modeste des dépenses de santé qui lui est consacrée. La consommation de soins et de biens médicaux représente les trois quarts des dépenses courantes de santé (240 milliards d'euros en 2011¹), tandis que les dépenses de prévention organisée (individuelle et collective) ne concernent que 2 % des dépenses. Toutefois, cette estimation est incomplète car elle n'inclut pas les actions effectuées dans le cadre des soins. Ainsi, l'Irdes estimait

en 2002 que les dépenses de prévention représentaient plutôt 6,4 % de la dépense courante de santé.

Comment se fait-il que cette tendance, pourtant connue et dénoncée depuis longtemps, ne s'infléchisse pas vraiment ?

Un pilotage actif et intersectoriel est nécessaire pour une politique de prévention efficace

La loi de santé publique de 2004 a contribué à structurer la politique de prévention française, en déterminant 100 objectifs de santé publique, pour la plupart de prévention sanitaire. Mais l'absence de priorisation de ces objectifs, la faiblesse des outils statistiques utilisés pour les suivre, l'existence d'un cloisonnement

1. Source : Drees. Les comptes nationaux de la santé en 2011.

La prévention bucco-dentaire

Depuis 2006, les partenaires conventionnels ont décidé de mettre en place des actions de prévention incitatives vers des cibles prioritaires que sont les jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans et les femmes enceintes. L'assurance maladie invite chaque année environ 3 millions d'enfants et adolescents à participer à un examen bucco-dentaire. Les collectivités locales se sont également investies sur ce champ. Ainsi, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne ont mis en place dans les années 1980 des programmes départementaux de prévention bucco-dentaire mis en œuvre dans les crèches, les centres de protection maternelle et infantile, les écoles maternelles et élémentaires, et les centres de loisirs. Cependant, malgré leur ancienneté, la pérennité de ces actions n'est pas garantie en raison des fortes contraintes budgétaires.

La santé bucco-dentaire de la population s'est améliorée en 20 ans. Ainsi, en 2006, la proportion d'enfants de 12 ans totalement indemnes de caries était de 56 % alors qu'elle était de 12 % en 1987. Toutefois, 20 % des enfants de 6 à 12 ans cumulent 80 % des pathologies dentaires et la moitié des adultes présentent à partir de 35 ans des maladies parodontales, parfois sévères.

Les actions de prévention entreprises rencontrent en effet d'importantes difficultés en lien avec les contextes socioculturel et économique des populations cibles, qui se mobilisent difficilement pour des actions de prévention et anticipent des restes à charge importants liés à la faible prise en charge par l'assurance maladie des tarifs de professionnels exerçant quasiexclusivement en libéral. Les soins qui découlent des actions de prévention ne sont en effet pas tous pris en charge, en particulier les soins prothétiques et orthodontiques, et les soins du parodonte (en grande partie hors nomenclature). Ainsi, les actions de prévention doivent être renforcées. Un élargissement des publics visés au-delà des enfants, adolescents et femmes enceintes est d'autant plus nécessaire que les leviers d'intervention sont connus (utilisation du fluor, consommation de produits sans sucres, hygiène bucco-dentaire, soins conservateurs précoces et réguliers, etc.) et que les résultats peuvent être rapides, au bout de trois ans, tant sur le plan sanitaire que sur le plan économique. ↑

Laurence Esloos, Daniel Nizri, Frédérique Simon-Delavelle, Isabelle Yeni. *Évaluation des pratiques et des conditions d'exercice de la profession de chirurgiens-dentistes*. Rapport en cours.

ministériel, des intérêts divergents et le manque de coordination entre les acteurs compétents dans le domaine (État, organismes d'assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires, associations) n'ont pas permis d'élever la prévention à la place escomptée.

Pourtant, des expériences d'actions menées dans d'autres pays soulignent l'intérêt de mobiliser d'autres politiques, en amont du recours au système de santé – emploi, logement, soutien social, environnement et cadre de vie, conditions de travail, etc. – et de prendre en compte le gradient social de santé, c'est-à-dire l'existence d'inégalités de santé tout au long de l'échelle sociale. En effet, la prévention n'est pas isolable du champ social où se situent nombre des déterminants sur lesquels elle a vocation à intervenir. Cela suppose que soit mené un travail d'argumentaire, de formation et de recherche qui permette à chaque acteur de mesurer comment les enjeux de santé viennent s'intégrer dans son champ d'action, et qui facilite le développement d'interventions adaptées aux situations économiques, sociales et culturelles particulières. Cela suppose aussi la participation des bénéficiaires à la construction et à l'évaluation des actions. Il s'agit ainsi de développer un « réflexe santé » dans les politiques publiques ayant des effets sur la santé, en livrant des méthodes et des modes d'action pour infléchir leurs objectifs.

Par exemple, appliqué à la politique de la petite enfance, ce type de stratégie développée à partir d'une réflexion et d'une coordination interministérielle aurait plusieurs conséquences. L'accueil du jeune enfant, aujourd'hui conçu pour répondre d'abord aux besoins des

parents qui ont un emploi, exclut de fait les enfants de milieux plus défavorisés. Des modes d'accueil collectifs devraient être soutenus en faveur de ces derniers, parce qu'ils favorisent le développement cognitif et l'éveil intellectuel, assurant ainsi un capital santé pour l'avenir ou permettant de soulager des parents plus particulièrement en difficulté sociale et familiale. Par ailleurs, il est nécessaire que les projets académiques se donnent des objectifs de santé véritables et examinent les effets sur la santé du projet éducatif lui-même en fonction d'un gradient social. La santé scolaire doit se réorienter vers des actions plus ciblées sur des territoires ou des enfants identifiés comme plus fragiles [54].

Le champ de la santé-environnement est un autre exemple particulièrement éloquent où la prévention sanitaire ne peut se concevoir sans une réflexion globale et intersectorielle. Un rapport de l'Igas de 1990 [66] date du XIX^e siècle la prise de conscience par les pouvoirs publics des risques pour la santé liés à l'environnement de vie ou de travail et note qu'il a fallu attendre la seconde moitié du XIX^e siècle pour qu'interviennent les premières lois dans ce domaine. Elles concernaient alors principalement l'insalubrité, les problèmes d'assainissement, les règles d'hygiène et ont évolué avec la reconnaissance d'autres facteurs de risque, et notamment de la toxicité pour la santé humaine de substances présentes ou introduites dans l'environnement. Cette reconnaissance s'établit selon l'état de la science, mais le suit parfois avec retard, en fonction généralement d'intérêts économiques corrélés [12]. En France, ce n'est qu'en 2006, à la suite de pro-

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.



cédures intentées par des agriculteurs pour faire reconnaître des cancers comme maladies professionnelles, que différentes juridictions ont reconnu les liens entre des pathologies graves et l'usage de pesticides, alors que la toxicité pour la santé humaine des pesticides en exposition aiguë avait été démontrée bien plus tôt².

Si l'impact des facteurs environnementaux sur la santé humaine est, ainsi, progressivement reconnu, combien de temps faudra-t-il encore pour qu'il structure une politique de prévention ? Les enjeux sanitaires liés à l'environnement sont majeurs, les coûts financiers corrélés, lourds, et les causes, au moins pour partie, évitables. Pourtant, l'Igas [13] soulignait en 2009 que les études diligentées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) sont exclusivement ciblées sur le comportement d'individus ou sur leur perception de diverses réalités. Or il est de la responsabilité première de l'Inpes d'informer sur des situations de risques potentiels forts, qui ne se limitent ni aux risques comportementaux, ni à la perception des facteurs environnementaux. Cette fonction d'information n'est elle-même qu'une composante de la prévention et doit être accompagnée d'actions.

2. En 1989, l'OMS avait ainsi estimé à un million le nombre annuel de graves empoisonnements par les pesticides conduisant à quelque 220 000 décès (WHO, UNEP, 1989, *Public Health Impact of Pesticides Used in Agriculture*, OMS et PNUE).

La mise en œuvre des actions de prévention peut plus facilement s'ancrer au niveau local

Dans un cadre de ressources limitées, le financement d'actions de prévention dont le bénéfice ne sera observé qu'à plus long terme entre en conflit avec le financement de soins dont le bénéfice est immédiat. Il n'y a guère qu'au niveau local qu'un dialogue est concevable avec tous ceux que les décisions concernent au premier chef, afin d'espérer pouvoir dépasser une opposition trop frontale entre la préoccupation de demain et celle d'aujourd'hui.

En ce sens, la création des agences régionales de santé (ARS), dont les compétences portent sur les différents domaines d'intervention en faveur de la santé que sont les soins, le médico-social, la sécurité sanitaire et la prévention, constitue l'un des enjeux majeurs de la loi HPST de 2009. L'ARS est comptable de la bonne santé de toute la population régionale car elle est en situation de pouvoir équilibrer au mieux l'emploi des différents domaines d'intervention en faveur de la santé relevant de sa compétence. Les conditions sont désormais réunies pour que, sous l'égide de l'ARS, s'organise localement un débat concret et argumenté permettant de s'expliquer sur les coûts et les avantages des équilibres à déterminer entre prévention, soins et médico-social.

Mais si le faisceau des compétences sur les différents domaines d'intervention a bien été réuni entre les

Les enjeux sanitaires liés à l'exercice de la prostitution

Les risques sanitaires spécifiquement liés à la pratique de la prostitution sont connus (VIH/sida, hépatites, etc.). Par ailleurs, les violences et leurs conséquences sanitaires constituent une autre catégorie de risques très souvent associée à la prostitution. Mais ces risques se manifestent avec une acuité très variable selon les modes et conditions d'exercice, et selon le profil des personnes qui se prostituent. À côté de ces risques spécifiques, on rencontre des pathologies qui ne sont pas nécessairement imputables directement à l'exercice de la prostitution mais reflètent plus largement les conditions de vie et d'environnement et sont présentes chez les publics en situation précaire (troubles psychiques, troubles alimentaires, usage de produits psychoactifs...). La reconnaissance et l'effectivité des droits constituent des conditions indispensables pour la prévention et les soins des personnes qui se prostituent. L'isolement et la clandestinité apparaissent, en effet, comme des facteurs d'aggravation des risques, en même temps qu'ils restreignent les possibilités d'accès aux dispositifs et moyens de prévention.

Les interventions associatives combinent souvent des tournées mobiles pour aller à la rencontre des personnes sur leur lieu d'activité à un accueil sans rendez-vous dans un local fixe. Outre des difficultés accrues pour accéder

aux personnes prostituées, les restrictions des budgets des associations, liées à une diminution des subventions publiques, les obligent à réduire la fréquence des tournées, compromettant l'efficacité d'un travail qui demande un minimum d'intensité et de régularité sur le long terme. L'Igas estime nécessaire de conforter et développer l'approche préventive. Les publics les plus fragiles méritent une attention spécifique, et tout particulièrement les jeunes mineurs qui se prostituent. La mission souligne la part importante des personnes en situation de précarité et notamment des étranger(ère)s en situation irrégulière. Il importe de mieux prendre en compte la « face cachée » de la prostitution (en appartement, hôtel, via internet) actuellement à l'écart des actions de prévention. L'amélioration de la connaissance concernant les différentes formes de prostitution constitue un préalable indispensable pour assurer la prise en charge des enjeux sanitaires qui y sont associés. C'est seulement sur cette base que les pouvoirs publics pourront développer une approche pragmatique visant à organiser et faire converger les efforts de tous les acteurs, au-delà des clivages idéologiques et des blocages actuels. ↑

Claire Aubin, Danielle Jourdain-Menninger, Julien Emmanuelli. *Prostitutions : les enjeux sanitaires*. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000667-prostitutions-les-enjeux-sanitaires>

ainsi de l'ARS, la même opération n'a pas été réalisée sur les financements. Aussi, l'ARS peut renforcer les complémentarités entre les stratégies menées, mais ne peut pas concevoir autrement l'équilibre des efforts respectifs entre soins et prévention. En votant le principe d'une fongibilité asymétrique entre les dépenses de soins et de prévention, le Parlement a voulu établir un système de vases communicants entre les deux domaines d'intervention, mais a omis de l'alimenter et d'en enclencher le mécanisme. Il faudrait désormais aller jusqu'au bout de la logique engagée et donner aux ARS les moyens de leurs compétences.

Par ailleurs, la fonction stratégique et de coordination de la commune ou de la communauté de communes doit également être renforcée. C'est en effet le niveau territorial qui est le mieux placé pour apprécier la pertinence des actions à mener en fonction des besoins particuliers de la population, en faciliter l'acceptation par les personnes concernées, et coordonner les interventions des différents services et professionnels mobilisés. De plus, ce niveau est le mieux à même d'assurer des interventions portant sur plusieurs déterminants de la santé à la fois. Les autorités publiques régionales et départementales, déconcentrées et décentralisées, devraient alors pouvoir transférer, sous la forme de délégations ou de manière contractuelle, des responsabilités qu'il est souhaitable d'exercer au plus proche de la population.

Les actions de prévention doivent être évaluées

Si la prévention contribue à améliorer l'état de santé, son développement n'entraîne pas mécaniquement des économies dans les moyens accordés à la santé. La prise en compte d'un critère d'efficacité dans les orientations de la politique de prévention, via une approche médico-économique telle qu'elle est développée au

Royaume-Uni, mériterait donc d'être davantage envisagée en France.

Ainsi, par exemple, le rapport de l'Igas d'avril 2012 sur la prise en charge du diabète [62] conclut à l'efficacité des organisations fondées sur la coopération intégrée entre médecins généralistes et infirmiers, sous le pilotage du médecin traitant, avec un système d'information partagé, comme l'illustre l'expérimentation Asalee menée depuis 2003. En outre, les coûts totaux du dispositif sont identiques pour l'assurance maladie. *A contrario*, le programme Sophia d'accompagnement des patients par des infirmières placées sur des plates-formes d'appels, développé par la Cnamts depuis 2008, n'a pas fait la preuve de son efficacité médico-économique à ce stade, du fait notamment d'un biais de recrutement des patients volontaires, mieux pris en charge à l'entrée, et de l'absence d'accès direct des infirmières aux données médicales des patients. Sous réserve d'une nouvelle évaluation, l'évolution de Sophia vers une organisation en plus grande adéquation avec l'objectif visé (notamment le ciblage des patients à risque) nécessiterait d'en changer les paradigmes (consentement présumé et accès direct aux données médicales des patients), mais engagerait un débat délicat.

Les actions de prévention doivent cibler davantage les populations et les territoires vulnérables

C'est au sein des territoires socialement fragiles que les inégalités d'accès aux soins sont les plus importantes. C'est aussi au sein de ces territoires que les populations sont les plus difficiles à toucher en termes de prévention. La mise en place d'actions de prévention ciblées sur les populations les plus vulnérables constitue donc un enjeu majeur pour l'avenir et ne peut se concevoir sans une coordination de l'ensemble des acteurs au niveau local, en dépassant le cadre du système de soins. ↑

Prévention en santé publique : apport des sciences comportementales et du cerveau

L'objet du rapport *Nouvelles approches de la prévention en santé publique*, publié en 2010 par le Centre d'analyse stratégique, est d'estimer dans quelle mesure les sciences comportementales, cognitives et du cerveau peuvent permettre de mieux appréhender des logiques d'information ou d'action et d'optimiser les stratégies de santé publique, notamment en matière de lutte contre le tabagisme et contre l'obésité.

Dépasser le modèle du consommateur rationnel

Vers un modèle «émotionnel» de la décision

Les techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelles sont

employées non seulement pour étudier les mécanismes cérébraux participant à la perception sensorielle, mais également pour essayer de mieux appréhender la façon dont les consommateurs sont influencés, comment leur cerveau répond aux signaux environnementaux auxquels ils sont exposés et comment ils prennent leur décision. L'un des apports majeurs des neurosciences en matière de prévention en santé publique est de permettre une compréhension plus fine des biais cognitifs, sociaux et émotionnels intervenant dans les mécanismes de prises de décision. En effet, loin de l'*homo œconomicus*, ce calculateur aux choix optimaux au cœur de la théorie économique standard, l'*homo consummatus* est le fait

Olivier Oullier

Aix-Marseille

Université

Sarah Sauneron

Commissariat général

à la stratégie et à

la prospective (ex-

Centre d'analyse

stratégique)



d'histoires, d'émotions, de désirs, de paradoxes et de constantes interactions avec son environnement.

L'historique dichotomie entre émotion et rationalité n'est pas vérifiée au niveau neurobiologique. Les parties cérébrales concernées, connectées par des réseaux denses et complexes, échangent de l'information en permanence et de manière largement interdépendante. Le cerveau fonctionnerait plutôt selon un mode hybride, une forme d'« émorationalité ». Ainsi, posséder l'information pertinente sur une conduite à risque ne suffit pas à y faire renoncer un individu. Un tel constat est confirmé par l'observation de la réalité quotidienne : qui n'est pas émotif, impulsif, distrait, altruiste, sujet à la procrastination et à la prise de décisions guidées par un gain instantané ? Toutes ces caractéristiques du comportement humain que les sciences économiques considèrent comme des anomalies constituent en fait plus la norme que l'exception.

Orienter sans prescrire : les sciences comportementales au service de la prévention

Ne serait-il pas possible d'utiliser les connaissances issues des expérimentations et des observations en sciences comportementales afin d'aider les individus à adopter des comportements moins risqués pour leur santé ? Ces stratégies ont déjà été utilisées avec succès dans les secteurs de l'épargne, de l'éducation ou de la consommation durable, se basant par exemple sur des effets de cadrage, ou encore sur les tendances à l'inertie face au changement et à l'adhésion aux normes sociales. L'idée est de développer des moyens susceptibles d'induire des changements comportementaux et d'orienter les décisions des individus tout en leur laissant la possibilité de ne pas adhérer à la direction suggérée. C'est ce que Richard Thaler et Cass Sunstein qualifient de « *nudge* ».

À titre illustratif, dans le domaine de la nutrition, une stratégie simple permet d'inciter les individus à varier leur régime alimentaire : il leur suffit de planifier leurs menus pour l'ensemble du mois à venir et non de décider au quotidien. La visualisation de l'enchaînement des repas sur un planning les pousse à éviter de choisir la même composition plusieurs jours de suite et ainsi à diversifier leurs choix alimentaires. Autre exemple, le fait d'insérer une *chips* rouge à intervalles réguliers entre des *chips* classiques conditionnées dans des tubes cartonnés a permis d'en diminuer la consommation moyenne d'environ 50 %. En effet, l'utilisation de ces marqueurs visuels éveille l'attention du mangeur, lui fournit des repères quant à sa consommation et l'incite à marquer des temps de pause. Ces *nudges* présentés de manière isolée peuvent sembler anecdotiques mais, adaptés aux particularités d'une région ou d'un groupe social et intégrés dans des stratégies de prévention de l'obésité cohérentes, ils peuvent, pour un coût minimal, aider les individus à réguler leur consommation alimentaire.

Enregistrer le comportement réel pour s'affranchir des biais des méthodes déclaratives

La réaction des individus face à un message publicitaire n'est pas facile à mesurer, notamment lorsqu'il s'agit de messages complexes comme ceux véhiculés par les campagnes de prévention en santé publique. Le consommateur étant exposé à plusieurs centaines de messages à visée publicitaire chaque jour, il ne peut prêter attention à tous. Ce constat est particulièrement vérifié pour des éléments récurrents, familiers ou présentant une grande sobriété. Les bandeaux sanitaires au bas des publicités alimentaires sont ainsi trop peu regardés, comme le montrent des données obtenues grâce à l'enregistrement des trajectoires et des temps de fixation des yeux des téléspectateurs face à un écran. Cette technique constitue un complément indispensable afin de mesurer ce que regarde véritablement le consommateur et non ce qu'il déclare dans des questionnaires qui sont fortement biaisés par la rationalisation des comportements *a posteriori* et la désirabilité sociale.

Dans le cerveau du fumeur : neurosciences et prévention du tabagisme

Le recours aux neurosciences pour mieux comprendre et prévenir le comportement tabagique n'est pas nouveau puisqu'il a déjà permis notamment une meilleure connaissance des mécanismes cérébraux de l'addiction à la nicotine. De nouvelles données, ouvrant une fenêtre sur les traitements non conscients d'informations sensorielles d'origines diverses, sont essentielles afin de développer des stratégies préventives plus efficaces. En effet, aider à la prise de conscience de la dangerosité du tabac ne suffit pas et doit être renforcé par des mesures s'accompagnant qui s'avèrent d'autant plus efficaces qu'elles sont personnalisées à l'aune des connaissances sur les différents fonctionnements cérébraux des individus.

Agir sur l'environnement social

Arrêter de fumer est d'autant plus difficile que les stimulations externes peuvent à tout moment provoquer l'envie et le besoin tabagiques. L'interdiction de la publicité pour le tabac n'a pas eu les effets escomptés. Non par manque de pertinence, mais à cause d'effets pervers : elle a stimulé l'imagination des fabricants de cigarettes pour contourner cette interdiction et continuer à communiquer grâce à des produits dérivés. Une étude visant à mesurer les réactions du cerveau face à différents types de stimulations (paquets de cigarettes, affiches publicitaires, objets promotionnels et expositions de la marque par sponsoring) a démontré que ce sont les images de sponsoring qui stimulent le plus les aires du cerveau associées à l'envie de fumer. Ainsi, appliquer un code couleur à des objets, sans que la marque soit explicitement mentionnée, suffit à déclencher dans le cerveau des fumeurs une association équivalant à une récompense nicotinique potentielle. De tels résultats démontrent la pertinence des mesures d'interdiction de

la publicité pour le tabac et invitent à s'interroger sur les moyens de réglementer toutes les formes détournées de publicité.

Ces expérimentations montrent également que la simple vue d'un paquet peut provoquer l'envie de fumer. Se rendre dans un bureau de tabac pour quelque achat que ce soit soumet donc à la tentation. En réponse, le gouvernement britannique préconise d'interdire l'exposition des paquets dans les points de vente.

Enfin, les campagnes de sensibilisation de masse ont connu une évolution progressive du message véhiculé et de la manière de le véhiculer. Faire appel à la raison, la peur, la surprise, la responsabilité, la honte ou le dégoût sont des stratégies qui présentent toutes des avantages et des limites. Les expérimentations scientifiques peuvent contribuer à évaluer leur impact. L'étude la plus récente ayant utilisé les neurosciences montre qu'il faut bien doser le recours aux émotions déclenchées dans les campagnes de sensibilisation à grande échelle, afin que l'intérêt suscité ne soit pas temporaire et seulement dû à la surprise.

Le paquet de cigarettes, au centre de la lutte

Le recours aux émotions ne se limite pas aux campagnes médiatiques puisqu'il s'applique aux paquets de cigarettes, au plus près des fumeurs. Ainsi, de nombreux pays, depuis une dizaine d'années, exigent l'apposition de messages sanitaires sur les paquets, ainsi que d'images chocs. Ces visuels favoriseraient la prise de conscience des risques encourus. De surcroît, l'aspect peu « glamour » de ces photos permettrait de lutter contre l'esthétisation et l'attractivité des paquets de cigarettes, auxquelles les jeunes seraient particulièrement sensibles et qui constituent un vecteur de communication fort pour l'industrie du tabac.

Une des réserves récurrentes sur l'efficacité de ces mesures est qu'elles provoqueraient des réactions contre-productives, conscientes ou non. Le fumeur s'habitue aux images ou les évite. Si la vision d'un poumon atteint de cancer a des vertus informatives indéniables, elle peut aussi déclencher une stratégie de déni. Les études d'imagerie cérébrale le confirment en démontrant que ce sont finalement les non-fumeurs qui y seraient le plus réceptifs. Ces images pourraient même éveiller chez certains le goût du danger. Toutefois, cela n'incite aucunement à renoncer à ces avertissements mais à mieux travailler leur contenu, tout en les accompagnant de mesures de restriction sur l'environnement comme celles précédemment évoquées. Afin de contrer les effets d'accoutumance et d'évitement, il convient de varier régulièrement les messages et les visuels.

De surcroît, toutes les « informations chocs » ne sont pas efficaces avec la même intensité et envers les mêmes publics. D'après une étude canadienne, les choix optimaux sont ceux focalisés sur la peur d'une altération constatable au quotidien, qu'il s'agisse de l'apparence physique ou des performances sexuelles. L'importance de la dimension culturelle est telle qu'il est

nécessaire de mener désormais des études de même nature en France pour sélectionner les avertissements. Par ailleurs, les images et messages pourraient voir leur effet augmenté s'ils étaient apposés sur des paquets neutres ou « génériques », où logos et autres designs attractifs seraient proscrits. L'Australie a fait un tel choix fin 2012, espérant rendre les avertissements plus visibles et diminuer le caractère attractif des paquets.

Prévention de l'obésité : reconsidérer les stratégies préventives et éducatives

Optimiser les stratégies d'information du grand public

Transmettre les messages d'information sur l'obésité n'est pas une tâche aisée pour plusieurs raisons. Premièrement, les stratégies de prévention sont en général moins suivies d'effets lorsqu'elles visent non à arrêter un comportement mais seulement à le modifier. Deuxièmement, autant la nocivité du tabac n'est pas discutée, autant la notion de mauvais aliments est plus contestée, car elle est conditionnée par les modes de consommation et les pratiques physiques. En outre, informer est nécessaire mais loin d'être suffisant. Les individus ont tendance à sous-estimer les risques à long terme, surtout quand ils sont concernés. Ces moyens d'intervention ont des impacts très contrastés puisqu'ils se révèlent plus efficaces en direction des populations déjà sensibilisées au problème. Enfin, l'influence exercée par un environnement « obésogène » sur les décisions de consommation est manifeste (attractivité des publicités, omniprésence des *fast-foods*, augmentation du temps passé devant la télévision, etc.).

Pour répondre à ces défis, mieux comprendre les mécanismes cérébraux de l'obésité semble nécessaire puisque des études récentes démontrent le rôle prépondérant, dans le cerveau, du « circuit de la récompense ». L'hypothèse hédonique de l'obésité établit ainsi que les personnes obèses auraient besoin de plus grandes quantités de nourriture afin de ressentir le plaisir de manger. Cette « dimension plaisir » de l'obésité doit être intégrée dans les stratégies de prévention : l'idée récurrente selon laquelle un aliment diététique procure moins de plaisir lors de sa consommation doit être combattue.

Ainsi, pour avoir un impact sur les personnes les plus concernées, valoriser la présentation des aliments diététiques, travailler leur palatabilité¹, développer une éducation alimentaire et culinaire permettant d'en apprécier pleinement le goût sont des stratégies indiquées. De plus, dans les campagnes de communication, il convient de choisir avec précaution le vocabulaire pour éviter les messages culpabilisants, dogmatiques ou au contraire trop consensuels et ne faisant pas appel à l'implication personnelle. De leur côté, les bandeaux sanitaires apposés au bas des publicités alimentaires

1. Se dit d'un aliment qui procure une sensation agréable lors de sa consommation.



pourraient voir leur efficacité accrue, si l'on variait leur contenu, leur forme, leur disposition et la modalité de transmission (image, son) pendant les spots publicitaires. De plus, pour éviter à la fois que le message soit mal compris et qu'il entre en concurrence cognitive avec le produit promu, il devrait apparaître seul à l'écran.

Prévenir précocement

Les études scientifiques sont sans équivoque : les publicités influencent le choix des jeunes en matière de marques et modifient leur perception des goûts et leurs préférences. Ce phénomène est plus marqué pour les enfants en surpoids. La vision d'une publicité fait davantage augmenter leur consommation que celle des enfants dont l'IMC est en dessous du seuil d'obésité, d'où le risque de phénomène cumulatif.

L'impact considérable de l'image auprès des enfants laisse symétriquement espérer qu'une campagne de communication efficace aura des effets supérieurs sur cette population. Dans cette perspective, il convient de veiller à remédier à l'inadaptation des messages actuels pour les plus jeunes, ces derniers étant moins sensibles aux informations textuelles que visuelles et étant peu réceptifs aux arguments sanitaires.

Lutter non pas « à armes égales », tant l'écart entre les budgets consacrés à la publicité par le secteur privé et ceux de la prévention publique est important, mais *a minima* avec « le même type d'armes » paraît impératif. L'idée de reprendre les éléments traditionnels de la persuasion publicitaire à destination des enfants (les personnages familiers, les couleurs attrayantes, l'humour, etc.) est à exploiter au-delà même des cam-

pagnes strictement sanitaires, par exemple dans les médias éducatifs.

Toute prévention en santé publique porte un enjeu éthique primordial : celui de bien évaluer les risques de glissement d'une stratégie à caractère incitatif à des mesures plus intrusives et contraignantes, qui s'avèreraient incompatibles avec nos principes démocratiques. Sous couvert d'améliorer la santé et le bien-être des individus, la prévention ne peut s'immiscer outre mesure dans les choix et les décisions personnels. Ces précautions prises, les sciences comportementales et du cerveau, sans constituer une recette miracle, pourront offrir une méthodologie complémentaire aux outils traditionnels. Cette approche ouvre des pistes sérieuses pour améliorer la prévention en santé publique. Il y a là un domaine appelé à se renouveler, non seulement devant les limites rencontrées par les méthodes actuelles, mais aussi face à la nouveauté des risques courus et à leur interdépendance.

C'est pourquoi, dans un contexte social, sanitaire et économique difficile, l'État ne peut plus se permettre de ne pas tester ses nouvelles mesures de prévention en santé publique avant de les appliquer. À l'instar des tests effectués avant la mise sur le marché d'un nouveau médicament, il est indispensable d'éprouver différentes stratégies de prévention sur plusieurs groupes d'individus, sans oublier de les confronter aux comportements d'un groupe contrôle.

À nouveaux risques, nouvelles mesures, et nouvelles méthodes d'évaluation de leur mise en œuvre et de leurs résultats. ↑

Principes et mise en œuvre de la prévention

Améliorer la prévention nécessite de bien connaître les cibles auxquelles elle s'adresse. Il faut aussi développer les interventions dont l'efficacité est prouvée. Au niveau régional, un schéma de prévention inclut promotion de la santé, prévention, soin et médico-social.

L'homo medicus, cible idéale, mais introuvable, des campagnes de prévention

Communiquer en direction du grand public, l'informer et le sensibiliser est un exercice difficile. Il ne faut pas oublier que tout émetteur qui produit un message en direction d'un récepteur a des *a priori* sur sa cible, qu'il lui prête implicitement certaines caractéristiques. Réelles ou imaginaires, ces caractéristiques modèlent les messages et conditionnent leur efficacité. Ce constat général vaut bien sûr pour la prévention des conduites à risque (tabagisme, abus d'alcool, usage de drogues illicites, mauvaises habitudes alimentaires...). En effet, celle-ci a tendance à s'adresser à une cible idéale, à un individu fictif, que l'on pourrait baptiser l'*homo medicus*.

L'homo medicus originel

La notion d'*homo medicus* a été proposée par le médecin et sociologue Patrice Pinell, dans un ouvrage consacré à la naissance de la lutte contre le cancer en France [69]. Analysant en détail la première campagne de prévention menée par la Ligue contre le cancer en direction du grand public, en 1927, il montre que, sans s'en rendre compte, les médecins qui ont conçu cette campagne s'adressaient en fait à une cible fictive, idéale, sorte

de super-étudiant en médecine que Pinell baptise donc *homo medicus*, puisqu'il fallait, pour s'approprier les informations et les recommandations données, maîtriser le vocabulaire médical et être capable de regarder son propre corps comme un objet clinique. Pour Pinell, cet *homo medicus* est donc une fiction inventée par la lutte contre le cancer, fiction nécessaire à son action préventive, mais fiction tout de même, qui la condamne à bien des déceptions : « la croyance en l'*homo medicus* condamne les médecins à éprouver dans leurs pratiques un perpétuel désenchantement » [69].

Ramener la prévention contemporaine des conduites à risque à ce péché originel peut sembler réducteur mais, même si bien sûr la prévention a beaucoup changé et progressé, elle continue malgré tout à s'adresser implicitement à une cible idéale fictive. Il reste alors à préciser les contours de cet *homo medicus* contemporain, en s'appuyant sur trois faits stylisés.

Culture du risque, culte de la santé et gouvernement des corps à distance

Nos sociétés valorisent d'abord ce que le sociologue

Patrick Peretti-Watel
Sociologue,
Inserm UMR912,
Sesstim, ORS
Paca, Aix-Marseille
université

Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 64.



anglais Anthony Giddens nomme la « *culture du risque* », qui exhorte chaque individu à devenir autonome et responsable, à prendre sa vie en main, à se projeter sans cesse dans l'avenir, à « coloniser le futur » en restant attentif aux chances et aux risques qu'il recèle, en s'appuyant pour cela sur le savoir (le plus souvent chiffré) des experts.

Chacun d'entre nous doit donc devenir l'entrepreneur de sa propre existence, et cela tout particulièrement dans le domaine de la santé. En effet, la santé est devenue une valeur cardinale de nos sociétés, une fin en soi, d'autant qu'elle est définie de façon très extensive (à peu de choses près, la santé, c'est le bonheur), au point que certains auteurs parlent de « culte de la santé ».

Soulignons enfin que cette conception de l'homme est en phase avec une nouvelle façon de faire de la politique, dans le domaine de la santé comme ailleurs, que Michel Foucault a appelée le « gouvernement des corps à distance ». Si les individus sont des entrepreneurs rationnels, autonomes et responsables, cela les rend prévisibles, donc éminemment gouvernables : ce n'est donc plus la peine de les contraindre, mais simplement de les informer et de les inciter. En l'espèce, l'exemple type est celui de l'économie politique, qui modélise explicitement les comportements d'un agent doté de préférences clairement définies, en fonction d'un certain nombre de paramètres (taux d'intérêt, fiscalité...) qui constituent les leviers de l'action publique.

L'homo medicus contemporain

De ces trois faits stylisés on peut déduire deux types d'hypothèses implicites que formule la prévention des conduites à risque pour façonner l'homo medicus contemporain. Elle fait d'abord une hypothèse forte sur les préférences individuelles, en supposant que les individus valorisent avant tout leur santé de long terme, qu'ils sont des calculateurs qui cherchent à maximiser leur espérance de vie, plutôt que leur plaisir immédiat. Par exemple, il y a une dizaine d'années, l'Organisation mondiale de la santé formulait le message préventif suivant à destination des jeunes fumeurs : « À 25 ans, vous fumez, votre espérance de vie est de 40 ans, mais si vous arrêtez dès maintenant de fumer, votre espérance de vie sera de 48 ans ». Pour l'OMS, les jeunes fumeurs sont donc des calculateurs, qui se fient à un argument statistique, et qui sont prêts à renoncer à des plaisirs immédiats pour un bénéfice en santé futur : elle leur propose un arbitrage inter-temporel, en supposant qu'ils sont dotés d'une forte préférence pour le futur.

Ajoutons que l'OMS suppose aussi que les jeunes fumeurs font confiance à l'information préventive, et qu'ils sont dotés d'une rationalité instrumentale qu'ils vont mobiliser pour modifier leurs comportements. L'hypothèse contraire, c'est de supposer qu'ils se méfient des messages préventifs, et qu'ils ont tendance à être plus raisonnables que rationnels, et à utiliser l'information qui leur est donnée pour adapter leurs croyances plutôt que leurs comportements.

Une cible qui reste largement fictive

En réalité, une bonne partie d'entre nous ne se conforme pas au modèle de l'homo medicus contemporain. Par exemple, il n'y a pas que la santé dans la vie : quand on demande aux gens ce qui est le plus important dans leur existence, un gros quart répond la santé en premier, mais la famille, les amis, les amours et le travail sont également souvent cités¹. Ensuite, il ne faut pas occulter la question du plaisir. Toutes les conduites à risque procurent du plaisir, et cet aspect est presque totalement absent dans la littérature de santé publique. Il faut également noter que certains individus sont plus tournés vers le présent que vers l'avenir : dans une enquête de l'Inpes en 2008, à la question « Pour gagner quelques années de vie supplémentaires, seriez-vous prêt à vous priver de certains plaisirs de l'existence, comme bien manger, boire ou fumer ? », les réponses positives sont majoritaires, mais 43 % des personnes interrogées répondent tout de même par la négative, et ne feraient donc pas le « bon » arbitrage inter-temporel².

Toutefois, la situation est sans doute pire encore concernant la confiance du public à l'égard de la prévention, et au-delà à l'égard des autorités de santé. S'agissant des actions de protection des personnes que mettent en œuvre les autorités, comme de la véracité des informations diffusées, les niveaux de confiance en population générale sont en effet médiocres, voire extrêmement bas, selon le domaine considéré³. On observe ainsi que moins d'un Français sur trois se fie aux actions menées contre l'obésité ou le tabagisme des jeunes, tandis que moins d'un sur deux se fie aux informations données sur ces deux sujets. Les niveaux de confiance sont encore plus faibles pour les OGM, les pesticides et les nanoparticules (une personne sur dix se fie aux actions menées, comme aux informations diffusées).

Enfin, les individus ne sont pas forcément rationnels, mais plutôt raisonnables. Ils ont tendance à modifier leurs croyances, en déformant, en détournant les informations qui leur sont données, pour conforter leurs pratiques, et donc éviter de les modifier : c'est un phénomène que les psychologues et les sociologues connaissent bien. Les perceptions du risque tabagique illustrent bien ce point : quasiment tous les fumeurs reconnaissent que fumer peut provoquer le cancer, mais sept sur dix associent ce risque à des seuils de consommation qui sont justement supérieurs à leur propre pratique [67]. De même, la majorité des fumeurs estiment que respirer l'air pollué des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer, et que faire de l'exercice permet de se nettoyer les poumons.

En l'occurrence, il s'agit de croyances « fausses », mais qui ont tout de même un substrat de vérité qui peut les rendre convaincantes : le risque varie bien avec le niveau de consommation, la pollution de l'air et ses méfaits

1. Cf. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1242.pdf>.

2. Cf. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1242.pdf>.

3. http://www.irsn.fr/FR/IRSN/Publications/barometre/Documents/IRSN_Barometre-2012_Edition-speciale-30-ans.pdf.

ont été largement médiatisés ces dernières années, et des études très sérieuses ont montré que la pratique sportive diminuait le risque de cancer chez un fumeur.

Homo medicus et inégalités sociales

Mais si les cibles réelles de la prévention ne ressemblent pas forcément à l'*homo medicus*, en outre la distance à cet idéal croît lorsque l'on descend dans l'échelle sociale. Autrement dit, les personnes les plus défavorisées sont les plus éloignées de l'*homo medicus*, en premier lieu parce que la précarité raccourcit l'horizon temporel. Vivre en situation précaire, sans savoir si l'on parviendra à trouver ou à conserver un emploi, un logement, suscite des préoccupations bien plus pressantes que sa santé de long terme. Il est également difficile de se considérer comme l'entrepreneur de sa propre existence lorsque vous avez le sentiment que tout vous échappe : la précarité induit ainsi parfois une forme de fatalisme.

Enfin, les milieux populaires se caractérisent aussi par une plus grande méfiance à l'égard des messages préventifs. Les résultats d'une enquête Inpes de 2008 illustrent ce point : moins les individus sont diplômés, plus ils ont tendance à penser que les campagnes de prévention (concernant l'alcool, le tabac et l'alimentation) sont trop nombreuses, infantilisantes, énervantes, ou qu'elles exagèrent les risques pour la santé⁴.

Ajoutons que cette plus grande distance à l'égard de l'*homo medicus* a des conséquences délétères : en effet, si la prévention est d'autant plus efficace qu'elle s'adresse à des individus qui ressemblent effectivement à l'*homo medicus*, et si les personnes les plus défavorisées sont celles qui y ressemblent le moins, alors l'efficacité de la prévention est socialement différenciée, et elle peut contribuer à creuser les inégalités sociales de santé.

Homo medicus et addictions

La question des addictions, qui préoccupe de plus en plus les pouvoirs publics, peut être abordée comme un cas particulier de ce que le sociologue américain Peter Conrad a appelé la « *médicalisation de la déviance* ». Une conduite médicalisée est une conduite qui est redéfinie comme une pathologie, ou comme le symptôme d'une pathologie, de sorte qu'elle relève d'une prise en charge médicale, sachant qu'en l'absence d'un agent pathogène clairement identifié le levier de la médicalisation est la compulsion : une conduite devient pathologique lorsqu'elle est décrite comme compulsive, addictive. Nous avons ainsi considérablement étendu, ces dernières années, le champ des addictions, qui recouvre désormais non seulement les usages de drogues licites et illicites, mais aussi des pratiques dopantes, des troubles alimentaires, les jeux vidéo, d'argent et de hasard... Évidemment, cette extension a des causes objectives, au premier rang desquelles nos progrès dans la compréhension des mécanismes biochimiques de l'addiction, ainsi que l'essor des nouvelles techno-

logies de l'information et de la communication (jeux en ligne...). D'autres explications devraient toutefois être recherchées, en particulier s'agissant des intérêts des acteurs en présence, qu'ils soient engagés dans des jeux scientifiques, politiques ou économiques.

En particulier, cette extension de la notion d'addiction permet de sauvegarder, au moins provisoirement, le mirage de l'*homo medicus* : plutôt que de considérer que quelqu'un fume, boit, mange trop, ou joue, parce qu'il y prend du plaisir ou satisfait ainsi d'autres besoins, parce qu'il a d'autres préoccupations que sa santé, parce qu'il ne se projette pas dans le long terme, parce qu'il se défie des messages préventifs, bref tout simplement parce que ce n'est pas un *homo medicus*, nous avons tendance à considérer que c'est l'addiction, la compulsion qui endorment, qui éclipsent cet *homo medicus* qui serait malgré tout en chacun de nous. Mentionnons d'ailleurs que la prévention use justement parfois de la rhétorique du réveil, avec par exemple l'idée qu'il faut réveiller le vrai moi entreprenant et autonome qui sommeille dans chaque fumeur. En outre, certaines actions de promotion de la santé visent à restaurer la confiance en soi, l'estime de soi, l'autonomie des individus, avant même d'essayer d'améliorer leur santé : il s'agit bien là d'une tentative pour nous façonner à l'image de l'*homo medicus*.

Sans remettre en cause la pertinence scientifique de la notion d'addiction, on peut donc s'interroger sur l'extension de ses usages en dehors du champ savant. Non seulement la « mise en addiction » des conduites à risque permet de préserver indirectement la cible idéale quoique fictive de la prévention, mais en outre elle a l'inconvénient majeur de nous dissuader de chercher à comprendre ces conduites, c'est-à-dire de dévoiler le sens qu'elles prennent pour ceux qui s'y adonnent. Une fois ces conduites catégorisées comme « addictives », en effet, il n'est plus vraiment nécessaire de se demander quelles sont les motivations, les attentes des individus, puisque la compulsion suffit à en épuiser le sens : de ce point de vue, un fumeur fume, un buveur boit, un joueur joue, chacun simplement parce qu'il ne peut pas s'en empêcher.

En finir avec l'homo medicus ?

Il serait peut-être temps, finalement, de rompre avec cette cible implicite, idéale et fictive, et d'admettre que les « vrais gens » ne sont pas nécessairement des calculateurs autonomes et confiants, dotés d'une rationalité instrumentale et d'une forte préférence pour leur santé future. Tout en mettant fin à ce « *perpétuel désenchantement* » dont parlait Pinell, cela permettrait de mieux ajuster la mire des campagnes de prévention, en ciblant les gens tels qu'ils sont vraiment, dans leur diversité et leurs contradictions, et sans pénaliser les populations précaires. Sans négliger non plus, enfin, leur capacité à s'appropriier les informations préventives, pour les déformer, les détourner, et réassurer leurs conduites à risque, au lieu de les réformer. ↑

4. Cf. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1242.pdf>.



Développer en France une prévention à l'efficacité prouvée

Pierre Arwidson

Directeur des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

Les résultats des recherches sur l'efficacité et l'efficience des interventions de prévention s'accumulent depuis plusieurs décennies. Des revues systématiques et des méta-analyses ont été conduites pour faire le point sur cette abondante littérature scientifique. Ainsi, Thomas et collègues [80] ont analysé 134 essais de prévention du tabagisme en milieu scolaire, conduits en quarante ans et impliquant en tout près de 430 000 élèves. Les auteurs observent une réduction moyenne de 12 % de l'entrée dans le tabagisme par rapport au groupes contrôle pour les programmes fondés sur les compétences et l'influence sociale, et pas d'effet pour ceux fondés sur l'information seule.

Les sujets traités sont très nombreux : par exemple, et pour n'en citer que quelques-uns, programmes de prévention du mésusage de l'alcool, du surpoids chez les jeunes en milieu scolaire, et pour les seniors programmes de prévention des chutes ou promotion de l'activité physique ou d'une meilleure nutrition.

Les auteurs des revues systématiques déplorent que la qualité des méthodes d'évaluation ne soit pas toujours bonne. En effet, de nombreuses difficultés sont liées au fait que les interventions sont souvent conduites dans des milieux sociaux naturels, comme les écoles par exemple. Ils constatent des problèmes liés à une randomisation qui est parfois difficile du fait de la réticence des institutions, ou des violations de l'unité de randomisation, les écoles ayant été finalement tirées au sort et l'évaluateur ayant suivi, à tort, les élèves sans tenir compte du fait que les élèves d'une même école partageaient des caractéristiques et ne pouvaient pas être considérés comme totalement indépendants les uns des autres (existence de corrélations intra-classes). Ils constatent souvent des puissances statistiques non présentées ou insuffisantes et des taux d'attrition parfois élevés. Des progrès dans les méthodes ont été observés avec le temps. La prise en compte des contraintes statistiques liées à la randomisation par clusters est apparue progressivement. Il en est de même avec le calcul en intention de traiter qui permet d'introduire les perdus de vue dans le résultat au lieu de les exclure, ce qui laissait toujours une suspicion sur les résultats réels de l'intervention. La diffusion de mises à jour régulières des recommandations Consort (*consolidated standards of reporting trials*) qui donne des règles pour présenter les résultats des essais est une des raisons des progrès réalisés [15].

Néanmoins, malgré ces difficultés, un certain nombre de programmes émergent comme potentiellement efficaces de ces revues systématiques. Les mêmes programmes sont d'ailleurs repérés par plusieurs revues

ou synthèses comme *Life skills training*, *Good behavior game* ou *Strengthening families program*, qui sont des programmes de prévention dite développementale à large spectre.

Des plates-formes en ligne rassemblant les programmes efficaces

Les articles de recherche primaire et de recherche secondaire comme les méta-analyses sont des textes scientifiques décrivant en détail les protocoles, les analyses statistiques des résultats, les méthodes comparatives. Ces documents n'ont pas de valeur pratique pour les décideurs. C'est pourquoi on a vu naître des plates-formes en ligne rassemblant les programmes efficaces. C'est là que le décideur trouvera les informations pratiques dont il a besoin : une description succincte des programmes – qui manque souvent dans les articles scientifiques et encore plus souvent dans les synthèses –, un jugement sur la qualité de la documentation, sur la qualité de la recherche sous-jacente, en particulier l'existence d'études de réplication et si elles ont été conduites par des évaluateurs indépendants, des concepteurs, la disponibilité d'une formation, d'un dispositif de suivi qualité, et surtout le coût et les coordonnées de l'institution qui diffuse la documentation, offre la formation.

La *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* a ainsi constitué un répertoire en ligne de 300 programmes et pratiques fondés sur les données probantes (*National Registry of Evidence-based Programs and Practices* au www.nrepp.samhsa.gov). Le *National Institute on Cancer* a fait de même et a rassemblé 135 interventions testées dans des conditions de recherche (*research-tested intervention programs, rtips.cancer.gov/rtips*). Le *National Council on Aging* a rassemblé une petite vingtaine d'interventions sur le bien vieillir (<http://www.healthyingprograms.org>).

Les promoteurs des plates-formes citées ci-dessus insistent sur le besoin de consacrer les ressources disponibles à des interventions qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité. Cela semble tomber sous le sens. Faut-il laisser se développer des interventions dont on ne connaît pas l'impact, surtout que cet impact peut être parfois négatif [83], alors qu'il existe des alternatives éprouvées ?

Néanmoins, il faut reconnaître que la majorité des recherches conduites sont nord-américaines. La France est en retard, de même que l'Europe plus généralement, dans le domaine de l'évaluation scientifique de la prévention. Une Société européenne de recherche en prévention a d'ailleurs été créée, avec comme objectif de développer une recherche européenne.

Nous ne sommes donc pas en mesure de mettre aujourd'hui à disposition des décideurs et acteurs français de terrain de tels catalogues de programmes validés, prêts à l'emploi, facilitant l'accès aux manuels, à la formation, aux outils d'évaluation. Les programmes étrangers ne sont pas transposables en l'état, les adaptations nécessaires dépassent toujours de simples traductions. Une adaptation culturelle est nécessaire.

Développer une prévention scientifiquement fondée « made in France »

Il y a donc deux pistes à suivre. La première consiste à importer et adapter des programmes validés ou prometteurs. La deuxième piste consiste à développer des programmes de prévention *made in France* et à les évaluer dans des conditions de recherche.

La première piste nécessite le repérage des programmes efficaces dans la littérature internationale, dans les revues systématiques et les synthèses. C'est ce que l'Inpes s'est efforcé à faire dans le cadre de la refondation de sa programmation. Un numéro spécial de la revue *Santé publique* de juin 2013 rassemble les interventions validées ou prometteuses concernant les jeunes [47]. Une fois repéré, il est nécessaire de prendre contact avec les concepteurs, faire l'acquisition des manuels, suivre une formation. C'est ce qui a été fait avec le programme américain *Strengthening Families Program (SFP)*, qui a été repéré dans une revue *Cochrane* [31] et par le Samhsa (site cité plus haut). Miller et Hendrie [59] ont calculé que le programme SFP permettait un retour sur investissement de 11 dollars pour 1 dollar investi. Une équipe du Comité départemental d'éducation pour la santé des Alpes-Maritimes est en train d'étudier l'adaptabilité du programme en France [73]. Cette approche prudente a été faite également par une équipe britannique pour le même programme SFP [23], de même que pour le programme *Good Behavior Game* [19].

La deuxième piste consiste à partir des initiatives françaises. Elles existent et leur nombre est en croissance. Il y a eu des initiatives dans le domaine du tabac (*Aujourd'hui je ne fume pas*) [78], dans le domaine de l'alcool et des substances psychoactives : le programme CAPRI (Collèges et addictions, programme régional inter-académique) [85], dans celui de la prévention du risque solaire *Vivre avec le soleil à l'école* [75], dans celui de l'aide à l'attachement dans la petite enfance CAPEDP [77], le programme de prévention des chutes chez les femmes âgées *Ossebo* [25], du repérage et de l'intervention brève des buveurs à risque en médecine du travail EIST [57]. L'Inpes commence à suivre cette voie en capitalisant sur les résultats de l'intervention de promotion de l'activité physique chez les collégiens (Icaps) évaluée en Alsace auprès de 954 collégiens de sixième suivis quatre ans [76]. Cette intervention a permis de réduire l'installation de surpoids chez les jeunes du groupe intervention initialement en poids normal (4,2 *versus* 9,8 % dans le groupe contrôle), un

accroissement de l'activité physique supervisée, une baisse du temps d'écran et une augmentation du HDL cholestérol. Un guide de dissémination a été édité [74] et deux appels à projets ont été lancés pour motiver les équipes de terrain à s'engager dans ce type de démarche.

Il faut néanmoins faire émerger plus d'initiatives françaises pour concevoir des programmes *made in France* et cela est un travail d'une longue durée qui nécessite un soutien à long terme. Dans le cadre d'un travail pour le Medical Research Council, Michelle Campbell et collègues [16] distinguent cinq étapes importantes.

1. La phase de sélection d'une théorie de référence. La première consiste à chercher dans les théories disponibles celles qui correspondent le mieux à l'enjeu de prévention et à l'hypothèse des mécanismes sous-jacents.

2. La phase de modélisation. La deuxième consiste à modéliser les composantes de l'intervention et à tester la plausibilité de son effet sur les mécanismes sous-jacents.

3. La phase de l'essai pilote. Il s'agit de tester l'intervention et de comparer son effet avec un comparateur approprié.

4. La phase de l'essai randomisé et contrôlé. Il s'agit de conduire l'essai randomisé et contrôlé avec toute la rigueur méthodologique nécessaire : théorie valide, qualité du contrôle, puissance statistique suffisante.

5. La phase de dissémination sur le long terme. C'est l'accompagnement de l'implémentation du programme dans différents sites.

Pour donner un exemple de la durée de l'investissement nécessaire, le Pr Rona Campbell, qui est à l'origine du programme *Assist (A stop smoking in schools trial)* d'éducation par les pairs chez les collégiens de 12 ans [17], a commencé à développer son projet en 1993 ; l'essai randomisé s'est déroulé entre 2001 et 2004, soit huit ans après. Le principal article dans le *Lancet* a été publié en 2008, et la phase de dissémination est en cours, ce qui fait en tout vingt ans d'activité.

La France a donc besoin de prévoir un investissement à long terme pour développer une prévention scientifiquement fondée. Cela nécessitera une collaboration importante entre les parties prenantes que sont les équipes d'intervenants auprès des différents groupes de population – sans oublier que les interventions se feront de plus en plus à distance par des moyens numériques – et les équipes de recherche.

Comme l'investissement en prévention est souvent menacé en cas de difficultés économiques, il faudra également développer l'approche économique de la prévention comme le recommande la Cour des comptes dans son rapport sur la prévention sanitaire [24]. Cela devrait permettre aux décideurs de se faire une idée des retours sur investissement, quand ils sont possibles, ou les gains obtenus en termes d'années de vie en bonne santé gagnées (Daly) [82]. Ainsi, certains programmes



comme le *Good Behavior Game*, déjà cité plus haut, produiraient un retour sur investissement de plus de 30 dollars pour 1 dollar investi selon des économistes de l'Institut de recherche en politiques publiques de l'État de Washington [52].

De nombreux signaux montrent que nous progressons. L'Iresp, l'INCa, l'ANRS, l'Inpes entre autres se mobilisent pour développer le champ. Un appel à projets mutualisé en prévention primaire est ouvert sous l'égide

de l'Iresp : il comprend une phase de six mois permettant de créer un dialogue entre les équipes de recherche et les acteurs de terrain. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé vient d'organiser un colloque scientifique international sur l'économie de la prévention le 7 juin dernier, une première du genre en France. Et le prochain colloque de la toute jeune Société européenne de recherche en prévention se tiendra à Paris les 14 et 15 novembre 2013. ↑

La prévention durant l'enfance

Didier Jourdan

Université

Blaise Pascal,

Clermont-Ferrand

François Bourdillon

Groupe hospitalier

Pitié-Salpêtrière

Commission

spécialisée

prévention, éducation

et promotion de la

santé du HCSP

La politique de prévention a pour but de protéger les individus et les populations contre les risques sanitaires et de maladie, mais aussi d'améliorer le contexte social, l'environnement et les conditions de vie dans un sens favorable à la santé. Cet article propose des éléments d'analyse sur l'une des dimensions clés de la politique de prévention : celle qui concerne les jeunes et leurs milieux de vie, notamment l'école. S'il est évident que la prévention en direction des enfants et des adolescents présente des spécificités, il n'en reste pas moins qu'elle est appelée à prendre place au sein d'une politique nationale de prévention pour tous, tout au long de la vie.

Après avoir rapidement brossé un état des lieux de la situation actuelle, nous proposerons des pistes de réflexion en vue de l'élaboration d'une politique nationale de prévention pour la jeunesse.

La situation actuelle en matière de prévention durant l'enfance

C'est depuis le XIX^e siècle que la prévention en direction des plus jeunes est considérée comme l'un des enjeux clés des politiques sanitaires. Le principe fondamental est celui selon lequel les interventions sur les déterminants de santé sont d'autant plus efficaces qu'elles interviennent tôt dans la vie. Aujourd'hui, les données épidémiologiques permettent également de souligner le fait que les inégalités de santé se mettent en place très précocement dans la vie des individus [79], justifiant ainsi un engagement fort en matière de prévention en direction des enfants.

Des besoins importants

Les problèmes de santé des jeunes et des adolescents sont bien connus et ils sont très socialement marqués. De l'enfance à l'adolescence, il s'agit d'abord de problématiques liées à la santé dentaire, aux accidents domestiques, aux maladies aiguës de l'enfance (dont bon nombre sont prévenues par la vaccination), au surpoids et à l'obésité, aux maladies chroniques, ainsi qu'aux diverses formes de violences subies par les enfants. Ce sont ensuite les conduites à risque sur la route ou

dans le domaine de la sexualité, les consommations de produits psychotropes (tabac, alcool, cannabis), les troubles du comportement alimentaire, la violence dirigée contre soi ou contre autrui, et les déséquilibres dans la vie quotidienne marqués notamment par une pratique parfois excessive des écrans [7, 32]. Les politiques actuelles ne permettent pas de réduire les principales conséquences de ces problèmes de santé chez les enfants et les adolescents. Le recours aux interruptions de grossesse ne diminue pas [4], de même pour les consommations de tabac et d'alcool des adolescents [71] ou, chez les plus jeunes, les maladies à prévention vaccinale comme la rougeole par exemple [6].

Nous n'aborderons pas ici les différentes thématiques de prévention (voir références dans Bourdillon [10]) mais il importe de souligner :

- pour la petite enfance, l'importance des vaccinations, des bilans de santé (repérage-dépistage), de l'éducation, du soutien aux familles, de la prise en charge et de l'accompagnement des enfants vulnérables ;
- à l'adolescence, le besoin de mieux aborder les questions de conduites à risque, de sexualité...

Une carence politique, des dispositifs opérants, des manques à combler

Il n'existe pas aujourd'hui en France de politique de prévention en direction de la jeunesse, ce qui constitue une faiblesse à court (développement de conduites à risque), moyen et long termes (impact sur la santé de la population). Un ensemble de lacunes persistantes doivent être mentionnées. Elles concernent :

- La gouvernance nationale de la politique de prévention en direction de la jeunesse :
 - ◆ la Direction générale de la santé ne dispose pas de capacités d'action suffisantes dans le champ de la prévention ;
 - ◆ l'agence d'État en charge de la prévention et de l'éducation pour la santé, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), rencontre des difficultés à jouer son rôle d'instance stratégique qui aide à définir les orientations d'une politique nationale, mobilise les acteurs, leur donne les moyens d'intervenir ;

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

◆ l'assurance maladie, financeur et acteur de prévention, agit essentiellement de manière autonome et dans une logique de gestion des risques [10];

◆ les difficultés de pilotage et de recrutement constituent un frein au développement de l'action des équipes de prévention médicalisées, notamment les services de protection maternelle et infantile et de santé scolaire qui sont des acteurs essentiels de la prévention. Le rapport de l'Igas [37] pointait déjà le manque d'accompagnement de la PMI par les instances nationales et les fortes disparités existant d'un département à l'autre. En ce qui concerne la santé scolaire, les différents rapports récents mettent en évidence une définition trop large des missions, incompatible avec les ressources humaines disponibles; une gouvernance inadéquate à l'échelon national et régional; une collaboration entre professionnels trop limitée au sein des établissements et une articulation insuffisante de la médecine scolaire avec la médecine de ville et la médecine hospitalière à l'échelon des territoires; des difficultés dans le recrutement et la formation des professionnels [33].

◆ par ailleurs, on observe une fragilisation des réseaux de professionnels de la prévention. C'est notamment le cas des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), dont la situation est loin d'être encore stabilisée.

● Le pilotage régional par les agences régionales de santé (ARS). Au sein des ARS, la politique de prévention tient une place encore insuffisante tant en termes financiers que d'orientation. Les premiers bilans des ARS soulignent le manque d'investissement en termes de prévention au profit de l'offre de soins [53]. Le développement des pôles régionaux de compétences n'a pas permis de stabiliser les équipes ou de mener à bien la professionnalisation des acteurs [41].

● La quasi-absence de lien à la recherche et à l'innovation du fait à la fois de la relative faiblesse des universités dans le domaine de la prévention et de l'insuffisante perméabilité du secteur où dominent des visions souvent très idéologiques de l'intervention.

Pour autant, une large variété de dispositifs de prévention émanant des services de l'État, des collectivités territoriales ou du secteur associatif sont opérationnels. Il convient de s'appuyer sur eux, de donner de la cohérence, de valoriser les pratiques pertinentes et de consolider les réseaux existants, mais également de pallier les manques pour gagner en efficacité, notamment en direction des jeunes les plus vulnérables.

Les principes généraux d'une politique de prévention pour la jeunesse

La politique de prévention vise trois objectifs principaux *Agir sur les déterminants*

La santé est sous la dépendance d'un large ensemble de facteurs environnementaux, sociaux et individuels. L'objectif d'une politique de prévention est de mobiliser

les moyens d'une action sur ces différents déterminants de deux manières :

● via une action sur les conditions de vie qui influencent la santé : l'environnement physique et social, l'éducation et l'accès aux services de santé appropriés ;

● via une action d'éducation à la santé qui vise à donner les moyens à chacun de prendre en charge sa propre santé.

Lutter contre les inégalités

Comme nous l'avons indiqué précédemment, l'enjeu est aujourd'hui d'intervenir tôt (les interventions sur les déterminants de santé sont d'autant plus efficaces qu'elles se produisent tôt dans la vie des individus) et de lutter contre les inégalités de santé, celles-ci se mettant en place très précocement dans la vie des individus. Si la grande majorité des enfants et des adolescents français vont bien, une part d'entre eux est en situation de vulnérabilité pour des raisons physiques, psychologiques ou sociales en raison d'une maladie chronique qui les affecte ou bien d'un handicap. La politique nationale de prévention pour la jeunesse doit viser à la réduction des inégalités et se doit d'articuler des dispositifs destinés à l'ensemble de la population des enfants et adolescents et d'autres spécifiques pour les plus vulnérables.

Intervenir au plus près des populations

Les données disponibles montrent également de fortes inégalités territoriales. Aussi la politique nationale a-t-elle pour vocation de rendre possible un accès équitable à la prévention par le développement de politiques territoriales de prévention pour tous les jeunes au plus près des lieux de vie.

Une politique de prévention appelée à se décliner selon trois axes

Dans le but d'agir sur les différents déterminants de la santé des enfants et des adolescents, il importe de décliner la politique de prévention selon trois axes :

Un axe population

Elle concerne les trois âges : la prime enfance (péri-natalité et petite enfance), l'enfance et l'adolescence (et inclut des actions en population générale), et des dispositifs en direction des jeunes les plus vulnérables.

Un axe milieu

Elle se décline au sein des différents milieux de vie des jeunes par une politique de soutien des familles en matière de prévention (autour des conduites à risque des adolescents notamment), une politique de santé à l'école affirmée, une démarche de structuration de la prévention par les différents acteurs du monde de la culture, du sport et des loisirs.

Un axe thématique

Elle prend en compte un ensemble de thématiques prioritaires de santé chez les jeunes (addictions, conduites à risque, obésité, sexualité...).



La politique nationale articule les volets sanitaire, éducatif et social des politiques publiques en matière de prévention

La prévention est l'une des composantes de toutes les politiques en direction des jeunes. C'est donc l'ensemble des parties prenantes de la santé, de l'éducation et de l'accompagnement social des jeunes qui est concerné.

La politique nationale s'appuie sur les réalisations existantes, définit les priorités et structure l'ensemble dans une vision cohérente à l'interface des politiques sociale, de santé et d'éducation.

Volet sanitaire de la prévention

Il s'agit de la prévention médicalisée : dépistage, diagnostic, prise en charge, vaccination, accompagnement des enfants handicapés et porteurs de maladies chroniques, santé environnementale. Ce volet est sous la responsabilité directe de l'ARS et mobilise les acteurs de santé du territoire (notamment libéraux) et les structures spécifiques (maison des adolescents, par exemple).

Volet éducatif

Sa dimension principale est constituée par la politique de santé scolaire qui est sous la responsabilité du ministère de l'Éducation nationale [34] et doit s'insérer dans la politique nationale de prévention en direction des jeunes. Les milieux de la culture, du sport et des loisirs sont aussi concernés, à l'instar de ce qui a été conduit avec les fédérations sportives et le ministère de la Jeunesse et des Sports. Dans tous les cas, deux dimensions sont abordées :

- apprendre à prendre soin de soi et des autres (Alimentation, Hygiène, Rythmes de vie, Sexualité, Activité physique, Sécurité : domestique, routière, professionnelle, Apprentissage du porter secours, Usage du système de santé);
- éviter les conduites à risque (Usage de substances psychoactives licites ou illicites : toxicomanies, consommations à risque, Violence dirigée contre soi ou contre les autres, Conduites dangereuses sur la route et dans le cadre d'activités sportives, Conduites sexuelles à risque).

Volet social

Les axes concernent d'une part ce qui relève spécifiquement des compétences des collectivités territoriales : la petite enfance, les politiques sociales en direction des jeunes en situation de vulnérabilité, le soutien parentalité et, d'autre part, la politique territoriale de santé qui mobilise tous les acteurs et vise à agir sur les déterminants de santé de la vie des jeunes à l'échelon local.

Développer la recherche et la formation

L'une des principales limitations du dispositif actuel est son trop faible ancrage sur la recherche et la formation. La politique de prévention doit s'appuyer, comme tous les secteurs de la vie sociale et économique,

sur l'innovation et les transferts en provenance de la recherche tout comme sur les formations universitaires professionnalisantes à la prévention (licences professionnelles et masters). Il importe, aux échelons national et régional, d'appuyer les politiques sur la recherche et la formation par :

- la création d'un consortium national d'universités en articulation avec l'EHESP *via* un appel à projets structurant permettant de stimuler la recherche et les collaborations scientifiques, de développer en partenariat de formations de haut niveau adaptées aux enjeux de santé publique sur tout le territoire;
- la rédaction de conventions entre les ARS et les universités dans toutes les régions. Ces conventions incluent trois volets : la recherche, la formation initiale et continue, et la valorisation dans le champ de la prévention.

Clarifier la gouvernance

La politique de prévention en direction des jeunes est l'un des secteurs pour lesquels peut se mettre en place une gouvernance de la santé qui articule véritablement trois niveaux :

- le pilotage par l'État stratège ;
- la maîtrise d'ouvrage à l'échelon régional qui relève de la politique régionale de santé publique définie par un « conseil de prévention régional » et portée par les ARS ;
- la maîtrise d'œuvre qui relève de tous les acteurs territoriaux des champs sanitaire, éducatif et social.

La politique nationale de prévention en direction de la jeunesse doit constituer un axe essentiel du volet « politique de prévention et d'éducation à la santé pour tous, tout au long de la vie » de la future loi de santé publique. Le pilotage en est confié à la DGS et la mise en œuvre à l'Inpes, en s'appuyant sur un ensemble de conventions liant le ministère chargé de la Santé à ceux chargés de l'Éducation, de la Jeunesse et des Sports. L'Inpes est appelé à jouer un rôle déterminant dans cette politique de prévention et d'éducation à la santé à l'échelon national et dans l'accompagnement des régions. En ce qui concerne le financement des ARS, il importe de flécher, dans un cadre pluriannuel, les crédits consacrés à la prévention de façon à assurer la pérennité des dispositifs et à sortir de la précarité permanente des acteurs de prévention.

La maîtrise d'ouvrage de la prévention en direction de la jeunesse doit être transférée à l'échelon régional. Pour que cela soit possible, il importe de créer le « conseil de prévention régional » présidé par le directeur général de l'ARS, instance associant l'ensemble des acteurs en vue de la définition de la politique de prévention, qui est ensuite incluse et validée au sein du projet régional de santé. Cette instance remplace les commissions de coordination interinstitutionnelle. La rédaction de cette politique régionale s'appuie sur la politique nationale et est structurée autour des trois axes : populations, milieu et thématiques.

En conclusion, nous souhaitons insister sur le fait

que la mise en place d'une politique de prévention ambitieuse représente un enjeu de premier ordre. Une telle politique est nécessairement complexe, et cela doit être assumé. Sans prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé et sans mobilisation des acteurs des champs sanitaire, éducatif et social, il n'est pas possible d'avoir une action efficace et de réduire les inégalités de santé. Le pilotage de cette politique doit être national et associer, autour du ministère de

la Santé, ceux de l'Éducation, de la Jeunesse et des Sports. La maîtrise d'ouvrage de cette politique doit être confiée aux ARS, dont le budget prévention doit être augmenté et fléché. La politique doit être articulée selon trois axes : population, milieu et thématiques (obésité, addictions, conduites à risques, sexualité...). L'ancrage sur la recherche dans le domaine de la prévention, la formation universitaire à la prévention et le transfert de l'innovation sont une clé du succès de cette politique. ↑

Transversalité et intersectorialité : le schéma de prévention du projet régional de santé des Pays de la Loire

La prévention et la promotion de la santé sont une priorité du projet régional de santé (PRS) de l'agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire. S'inscrivant dans le paradigme défini par l'Organisation mondiale de la santé¹ et la charte d'Ottawa², le PRS reconnaît que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie et que la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur de la santé : elle exige, pour agir sur les déterminants de la santé, l'action coordonnée de tous les intéressés, ARS et acteurs et professionnels du secteur de la santé bien sûr, mais aussi des autres secteurs, sociaux, médico-sociaux et économiques, les collectivités territoriales, le monde du travail et de l'éducation, et les médias. Il en résulte une double nécessité. D'une part, nécessité d'une approche intersectorielle de la prévention et de la promotion de la santé et, d'autre part, nécessité d'une approche transversale de l'organisation de l'offre en santé qui intègre les actions de prévention, de promotion de la santé, du soin et de l'accompagnement médico-social.

C'est d'ailleurs pour être en mesure d'adopter une approche transversale de la régulation des activités de santé que la loi HPST avait fait évoluer le paysage institutionnel dans trois directions. D'abord, elle a rassemblé les compétences cloisonnées entre sept organismes de l'État et de l'assurance maladie³, en créant les agences

régionales de santé. Ensuite, elle a unifié la planification régionale, éclatée entre de multiples schémas et programmes indépendants⁴, en confiant à l'ARS l'élaboration et la conduite d'un projet régional de santé transversal à l'ensemble des champs, de la prévention et de la promotion de la santé, des soins ambulatoires et hospitaliers et de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées et âgées. Enfin, elle a fait évoluer la concertation avec les acteurs, dispersée entre la conférence régionale de santé et de multiples comités techniques sectoriels ou thématiques en créant des instances de démocratie sanitaire : d'une part, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et ses commissions spécialisées qui animent le débat public et proposent des avis sur les politiques de santé conduites par l'ARS ; d'autre part, deux commissions de coordination des politiques publiques qui associent les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale compétents, et veillent à la cohérence ainsi qu'à la complémentarité des politiques publiques menées dans les domaines de la prévention et de l'accompagnement médico-social.

Transversalité et intersectorialité dans la conception et l'élaboration du PRS

Le projet régional de santé vise à améliorer la santé de la population régionale et à réduire les inégalités de santé en optimisant l'efficacité des services de santé. C'est un document unique qui fixe pour cinq ans les orientations

régionale de santé (MRS) et une partie de la Caisse régionale de l'assurance maladie (Cram).

4. Le schéma régional d'organisation des soins (Sros), le programme régional de santé publique (PRSP), le programme interdépartemental de l'accompagnement médico-social (Priac), le programme de gestion du risque (PRGDR), le programme d'accès aux soins et à la prévention (Praps), conçus de façon indépendante et comprenant chacun ses orientations stratégiques, ses objectifs et ses plans d'actions et s'adressant chacun aux acteurs d'un secteur d'activités de santé.

Pierre Blaise

Directeur du Projet régional de santé
Christophe Duvaux
Directeur général adjoint, en charge de la Prévention et de la Protection de la santé

Marie-Sophie Desaulle

Directrice générale
Agence régionale de santé des Pays de la Loire

1. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946.

2. Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), 17-21 novembre 1986. Texte de la charte disponible à l'adresse : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.

3. L'ARS regroupe et fusionne l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass), la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass), l'union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam), le groupement régional de santé publique (GRSP), la mission



stratégiques du projet, les objectifs qui déclineront ces orientations, puis les plans d'actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs⁵ (figure 1). Son élaboration a été l'un des premiers défis que les toutes nouvelles agences régionales de santé ont eu à relever. D'abord parce qu'il s'agissait d'un projet, mobilisant l'agence et ses partenaires, pour faire évoluer le système de santé dans son ensemble face à de nouveaux enjeux et non de la juxtaposition d'un schéma directeur pour orienter les autorisations d'activités, d'un programme d'actions de prévention et d'un programme d'allocation de ressources pour la création de places d'accompagnement médico-social. Ensuite parce qu'il devait être le point d'ancrage du fonctionnement en mode projet des ARS, une modalité nouvelle, du moins à cette ampleur, de conduite de la régulation de l'offre en santé.

L'élaboration du PRS devait être saisie comme une opportunité de décloisonner les décideurs, les acteurs et les opérateurs de santé autour d'un document unique et transversal, du soin à la prévention et à l'accompagnement médico-social. Il fallait donc repenser complètement la façon de structurer ce document pour ne pas risquer de se limiter à une simple actualisation et juxtaposition des documents existants. Il fallait éga-

5. Le PRS rassemble et hiérarchise trois séries de documents : (i) les orientations stratégiques, (ii) les trois schémas, de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale puis (iii) les programmes territoriaux de santé et quatre programmes régionaux – le programme interdépartemental de l'accompagnement médico-social, le programme de télémédecine et des systèmes d'information, le programme d'accès à la prévention et aux soins, le programme de gestion du risque. Actualisé en 2013, il est disponible sur le site de l'ARS à l'adresse : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr>

lement repenser la façon d'associer les acteurs à son élaboration.

Afin d'assurer la cohérence globale du projet, il a été décidé que le plan stratégique régional de santé définirait les orientations stratégiques pour l'ensemble du projet, que les trois schémas fixeraient les objectifs concrétisant ces orientations et que les programmes régionaux et territoriaux déclinaient les plans d'actions pour atteindre ces objectifs. Ainsi l'ensemble des documents devenaient irrémédiablement liés.

Afin de relever le défi de la transversalité, il a été décidé que les schémas ne seraient exclusifs ni d'une thématique ni d'un secteur. C'est pourquoi les objectifs concernant l'engagement dans des activités de prévention des médecins généralistes ou des hôpitaux telles que la vaccination ou le développement de la culture du risque et du signalement dans les établissements de soins ou les services et établissements médico-sociaux sont inscrits dans le schéma de prévention plutôt que dans les schémas d'organisation sanitaire ou médico-sociale. De même, l'objectif de prévention de la perte d'autonomie dans les établissements médico-sociaux concernant par exemple les chutes, la dénutrition ou l'iatrogénie est inscrit au schéma de prévention. Ainsi, le schéma de prévention ne s'adresse pas aux seuls professionnels ou associations de prévention, ni le schéma d'organisation des soins aux seuls professionnels du soin, ou le schéma d'organisation médico-social aux seuls responsables et professionnels des services et établissements médico-sociaux. Inversement, des objectifs de promotion de la santé sont traités ailleurs que dans le schéma de prévention. Ainsi, par exemple,

Les commissions de coordination dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile

En dotant les agences régionales de santé d'une gouvernance renouvelée, la loi HPST a confié à deux instances la mission de traiter des questions de prévention :

- la conférence régionale de santé et de l'autonomie, qui participe à la définition de la politique régionale de santé et sa commission spécialisée sur la prévention,
- la commission de coordination des politiques publiques associant les services de l'État, les organismes de Sécurité sociale et les collectivités territoriales, compétents pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions de prévention dans chaque région et territoire. Ces dernières sont les lointaines héri-

tières des comités de pilotage État/assurance maladie mis en place à l'époque des programmes régionaux de santé (1997-2005), puis, plus récemment, des groupements régionaux de santé publique (2005-2011). Les commissions de coordination dans le domaine de la prévention répondent, comme leurs aînés, au constat de la diversité des promoteurs et des financeurs dans ce domaine.

Le décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 prévoit la participation des services de l'État exerçant des compétences dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, des représentants des collectivités territoriales ainsi que des repré-

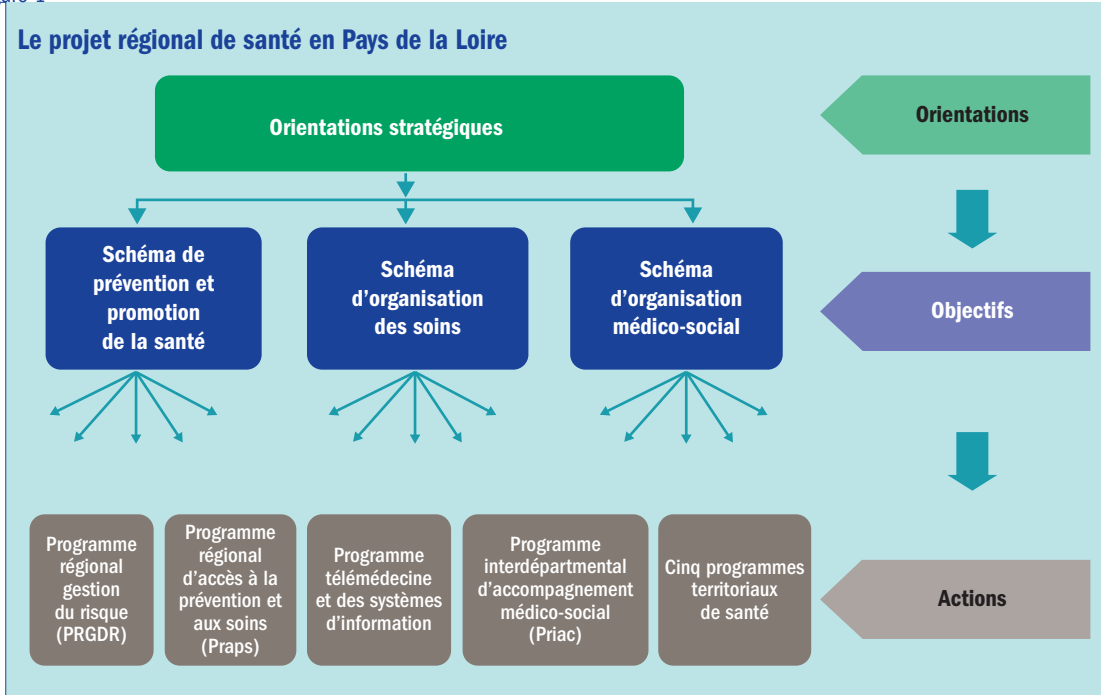
sentants des organismes de sécurité sociale pour :

- organiser la mise en commun des données en vue du diagnostic,
- contribuer à l'élaboration du projet régional de santé,
- favoriser la complémentarité des actions et déterminer les modalités de cofinancement.

Aujourd'hui, toutes les commissions de coordination sont en place, elles ont rédigé leur règlement intérieur et elles se réunissent pour définir thèmes, publics et territoires prioritaires, et mettre ainsi en œuvre de façon concrète les orientations du projet régional de santé. ↑

Véronique Mallet
HCSP

figure 1



l'importance de permettre à chacun d'être acteur de sa santé est déclinée dans l'objectif « *garantir l'expression de l'utilisateur et prendre en compte les attentes de la personne* », inscrit au schéma d'organisation des soins pour mobiliser les professionnels soignants autour de cette dimension essentielle de la promotion de la santé.

Afin de relever le défi du décloisonnement des acteurs, les groupes de travail ont fait appel aux membres de la CRSA dont la composition est très large plutôt qu'à des groupes techniques de professionnels experts d'un domaine spécialisé, et ils ont mêlé des professionnels ou des représentants institutionnels appartenant à des secteurs d'activité différents. Cette démarche a initialement dérouté les acteurs. Les représentants d'utilisateurs escomptaient traiter en spécialistes les questions d'accès aux soins et de respect des droits des usagers, les professionnels hospitaliers les questions d'organisation des soins hautement spécialisés, ou bien les professionnels de l'éducation pour la santé les questions de prévention en population dans les territoires de santé. La démarche a été portée par le comité de pilotage du projet, réunissant à parité membres de la CRSA et équipe projet de l'agence, même si elle a donné lieu à discussion au sein de la commission permanente de la CRSA. La diversité des groupes a été reconnue comme une richesse. Elle a parfois pu être révélatrice du cloisonnement des acteurs. Par exemple, lorsqu'un professionnel du soin évoquant les difficultés de coordination sur le terrain a fait la connaissance de partenaires de son propre territoire qu'il rencontrait pour la première fois dans le groupe de travail. En croisant

les points de vue, l'exercice a probablement permis de fixer les objectifs du PRS à partir d'une perspective plus profane, plus citoyenne et plus proche des besoins ressentis que s'ils avaient été fixés par des groupes de professionnels, experts du sujet.

Afin d'assurer la qualité technique des propositions, les groupes de travail étaient alimentés par des notes techniques proposées par le groupe projet à partir de recommandations issues de la littérature scientifique, de guides de bonnes pratiques ou de contributions d'experts venant des commissions spécialisées de la CRSA ou des services internes de l'agence. De plus, avant d'arrêter les objectifs du projet, les différentes instances de démocratie sanitaire ont été sollicitées, comme le prévoient les textes réglementaires, pour produire un avis sur les objectifs du PRS fixés dans ses différents schémas. Cela représentait une opportunité supplémentaire pour recueillir le point de vue des spécialistes de telle ou telle question.

Le PRS a été arrêté, le 9 mars 2012, après avis des instances de démocratie et deux années rythmées par une alternance de périodes de travaux de groupes, d'écriture et de concertation. Il constitue un ensemble intégré de trois orientations stratégiques, 61 objectifs et 9 programmes d'actions, dont 1 programme territorial de santé pour chacun des 5 territoires de santé de la région. Dans le champ de la prévention, les orientations stratégiques tracent deux lignes de force. D'abord l'importance d'intégrer la prévention et la promotion de la santé dans tous les champs et secteurs de l'action sanitaire et sociale. Autrement dit, l'affirmation que



la prévention est l'affaire de tous, pas celle de spécialistes. Ensuite, l'importance d'une approche partenariale multisectorielle pour réduire les inégalités de santé, sociales, territoriales et environnementales. Les enjeux de prévention et de promotion de la santé sont ensuite traités à travers les 15 objectifs du schéma de prévention (encadré). À partir de l'état des lieux et de l'observation de la santé régionale avec le concours de l'ORS des Pays de la Loire 7 priorités régionales sont identifiées : la nutrition et l'activité physique, les conduites addictives, le bien-être mental et le risque de suicide, la santé environnementale, les relations affectives et sexuelles, la prévention de la perte d'autonomie, les risques infectieux et la politique vaccinale.

Transversalité et intersectorialité dans la mise en œuvre

Après le temps de l'écriture du projet vint le temps de la mise en œuvre. Là encore, les deux enjeux – approche transversale intégrant prévention, soins et accompagnement médico-social et approche intersectorielle – ont guidé l'ingénierie de mise en œuvre. Des accords de méthode ont été signés avec la direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale (DRJSCS) et avec le conseil régional ainsi qu'une convention de partenariat avec l'Éducation nationale (rectorat). Pour agir sur les déterminants environnementaux de la santé,

l'ARS s'est appuyée sur la dynamique régionale partagée du deuxième Programme régional santé environnement (PRSE2), signé par le préfet de région, le conseil régional et l'ARS quelques mois après la création de l'agence.

Cette démarche intersectorielle s'est appuyée sur la commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, créée avec l'ARS et qui réunit l'ensemble des acteurs. Animée par l'ARS, cette commission s'est attachée à croiser les plans d'actions annuels de chacun de ses membres dans un plan d'actions commun baptisé « feuille de route partenariale de prévention ». Elle met aussi à contribution régulièrement les membres de l'autre commission de coordination des politiques publiques, en matière d'accompagnement médico-social sur des sujets de prévention et de sécurité sanitaire.

L'élaboration de la feuille de route 2013 a reposé sur un bilan partagé d'exécution de la feuille de route 2012, l'une et l'autre validés par la commission de coordination. Cet exercice de révision et d'actualisation, qui mobilise fortement les ressources de l'agence, n'est pas une simple formalité pour les membres car elle sous-tend le principe d'un regard extérieur sur ses propres réalisations. L'ARS doit être à cet égard exemplaire pour que la confiance, véritable moteur de cette dynamique intersectorielle, ne se grippe pas.

Les objectifs du schéma régional de prévention de l'ARS des Pays de la Loire

1. Être acteur de sa santé

Objectif 1 Permettre à chaque personne d'être acteur de sa santé en mobilisant ses ressources personnelles

Objectif 2 Garantir l'accès à un programme d'éducation thérapeutique à chaque patient le nécessitant

2. Une politique de prévention de proximité organisée en fonction des thématiques régionales prioritaires

Objectif 3 Cibler les actions de prévention sur les priorités régionales en agissant auprès des populations à des périodes sensibles de leur vie

Objectif 4 Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences

Objectif 5 Améliorer la couverture vaccinale de la population ligérienne

3. La prévention et la promotion de la santé intégrées

Objectif 6 Développer les compétences des acteurs de santé pour une prévention de qualité

Objectif 7 Renforcer l'engagement des acteurs de santé du premier recours dans des actions de prévention de proximité

Objectif 8 Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée

Objectif 9 Maîtriser les risques liés aux activités de santé

4. Une veille sanitaire et une anticipation des crises partagées

Objectif 10 Développer la culture du risque sanitaire et du signalement

Objectif 11 Anticiper et prévenir les crises sanitaires

5. Une mobilisation pour la réduction des inégalités de santé

Objectif 12 Observer et partager les données de santé pour une politique publique coordonnée de réduction des inégalités de santé

Objectif 13 Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité

Objectif 14 Réduire les impacts de l'environnement sur la santé

Objectif 15 Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence.

La feuille de route partenariale consiste en 2013⁶ en 11 fiches-projets, croisant des publics prioritaires comme les jeunes, les personnes en situation de précarité sociale ou les personnes en perte d'autonomie et des thématiques ciblées dans le schéma de prévention comme les conduites addictives, la nutrition et l'activité physique, la santé mentale, la santé-environnementale, la politique vaccinale et le dépistage des cancers. Chaque fiche-projet précise les actions menées individuellement ou en commun par les différents membres de la commission pour atteindre les objectifs du PRS. Elle mentionne le porteur de l'action, les partenaires concernés et le calendrier de mise en œuvre, et constitue un outil de lancement et de suivi du projet.

La mise en œuvre des actions de la feuille de route mobilise les outils de régulation de l'ARS, contractualisation, labellisation et autres allocations de ressources, et se concrétise dans des appels à projets concertés.

L'action 5 de la feuille de route partenariale associe par exemple la DRJSCS, la direction régionale de l'environnement de l'aménagement et du logement (Dreal) et la direction régionale de l'alimentation de l'agriculture et de la forêt (Draaf) pour l'accès des personnes les plus vulnérables à une alimentation saine et à la pratique d'activités sportives adaptées. Elle déploie des actions de formation des bénévoles et salariés de la distribution alimentaire pour une diversification quantitative et qualitative des denrées récoltées et distribuées, ou encore des actions de formation des éducateurs et la labellisation des clubs sportifs pour qu'ils accueillent les publics vulnérables.

L'action 4, qui porte sur la santé environnementale, un domaine éminemment intersectoriel, fait référence à de multiples actions du deuxième plan régional santé environnement (PRSE2) ou du plan régional santé travail (PRST). Les activités concernent, par exemple, la prévention des allergies grâce au pollinarium sentinelle, une innovation portée par l'ARS et la ville de Nantes qui permet de prévenir les personnes allergiques de l'imminence de la diffusion des pollens. Ou la réduction des expositions à l'amiante dans l'environnement et en milieu de travail en associant Direccte, Capeb, FFB et ARS. Ou encore l'amélioration de l'air intérieur et la lutte contre l'habitat indigne, qui mobilise conjointement Dreal et ARS dans des activités de sensibilisation, d'information, de formation, d'échange de pratiques ou d'interventions par des conseillers en environnement intérieur, par exemple, pour protéger les enfants les plus sensibles et les personnes les plus vulnérables.

La synergie avec le réseau de l'assurance maladie a trouvé sa déclinaison naturelle dans le cadre du programme régional de gestion du risque (PRGDR). Deux fiches actions ont ainsi été rajoutées au PRGDR régional et élargissent à la feuille de route partenariale. L'une concerne la vaccination, l'autre le dépistage des cancers.

6. La feuille de route 2013 «prévention» est disponible sur le site de l'ARS à l'adresse <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Projet-regional-de-sante.107789.0.html>

La fiche action 6 de la feuille de route partenariale vise à réduire les inégalités sociale de recours au dépistage des cancers en associant les efforts de l'ARS et de l'assurance maladie pour mobiliser les structures de gestion des dépistages autour de leur plan d'action vers les bénéficiaires de la CMU-C ou pour mobiliser les professionnels de santé libéraux en contractualisant avec les maisons de santé pluriprofessionnelles autour de l'incitation au dépistage.

La Mutualité française des Pays de la Loire porte en propre l'action 3 de la feuille de route qui vise à *renforcer la coordination des acteurs en milieu festif* sous la forme d'actions de formation des organisateurs d'événements, intervention auprès du Réseau musiques actuelles, par exemple, ou d'échange de pratiques entre intervenants en prévention et réduction des risques lors de rassemblements festifs, en particulier pour prévenir l'alcoolisation massive des jeunes, en hausse dans la région.

La contractualisation avec les établissements de santé et avec les maisons de santé pluriprofessionnelles est un levier de mobilisation des acteurs. C'est ainsi, par exemple, que se met en œuvre l'action 7 de la feuille de route qui vise à prévenir la dénutrition des personnes âgées par un examen bucco-dentaire systématique (contractualisation avec l'URPS chirurgiens dentistes) des résidents des établissements pour personnes âgées dépendantes de la région (inscription de l'action au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens – CPOM – des établissements médico-sociaux).

La concertation intense requise par l'action intersectorielle a permis aussi de renforcer le cadre de déploiement des actions, d'améliorer la visibilité pour les opérateurs et in fine d'assumer la recherche d'efficacité des financements en évitant des affectations de ressources potentiellement redondantes auprès des associations de prévention. Concrètement, le nombre de porteurs de projets s'est accru avec une meilleure mobilisation des moyens de chacun.

La souplesse de l'allocation de moyens autorisée par le fonds d'intervention régional (FIR) est une avancée majeure pour assurer la déclinaison transversale des objectifs de l'agence en matière de prévention. Le fonds d'intervention régional met en commun autour de 6 domaines d'action du PRS⁷ des financements jusque-là fléchés et véhiculés dans des enveloppes de nature diverses, budgets opérationnels de programmes (BOP) et autres Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac). La fongibilité permise par le FIR entre ces financements permet à l'agence de les orienter vers les domaines d'actions prioritaires retenus par le projet régional de santé. Le niveau de financement des actions consacrées à la prévention est sanctuarisé

7. Les 6 domaines d'intervention du FIR en Pays de la Loire sont la prévention, la promotion de la santé, l'amélioration des parcours de santé, la permanence des soins ambulatoires, la permanence des soins en établissements de santé, l'accès aux soins spécialisés, et l'accompagnement de l'évolution du système de santé.



par le principe de fongibilité asymétrique en faveur de la prévention. À périmètre constant, entre 2012 et 2013, les montants alloués à la prévention par l'ARS se sont accrus de 1,51 % pour un montant total prévisionnel de 13 657 349 d'euros en 2013.

L'évaluation du projet et des politiques publiques qu'il porte, à travers un jeu d'indicateurs inscrit au PRS, permettra d'apprécier dans quelle mesure l'exigence de transversalité et la collaboration intersectorielle voulues par l'ARS ont été effectivement mises en œuvre et appropriées par les acteurs et surtout si elles se traduisent concrètement dans leurs effets sur la santé de la population ligérienne. Des thématiques d'évaluation ont été inscrites dans le PRS dès son élaboration portant sur des populations spécifiques (bien-être des jeunes, qualité de vie à domicile des personnes âgées de plus de 75 ans, santé des populations en grande vulnérabilité, qualité de vie des personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychiques, participation individuelle et

collective des usagers). Conduite tout au long de la mise en œuvre du PRS, l'évaluation permet d'orienter l'action, tout en préparant l'évaluation finale qui fera le socle de la génération suivante du projet régional de santé. D'ores et déjà, une première évaluation a été menée en 2012, portant sur les politiques publiques régionales de lutte contre le suicide. Elle a produit des recommandations concrétisées dans trois actions de prévention du suicide inscrites dans les feuilles de route 2013. L'action 8 de la feuille de route partenariale de prévention associe ainsi l'ARS, la Directe et la Mutualité sociale agricole (MSA) dans des activités de sensibilisation et de formation à la prévention du suicide des professionnels de santé, sociaux et du monde du travail. Un appel à projets commun à l'ARS et à la MSA est envisagé pour 2014 sur ce thème. En 2013, c'est l'évaluation des politiques publiques en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité qui est à l'œuvre. ↑

En santé à l'école... ou agir pour renforcer les compétences psychosociales de 6 000 enfants scolarisés en Pays de la Loire

Marie-Odile Williamson

Patrick Lamour

Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé des Pays de la Loire (Ireps)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

En 2001, après une expérimentation de trois années et dans un contexte de priorité régionale de santé, est mis en place un programme de prévention primaire des conduites addictives en milieu scolaire auprès des enfants de 7 à 12 ans. L'action s'appuie sur une démarche d'éducation pour la santé au sens de « *développer les aptitudes individuelles* » [64] qui repose sur la dimension globale de la santé et de l'enfant, le principe d'une intervention précoce et inscrite dans la durée. À la fin des années 90, les travaux du groupe d'experts de l'OMS [3] sur les compétences psychosociales (figure 1) et l'expérience des « *life skills training program* » [9, 55] développés dans les pays anglo-saxons incitent à retenir une stratégie d'intervention innovante : le développement des compétences psychosociales.

Il s'agit alors de renforcer, chez les enfants de 7 à 12 ans, les capacités nécessaires pour faire face aux événements prévisibles et imprévisibles de leur existence en termes de savoir, savoir-faire et savoir être. Les objectifs posés sont alors de :

- Permettre à l'enfant d'avoir accès à une prévention qui le rend capable :
 - ◆ d'identifier, d'analyser et de verbaliser les situations difficiles,
 - ◆ d'élaborer des réponses adaptées aux problèmes rencontrés,

- ◆ de développer des possibilités de libre choix face à une prise de risques.

- Transférer aux enseignants des savoirs faire en renforcement des compétences psychosociales.

Le programme doit bénéficier à 1 000 élèves durant deux années consécutives, du CE1 au CE2, du CM1 au CM2 ou de la 6^e à la 5^e. Les financeurs (assurance maladie, Drass, conseil régional¹) et l'Éducation nationale confient la mise en œuvre du programme au réseau des 5 comités d'éducation pour la santé qui deviendra l'Ireps Pays de la Loire et à l'Anpaa, faisant naître ainsi un partenariat fructueux et une dynamique régionale dont les effets iront bien au-delà de ce projet.

Les modalités de mise en œuvre

En douze années, le programme va connaître différentes phases et bien sûr évoluer. La mise en œuvre repose sur une organisation régionale structurée, une stratégie d'intervention qui définit les bases méthodologiques et pédagogiques de l'action, et un protocole d'évaluation qui met l'accent sur la dimension formative. Le coordinateur du programme² pose le cadre, rédige un cahier des charges, mais privilégie la construction collective

1. Puis l'agence régionale de santé.

2. Comité régional et départemental d'éducation et de promotion de la santé, Credeps-Nantes, devenu Ireps Pays de la Loire.

et participative avec la quinzaine d'intervenants. Cette démarche favorisera l'adaptation, l'appropriation par les acteurs et au final l'innovation.

Les modalités d'implantation du programme dans les établissements

Le programme débute par une phase de négociation avec l'établissement et les enseignants engagés. L'action de santé doit trouver son sens et sa place dans la vie de la classe, de l'école ou du collège.

Évoquer les actions mises en place antérieurement

Il s'agit d'ancrer le programme dans l'histoire, le contexte de l'établissement, d'identifier les expériences passées, les réussites autant que les échecs. C'est une manière de repérer les enjeux locaux, de mieux comprendre les logiques individuelles et collectives. Cela contribue à inscrire le programme dans une dynamique et le potentiel propre à l'établissement, en cohérence avec les autres actions prévues.

Valider le programme et l'intégrer dans le projet de l'établissement

Les objectifs et le cadre général d'intervention du programme sont validés par un document écrit et si possible inscrit dans le projet d'école ou d'établissement. L'ensemble de la communauté éducative est concernée par sa réussite et sa cohérence : l'infirmière et le médecin scolaire, le Rased, les travailleurs sociaux, les associations de parents, d'autres professionnels..., selon les réalités locales.

S'accorder sur les objectifs et les principes directeurs des interventions

Les enseignants expliquent en quoi et comment ils travaillent déjà les compétences psychosociales au quotidien. Les objectifs sont alors négociés et adaptés aux besoins des enfants tout en respectant la progression pédagogique. Les valeurs et les repères éthiques sont déclinés au travers d'éléments concrets : posture d'écoute, valorisation de la parole et des savoir-faire des enfants, de la recherche collective d'alternatives et de solutions, respect des différences...

Prendre toutes les mesures nécessaires liées à la « bienveillance » du programme

Est évoquée de façon claire la possibilité de réactions, de déclarations d'enfants qui révéleraient un mal être, une souffrance. S'accorder sur l'attitude à avoir au moment des faits et avoir identifié les ressources locales (infirmière scolaire, psychologue scolaire, CMPP, etc.) contribue à la protection du groupe d'enfants, à la recherche de solutions et au passage de relais avec les professionnels [42].

Favoriser la participation des familles

Les parents sont les premiers éducateurs de leurs enfants. Les informer du programme en présentant ses objectifs et les thèmes abordés est primordial. Aller au-delà d'une simple information en recherchant la participation des parents contribue à l'efficacité du programme et lui donne une cohérence hors de l'établissement dans le milieu familial [43].

Veiller à l'organisation concrète et à la mise en œuvre des séances

Il s'agit de préparer plus précisément les interventions : choix des objectifs, des outils, place de l'enseignant durant la séance, mise au point des temps de préparation et d'évaluation, calendrier des séances respectant le rythme de la classe et la périodicité souhaitée. Le principe de temps de préparation en commun et d'échanges réguliers autour des interventions constitue, au-delà de la préparation concrète des séances, des moments de concertation très utiles pour échanger des points de vue, des savoir-faire, évaluer, s'ajuster.

Les modalités d'interventions auprès des élèves

Les acteurs du programme

Six à dix séances sont mises en œuvre chaque année, en binôme avec l'enseignant. Son implication varie de la position d'observateur à coanimateur, en fonction de ses souhaits, de son aisance et de ses compétences. Pour le bénéfice des élèves, cette participation de l'enseignant garantit la cohérence et les prolongements dans la quotidienneté de la classe. Pour l'enseignant, c'est la possibilité de s'approprier des méthodes, des savoirs et des attitudes éducatives pour le renforcement des compétences psychosociales. D'autres adultes sont souvent associés à l'intervention, comme les infirmières scolaires ou les assistantes socio-éducatives, renforçant l'impact du programme et la possibilité de travaux en petits groupes durant les séances. Les compétences personnelles et relationnelles des adultes qui interviennent sont particulièrement sollicitées. Ils doivent adhérer aux concepts mobilisés, tout en restant dans un questionnement permanent qui garantit le respect éthique. Ils doivent maîtriser les différents thèmes abordés. C'est le sens de ces modalités.

Les méthodes utilisées sont interactives et expérientielles [5]. Les contenus sont adaptés à la maturité des enfants et élaborés en parcours favorisant la progression. La pédagogie utilisée s'inspire des théories de l'apprentissage comme celles développées par André Giordan [51]. Le déroulé précis de l'intervention est guidé par la rédaction préalable d'un conducteur de séance. Chaque séance, dure 1 heure en moyenne et nécessite 2 heures minimum de préparation/évaluation.

Les outils

Méthodes et contenus se sont appuyés sur des outils existants et des programmes éducatifs retenus pour les évaluations dont ils ont fait l'objet, leurs auteurs reconnus, l'adéquation avec les qualités pédagogiques recherchées : *Contes sur moi* [50], *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle* [30]. Les outils se sont diversifiés au fur et à mesure de la multiplication de l'offre des années 2000 permettant le choix d'activités favorable à l'aisance de l'animateur. En effet, la qualité d'une intervention dépend autant de l'outil que des qualités de celui qui l'utilise [29]. Au fil des années et de l'expérience, les activités sont modifiées ou créées par les intervenants pour être adaptées au



figure 1

Les compétences psychosociales, selon l'OMS (1993)

« Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne [...] Les compétences psychosociales ont un rôle important dans la promotion de la santé et du bien-être physique, mental et social. »

Cinq couples de compétences sont définis par l'OMS :

- savoir résoudre les problèmes et savoir prendre des décisions
- avoir une pensée créative et une pensée critique
- savoir communiquer efficacement et être habile dans les relations interpersonnelles
- avoir conscience de soi et avoir de l'empathie pour les autres
- savoir gérer son stress et savoir gérer ses émotions.

plus près de leur public et aux contraintes de leur propre intervention (durée, contexte...). Les objectifs pédagogiques sont affinés, déclinant une progression cohérente et clarifiant les apprentissages visés. Par exemple, autour de la compétence psychosociale « avoir conscience de soi » pourront être travaillés les thèmes : besoins fondamentaux/règles de vie ; identité, goûts ; qualités, compétences et réussites ; ressemblances et différences.

Le DVD *En santé à l'école* [49] permet d'entrer au cœur de l'action dans les classes auprès des élèves et d'écouter les témoignages des enseignants.

L'organisation régionale du programme et l'évaluation

Veiller à la qualité du programme et à son efficacité, auprès de 1 000 enfants et 40 enseignants environ chaque année, nécessite une organisation régionale et une méthodologie précise qui sera adaptée aux différentes phases du programme.

Une dynamique régionale et un soutien aux intervenants

Les premières années, l'échange de compétences et de pratiques entre intervenants est primordial. Le coordinateur organise tous les ans deux à trois journées régionales de coordination entre la quinzaine de professionnels des différentes associations de santé. Ces temps ont pour objet de vérifier la bonne mise en œuvre du programme, mais surtout, dans le cadre de ces pratiques nouvelles et bien spécifiques, de renforcer les compétences des intervenants, de répondre à leurs besoins et questionnements, d'élaborer et améliorer ensemble les outils méthodologiques et pédagogiques. Le souci que les interventions ne soient pas « malveillantes » et obéissent à un principe de « bienveillance » [56] conduit par exemple à solliciter une psychologue spécialisée dans la protection de l'enfance pour aborder la question difficile de l'attitude à adopter lorsqu'un enfant exprime une souffrance grave, à l'occasion d'une de ces séances. Des séminaires de deux jours viennent compléter le dispositif de soutien aux intervenants pour approfondir des techniques d'animation, maîtriser de nouveaux outils présentés par des experts ou des acteurs d'approches similaires.

Le choix de la démarche d'évaluation

Les travaux collectifs ont aussi permis la mise au point puis l'adaptation d'un protocole d'évaluation. Ce choix s'est appuyé sur les éléments de réflexion suivants.

La phase d'évaluation, qui reste un temps riche d'échanges pour le groupe, ne permet pas de mesurer les résultats à long terme des séances compris comme la mesure de comportements plus favorables à la santé. Cela nécessite des protocoles complexes et un coût hors de portée du budget du programme. Les outils validés, comme la mesure de la qualité de vie ou la mesure de l'estime de soi, sont souvent difficiles à utiliser en pratiques courantes et inadaptés à l'âge de certains enfants. De plus, les difficultés méthodologiques globales des modèles d'évaluation de l'efficacité des actions d'éducation et de promotion de la santé sont loin d'être résolues à ce jour [44].

Parmi les nombreuses définitions de l'évaluation, nous retenons celle de Michel Demarteau qui la voit comme « un processus par lequel on délimite, on obtient et fournit des informations utiles permettant de produire un jugement de valeur pour conduire une action par des décisions » [26]. Le choix a été fait d'utiliser des outils d'évaluation simplifiés en fin de séance par les enfants et en fin de programme par les enseignants, qui permettent de mesurer régulièrement les écarts entre ce que prévoit le programme et ce qui se réalise réellement chaque année, ainsi que quelques mesures simplifiées d'effets observables produits par le programme au sein des écoles.

L'évaluation permet alors surtout aux opérateurs de s'interroger sur la façon dont ils ont mené leur programme et sur comment ils peuvent apporter des correctifs.

Le protocole d'évaluation

Lors du programme 2001-2004, une première évaluation, réalisée avec le soutien externe d'une sociologue, porte sur la phase de sensibilisation, la phase d'intervention à des niveaux quantitatifs et qualitatifs, avec notamment les stratégies pédagogiques des différents intervenants, les compétences psychosociales travaillées, les effets perçus par les enseignants et le degré de satisfaction des élèves.

Au cours du programme 2004-2007, un nouveau protocole d'évaluation fait l'objet d'une simplification, retenant l'évaluation de la satisfaction des enfants et des enseignants. Selon une même approche « formative », le protocole est enrichi par la mise en place d'observations de séances afin de permettre aux intervenants de progresser dans leurs pratiques. L'observation s'effectue par un collègue selon une méthode non participante [48] à l'aide d'une grille qui identifie différentes compétences requises pour l'animation. À l'issue de la séance, un échange entre l'observé et l'observateur permet d'identifier les points forts et les points d'attention.

Pour la phase 2007-2010, les grilles de satisfaction des élèves sont modifiées. Une interne de santé publique relient le programme à la lumière du guide d'autoévaluation de l'Inpes [38]. Le programme est utilisé plusieurs fois lors de formation aux outils d'évaluation Preffi [72] et outil de catégorisation des résultats [1].

Les résultats d'une évaluation de processus.

Depuis 2001, 6082 enfants ont bénéficié du programme pendant au moins un an et 71 % ont pu le poursuivre au moins deux ans. Les intervenants ont animé 8 séances en moyenne par classe (3131 séances), en collaboration avec 325 enseignants volontaires. Le programme s'est déroulé dans 455 classes réparties dans l'ensemble des départements de la région, en zones urbaines et rurales. Les enfants ont bénéficié en moyenne de 18 heures de programme, ce qui se rapproche des critères d'efficacité attendus [5].

Les compétences psychosociales les plus travaillées sont « avoir conscience de soi et avoir de l'empathie pour les autres » (30 %), « savoir communiquer efficacement et être habile dans ses relations interpersonnelles » (28 %). La compétence « gérer ses émotions » arrive juste derrière. Toutes les compétences font l'objet de travaux.

La satisfaction des enfants a été évaluée par questionnaires chaque fin d'année. Sur 6912 avis recueillis et analysés, le taux de satisfaction des élèves de cycle 2 varie selon les années de 63 à 79 % ; celui des élèves de cycle 3 est le plus élevé de tous et varie de 76 à 92 %. Le taux de satisfaction des élèves du collège varie de 62 à 82 %.

Les enseignants se sont exprimés dans 334 questionnaires analysés. Les taux de satisfaction quant à la préparation et la coanimation se situent entre 90 et 97 %. 82 à 94 % des enseignants jugent que le programme a été bénéfique ou très bénéfique aux enfants. 75 à 100 %, selon les années, tirent de cette expérience beaucoup d'éléments positifs, qu'ils souhaitent réinvestir dans leur pratique. 70 à 98 % d'entre eux souhaitent reconduire le projet seul, avec un soutien méthodologique ou en coanimation.

Seul un rapprochement avec une équipe de recherche et un important budget spécifiquement alloué permettrait d'approfondir l'évaluation de ce programme.

Impact et effets du programme à moyen terme

Durant les années 2000, la place des compétences psychosociales en éducation pour la santé s'est nettement développée en France. Nous avons pu confirmer nos démarches avec les recommandations de l'Inpes [5], de l'Inserm [42, 43]. Les outils pédagogiques francophones se sont multipliés en Europe, souvent à partir de programmes anglo-saxons et québécois, modifiant considérablement le paysage. L'Éducation nationale a intégré les compétences sociales et civiques, l'autonomie et l'initiative, dans le socle commun de connaissances et de compétences [38] légitimant et appuyant le sens de notre investissement.

Dans ce contexte, un tel programme a trouvé un écho fort chez les enseignants et a très vite rejoint les préoccupations grandissantes des acteurs du champ éducatif autour du « vivre ensemble ». Après avoir « fait avec » dans un processus de formation-action, nous avons été sollicités pour accompagner les projets et former des professionnels des secteurs de la santé, du social ou de l'éducation au cours de stages³ de deux à six jours – plus de 200 bénéficiaires en Loire atlantique par exemple depuis 2008. Des ateliers de sensibilisation ont été proposés aux étudiants de l'IUFM de Nantes chaque année lors des colloques santé.

En 2011, le site internet « Le cartable des compétences psychosociales »⁴, financé par l'Inpes, a permis de continuer à formaliser nos démarches, à mutualiser et rendre accessible notre expérience.

Au-delà du milieu scolaire, l'Ireps répond aujourd'hui aux sollicitations d'autres structures éducatives à la demande d'élus, de services jeunesse, d'associations de parents, autant de manières de mesurer l'appropriation des acteurs dans leur territoire et l'implantation de projets intersectorielle et pluridisciplinaire.

Ainsi, un programme de prévention des conduites addictives auprès des enfants, avec une inscription dans la durée, a permis de progressivement évoluer vers des actions de promotion de la santé. ↑

3. Catalogue des formations de l'Ireps Pays de la Loire, http://www.irepspd.org/_front/Pages/page.php?cat=9&item=17&page=38

4. <http://www.cartablecps.org>



Enseignement et recherche

S'adressant à des publics très variés – enfants, malades, travailleurs... –, la formation en prévention est insuffisamment développée, éclatée et peu lisible. Il est nécessaire de développer des recherches visant à encourager des comportements favorables à la santé, mais aussi de promouvoir celles qui contribuent à réduire les inégalités sociales de santé.

Former pour prévenir en santé

Pierre Lombrail

Université Paris 13

Patrice François

Université Joseph
Fourier Grenoble

Pierre Czernichow

Université de Rouen

*Collège universitaire
des enseignants*

de santé publique,

sous-section 46.01

(épidémiologie,

*économie de la santé
et prévention) du*

*Conseil national des
universités*

Le développement insuffisant de la prévention en France est lié à de multiples facteurs, dont une offre de formation peu développée. En la matière, former des intervenants professionnels n'est pas suffisant, si le public concerné n'est pas lui-même, par sa culture et ses attentes, demandeur d'une bonne santé, et par les ressources dont il dispose, en situation de la préserver.

Cibles et objectifs

La France occupe une place médiocre en matière de prévention en comparaison à ses voisins européens. C'est ce que montre notamment la faiblesse de la couverture vaccinale ou de la participation aux programmes de dépistage organisés, qui font pourtant l'objet de campagnes d'information répétées.

Cette situation s'explique en partie par une incompréhension au sein de la société des avantages et des risques des activités de prévention, pour les individus comme pour la collectivité.

C'est à l'école que peuvent s'acquérir des repères essentiels à la démarche de prévention, pour soi (préserver son capital santé), mais aussi comme citoyen (on se vaccine aussi pour les autres). C'est là que se construisent les compétences psychosociales néces-

saires à des choix de vie favorables à la santé (éviter si possible les comportements à risque, renforcer les comportements protecteurs) aussi bien pour soi-même (nutrition...) que pour les autres (conduite automobile, pratiques sexuelles...). Dans cette optique, l'école est un lieu promoteur de santé, par son projet pédagogique (dynamique collective, participative et valorisante pour les élèves) comme par son cadre de vie (de la cantine aux lieux de récréation ou de repos). L'institution scolaire et universitaire devrait aussi étendre ses objectifs en cherchant à prévenir les conséquences pour les élèves des échecs de la vie personnelle sur la santé psychique (de l'épuisement jusqu'aux idées suicidaires). De même, des expériences réalisées en Australie, notamment celle de l'association « Familles rurales » à l'intention des familles vivant dans des zones isolées, montrent les possibilités d'apprentissage du « porter soin et secours ». C'est aussi à l'école, en particulier dans les sections d'apprentissage professionnel, que les futurs adultes peuvent comprendre la nature des risques auxquels ils seront exposés dans leur travail et apprendre à les gérer. Plus généralement, l'école devrait former les élèves à devenir les citoyens d'une démocratie sanitaire active, soucieux de leur propre santé, de celle des autres et du milieu dans lequel ils vivent.

Cette formation initiale est un investissement nécessaire pour les générations qui montent, mais il doit être étendu aux adultes et entretenu toute la vie. C'est le rôle de projets de santé publique de proximité, depuis la formation (participative) des membres du jury citoyen sollicités pour avis sur le projet d'un établissement de santé, jusqu'à la conférence citoyenne réunie par l'atelier santé-ville pour définir les axes du contrat local de santé.

Du côté des « décideurs », peu éclairés sur des questions trop longtemps laissées aux professionnels « experts », un besoin similaire de formation est nécessaire pour construire une culture partagée de la prévention en santé. D'autant que les professionnels de santé privilégient les soins sur la santé, au mieux par des actes médicalisés de prévention restreints au seul colloque singulier – donc sélectionnés par le recours aux soins – plutôt que sous une forme organisée et collective. Une culture générale sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé est donc une condition pour que vive l'objectif de « santé dans toutes les politiques », du niveau national jusqu'aux territoires de proximité.

La prévention a un rôle majeur à jouer pour réduire le fort taux de la mortalité et de la morbidité évitables dans notre pays, facteurs puissants de reproduction des inégalités sociales de santé.

Le monde du travail constitue un cadre d'intervention spécifique, où salariés et employeurs nécessitent des formations sur les risques professionnels et la gestion de la sécurité au travail, qui vont de la maîtrise des risques classiques qui n'ont pas disparu (physiques et chimiques notamment) à celle des risques psychosociaux. Ce besoin concerne aussi les intervenants professionnels de la gestion de ces risques (prévention des accidents et maladies professionnels, promotion de la santé au travail).

Les personnes malades représentent un public « profane » qu'il est également important de former. La transition épidémiologique accroît le nombre de personnes vivant avec une maladie chronique qui nécessite un traitement au long cours. Ces personnes doivent à la fois apprendre :

- à se soigner pour « équilibrer » leur maladie avec les traitements disponibles, tout en maîtrisant les risques afférents (en prévenant à la fois les risques associés à la maladie et les événements indésirables liés aux soins) ;
- à vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques, ce qui suppose également de mobiliser et d'acquérir des compétences d'adaptation et une attitude proactive.

Cette démarche relève de l'éducation thérapeutique du patient. Elle requiert chez les soignants, comme chez certains représentants des personnes malades, des compétences pédagogiques encore trop peu présentes. Nous rapprocherons les besoins de formation à la médiation sociale et culturelle, qui permet à des publics éloignés du système de santé d'accéder aux soins et à la santé par un accompagnement adapté.

Ainsi, des besoins de formation importants concernent les professionnels de santé, mais également ceux qui

peuvent contribuer à l'amélioration de la santé de publics fragiles avec lesquels ils sont en contact prolongé : les enseignants, qui forment écoliers, lycéens, collégiens et étudiants, et les travailleurs sociaux, qui interviennent au sein de groupes de populations particulièrement vulnérables (personnes fréquentant les divers lieux d'insertion, usagers des services de santé mentale, publics que le CISS considère comme « relégués »¹, dont les personnes sous main de justice, les étrangers en situation irrégulière ou les personnes prostituées). Ces professionnels sont en situation d'identifier des personnes plus particulièrement en difficulté, de les conseiller et les orienter, pour des besoins de soins ou de santé (dont la prévention). Mais les professionnels de santé eux-mêmes doivent sérieusement renforcer leurs compétences préventives :

- Formés à répondre à des demandes de la part de personnes à risque élevé, ils doivent aussi contribuer à des approches populationnelles (renforcement, orientation), qu'elles soient génériques ou spécifiques à certains groupes.

- Formés surtout à l'abord biomédical des problèmes de santé, ils doivent intégrer des composantes biopsychosociales et apprendre à agir en conséquence au plan individuel (médecine personnalisée prenant en compte la personne dans son environnement) et collectif (dépasser la pratique « opportuniste » habituelle au cas par cas et déclencher les soins préventifs pour leur patientèle, voire celle des habitants d'un territoire, en se donnant les moyens de rejoindre les groupes marginalisés ou exclus du système de santé).

Quels formateurs ?

En face de ces publics nombreux et variés, dont les besoins d'apprentissage vont du plus universel au plus spécifique de l'exercice d'un métier, l'offre de formation est éclatée et peu lisible, à la fois abondante et insuffisante, illustrant l'absence de politique cohérente de prévention dans notre pays.

Les enseignants hospitalo-universitaires de santé publique interviennent dans la formation initiale des professionnels de santé pour aborder les principes, méthodes et outils de base en prévention, qu'il s'agisse de prévention médicalisée, éducation pour la santé, éducation thérapeutique ou prévention des risques professionnels et environnementaux. Chez les étudiants en médecine, la perspective de l'examen classant national, qui privilégie les dossiers de clinique, domine les pratiques pédagogiques, ce que reflètent les objectifs et modalités d'apprentissage (essentiellement biomédicaux). Les études pharmaceutiques n'abordent pratiquement pas la prévention, hormis la perspective récente d'un cursus minimal sur l'éducation thérapeutique. Chez les étudiants sages-femmes, infirmiers et kinésithérapeutes, la prévention est plus visible au sein d'unités

1. Santé : changer de logiciel ! Pour une refondation de notre pacte social de santé. Collectif interassociatif sur la santé. Paris, 2008.



d'enseignement de santé publique, mais la stricte juxtaposition de ces interventions dont les objectifs, les volumes et les calendriers sont étanches rend hors de portée toute perspective d'une culture commune, alors que la multidisciplinarité est affirmée comme un principe fondateur de la démarche de prévention.

L'intégration à l'université de ces dernières formations constitue pourtant une occasion de rattrapage, même si les effectifs des enseignants hospitalo-universitaires de santé publique ne permettent pas de faire face à l'augmentation massive des besoins de formation correspondants. La formation de formateurs dans les écoles (IFSI notamment) est donc indispensable. Les conditions argumentées d'une participation de professionnels de santé publique aux équipes pédagogiques, animées par des enseignants titulaires, doivent être définies. Ce cloisonnement des dispositifs de formation doit être dépassé, tant sont grands les besoins d'apprentissage du travail en équipes pluriprofessionnelles. L'apprentissage de la prévention pourrait s'inscrire dans la formation des futures équipes des pôles, maisons ou autres centres de santé ambulatoires, voire celle des établissements de santé. On y enseignerait alors autant la prévention vers et avec les différents publics précités, au même titre que la gestion de la qualité et des risques liés aux soins qui relève de la même logique. Ces orientations valent aussi pour le développement professionnel continu.

Les équipes hospitalo-universitaires élargies à certaines disciplines cliniques proposent un ensemble varié de formations complémentaires, depuis de nombreux diplômes (inter)universitaires jusqu'aux masters (et doctorats). L'offre d'enseignement est calquée sur les conceptions dominantes en santé publique dans notre pays : la prévention est d'abord une affaire de soins (comme l'illustrent les nombreux DU consacrés à la lutte contre les infections associées aux soins) ou, à la rigueur, de comportements individuels à risque (DU de tabacologie ou d'addictologie). Les spécialistes de santé publique offrent des formations générales à la santé publique pour un public dépassant les seuls professionnels de santé, mais la prévention y est peu individualisée. Ces formations préparent surtout à la conduite de projets ou à la recherche en prévention clinique (dépistage) ou comportementale (éducation pour la santé, éducation thérapeutique); elles couvrent mal le champ de la santé environnementale ou de la santé communautaire.

D'autres disciplines comme les sciences de l'éducation et la psychologie, mais également les sciences de l'activité physique et sportive, contribuent à la formation en prévention. Bien d'autres participent à la formation à la recherche en prévention, depuis les sciences biomédicales (l'épidémiologie notamment) jusqu'aux sciences humaines et sociales (sociologie, économie...), juridiques, politiques ou de gestion. La préparation à l'emploi et la formation continue des professionnels du service public font l'objet de dispositifs spécifiques comme l'EHPSP et le CNFPT. Il n'est pas sûr que la prévention y soit

individualisée à la mesure des besoins évoqués plus haut; ainsi les fonctionnaires territoriaux peinent-ils pour l'instant à obtenir un volume de formation adapté au niveau d'expertise qu'on attend d'eux.

La prévention des risques professionnels, peu abordés dans ce numéro, concerne les travailleurs eux-mêmes lors de leur formation initiale et pendant leur vie professionnelle, mais aussi les professionnels en charge de la prévention de ces risques. En formation initiale (dans les lycées professionnels, les lycées techniques et les CFA), un décret du 4 octobre 1983 stipule qu'un enseignement des règles générales de la sécurité (ES et ST) est assuré dans les établissements de l'Éducation nationale, sans constituer une discipline autonome. Tous les personnels d'enseignement et d'éducation sont censés y contribuer, ainsi que le personnel de santé, en faisant plus ou moins appel au concours de personnes qualifiées. Pendant la vie professionnelle, la formation en prévention fait l'objet d'une offre nationale coordonnée par l'assurance maladie (réseau des Carsat) et mobilise un large éventail d'intervenants professionnels. Dans sa partie qualifiante (licence et master), la formation des personnes chargées de la prévention des risques professionnels se fait à l'université, avec un investissement pluridisciplinaire. En sus des spécialistes de santé au travail, l'approche organisationnelle de la prévention des risques psycho-sociaux intéresse les sociologues; d'autres disciplines, comme celles qui préparent aux métiers eux-mêmes, peuvent assurer également cette formation.

La formation en prévention des professionnels de l'éducation ou du social, dans le cadre de l'exercice de leurs activités quotidiennes, implique fortement le secteur associatif et singulièrement le réseau national des Irep et des pôles régionaux de compétences, qui propose des formations courtes et un accompagnement pédagogique précieux assuré par des spécialistes, souvent de niveau master. Ce réseau favorise un partage d'expériences et de compétences entre professionnels que leurs institutions d'appartenance peinent à organiser. Le monde associatif joue également un rôle important pour la formation du public lui-même : dans les institutions médico-sociales, il facilite l'accès des personnes hébergées à la citoyenneté afin de leur permettre la maîtrise des déterminants de leur santé; dans le cadre de projets de santé de proximité, l'objectif est de surmonter les difficultés d'accès à la prévention perçues dans les diagnostics partagés. Rassembler les conditions d'une participation des habitants à la définition, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies de santé adaptées, comme s'y emploie l'Institut Renaudot, est moins fréquent.

On ne peut clore ce bref panorama sans signaler le rôle des « usagers » dans leur propre formation. Le monde des associations de patients développe avec enthousiasme la formation de patients experts, ressources ou partenaires, pour participer au développement de l'éducation thérapeutique et d'accompagnement. Gageons également que vont se développer les expé-

riences de participation des personnes malades à la formation des professionnels de santé, sur le mode des « bureaux facultaires » de nos amis québécois, et nul doute qu'elles feront une place plus importante à la prévention que ne le font nos programmes actuels.

Au total, la formation à la prévention en santé partage les mêmes problématiques que la formation en santé publique, dont elle est une composante naturelle : même extension et même diversité des publics concernés, et des intervenants pédagogiques. ↑

Recherches sur la prévention : une priorité dans la lutte contre les inégalités sociales de santé

L'Alliance des sciences de la vie et de la santé (Aviesan) est un cadre souple de coordination de l'ensemble des acteurs de la recherche publique des domaines biomédical et sanitaire mis en place depuis 2009. Le système des alliances, dont Aviesan est un des quatre piliers¹, s'est vu reconnaître un rôle stratégique dans la programmation et l'animation de l'ensemble de la recherche en France à l'occasion des Assises nationales de l'enseignement supérieur et de la recherche qui se sont déroulées au cours de l'été et de l'automne 2012². Aviesan a choisi de se structurer en 10 instituts thématiques multi-organismes, dont l'Institut de santé publique (ISP). L'action de l'ISP est étroitement coordonnée avec celle du groupement d'intérêt scientifique l'Institut de recherches en santé publique (IReSP), qui associe l'ensemble des acteurs et financeurs de la recherche en santé publique³.

L'action de l'ISP s'inscrit dans le droit-fil du rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS, présidée par l'épidémiologiste britannique Sir Michaël Marmot⁴. Ce rapport a esquissé le programme « fort » de ce que devrait être la recherche

en santé publique pour les deux et trois décennies à venir, en s'appuyant sur la synthèse du vaste corpus de littérature scientifique qui s'est constitué au cours des trente années précédentes.

Trois faits essentiels établis par cette littérature, et repris par le rapport de la commission, sont :

- d'une part, qu'il n'existe pas de société où n'apparaisse pas une structure sociale hiérarchique qui reflète l'accès différentiel des populations au pouvoir et aux ressources, et que cette structure détermine la répartition de la plupart des indicateurs de santé à tous les niveaux (notamment le gradient social universellement observé en matière d'espérance de vie) ;

- d'autre part, que ce qui est vrai dans ce domaine au niveau mondial l'est également à l'échelon national, régional et local ;

- enfin, en dépit de l'élévation générale du niveau de vie et de santé des populations, ces inégalités s'aggravent partout dans le monde, notamment sous l'effet d'un mécanisme de progrès différentiel (l'espérance de vie progressant pour tous mais plus rapidement pour les groupes déjà les mieux lotis en matière de santé qui bénéficient notamment plus que les autres de l'accès aux programmes et moyens de prévention).

En contraste avec ses performances en matière d'espérance de vie⁵ du principe égalitaire de notre Sécurité sociale et des effets redistributifs progressifs de ce principe en matière de revenus des ménages, *la France se caractérise par les inégalités de mortalité en fonction de la catégorie socioprofessionnelle (ou du niveau d'éducation) les plus marquées d'Europe occidentale* (à l'exception de la Finlande), en particulier chez les hommes. Ces inégalités, dont les pathologies cancéreuses sont dans notre pays les plus grandes pourvoyeuses⁶, tendent à se creuser. Elles découlent, pour partie, de variations (notamment géographiques) dans l'accès et la qualité des soins prodigués aux personnes atteintes d'une même pathologie, variations dont l'impact négatif sur les inégalités de santé est indéniablement susceptible de s'aggraver dans le contexte

5. Premier rang de l'Europe des 27 pour les femmes et 7^e rang pour les hommes en matière d'espérance de vie à la naissance.

6. Voir notamment : <http://www.e-cancer.fr/plancancer-2009-2013>

Jean-Paul Moatti

Professeur d'économie de la santé, université d'Aix-Marseille, directeur de l'Institut de santé publique (Aviesan)

1. Outre Aviesan, ont également été constituées l'Alliance nationale de coordination de la recherche pour l'énergie (Ancre), l'Alliance nationale de recherche pour l'environnement (AllEnvi), l'Alliance pour les sciences et technologies du numérique (Allistene) et l'Alliance nationale des sciences humaines et sociales (Athena).

2. Assises de l'enseignement supérieur et de la recherche. Rapport au président de la République, 17 décembre 2012, Paris (<http://www.assises-esr.fr>).

3. L'IReSP est un groupement d'intérêt scientifique au pilotage duquel participent conjointement les ministères (ministère de la Santé [DGS et Drees], ministère délégué à la Recherche), les opérateurs de la recherche publique (CNRS, Inserm, IRD, Ined, EHESP, Udesca, CPU, Institut Pasteur, Cnam, Sciences Po), les agences sanitaires (InVS, HAS, ANSM, Anses, EFS, ABM, Inpes, INCa), et les organismes de protection sociale (Cnamts, RSI, CNSA). L'IReSP est désormais étroitement coordonné avec l'Institut de santé publique d'Aviesan (une même personnalité exerçant la direction des deux structures).

4. OMS. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblent le fossé en une génération*. Genève, 2009 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-fr.pdf). Le rapport a directement inspiré la résolution de la 62^e Assemblée mondiale de la santé (22 mai 2009) : *Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé* (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-fr.pdf).



actuel de crise économique d'ensemble et de maîtrise des dépenses. Mais ces inégalités découlent d'abord et avant tout d'un échec relatif de la prévention dans notre pays (par rapport à d'autres pays comparables comme la Grande-Bretagne ou la Suède).

Les limites de la prévention en France : à la source des inégalités de santé

Les facteurs explicatifs de la surmortalité qui frappe les catégories les moins favorisées interviennent, pour l'essentiel, en amont de la prise en charge proprement médicale des différentes pathologies. Ces catégories défavorisées cumulent en effet les facteurs de risque des principales pathologies : expositions plus fréquentes aux risques environnementaux (toxiques cancérigènes dans le milieu professionnel ; polluants atmosphériques dans la zone d'habitat), prévalence plus élevée des facteurs de risque comportementaux liés aux modes de vie (tabac, alcool, facteurs nutritionnels, etc.), moindre accès aux dépistages précoces et diagnostic plus tardif des pathologies graves, etc. Et, tant notre système de santé que les politiques publiques conduites dans les autres secteurs susceptibles d'impacter la santé (environnement, logement, travail, politique de l'emploi et lutte contre la précarité, etc.) ne parviennent pas à compenser cette distribution inégalitaire de l'exposition aux risques.

Ce constat, à la fois sur le caractère universel de l'aggravation des inégalités sociales de santé et sur la spécificité de la situation française à cet égard, débouche sur un certain nombre d'orientations prioritaires générales pour les programmes de recherche en santé publique. Ces orientations générales doivent permettre à la recherche française en santé publique à la fois de bien se positionner dans les avancées scientifiques internationales des disciplines concernées et de contribuer à répondre aux défis sociétaux posés à notre pays et à l'Union européenne.

Une première priorité de ces recherches doit viser à mieux identifier et comprendre les chaînes causales complexes qui conduisent à ce que des inégalités socio-économiques, de genre environnemental ou culturel, se traduisent en mécanismes pathologiques et physio-pathologiques (figure 1). Ces mécanismes interviennent à tous les âges de la vie des individus, mais une attention particulière doit être consacrée d'une part au rôle des facteurs sociaux dans l'incidence des maladies chroniques liées à l'âge, d'autre part à l'hypothèse dite des origines développementales de la santé et des maladies (Dohad). Cette hypothèse, désormais soutenue par une multitude croissante de données expérimentales (humaines et animales), épigénétiques et épidémiologiques, postule que la vulnérabilité spécifique des périodes pré- et néonatales, ainsi que les traumatismes et expositions aux risques durant l'enfance jusqu'à l'adolescence, peuvent avoir non seulement des conséquences immédiates mais aussi à moyen et long termes pendant toute la durée du cycle de vie.

Une deuxième priorité est de promouvoir des recherches visant à contribuer à réduire ces inégalités et, à cette fin, de promouvoir notamment des recherches sur la prévention.

À la demande de son Conseil scientifique international, l'Institut national du cancer (INCa) a produit en décembre 2012, en partenariat avec l'Institut de santé publique d'Aviesan, un rapport sur l'état des lieux de la recherche en matière de « *changements de comportements liés à la santé et leurs déterminants individuels et collectifs* »⁷. Ce rapport plaide avec vigueur pour un effort spécifique et soutenu de recherches, à visée à la fois cognitive et interventionnelle en population, en matière de prévention (notamment primaire) dans notre pays à l'image des programmes beaucoup plus avancés promus par les autorités britanniques et scandinaves. Outre la prévention des principales pathologies chroniques, les recherches se doivent de s'intéresser à celle des troubles du développement et des apprentissages et des comportements addictifs, dont le retentissement peut s'étaler sur la vie entière avec des conséquences importantes en termes d'employabilité et d'insertion sociale. Au plan des recherches à visée cognitive, un effort particulier devra être consacré à celles portant sur la gestion, par les individus et les groupes, de facteurs de risque compétitifs (éventuellement substituables et complémentaires entre eux).

L'objectif de développer des recherches visant à promouvoir des comportements favorables à la prévention et au maintien en bonne santé n'est bien sûr, en aucun cas, synonyme d'adhésion à un quelconque paradigme « individualiste » ou « moralisateur ». La promotion de l'activité physique, unanimement reconnue comme un des éléments essentiels de la prévention des pathologies chroniques en général, suppose par exemple une compréhension fine du rôle des transformations de l'environnement bâti et social comme déterminants de la sédentarité [18]. De même, les sciences humaines, économiques et sociales appellent l'attention sur le fait que des actions de dépistage et de prévention, au départ les mieux intentionnées, peuvent involontairement aggraver les inégalités, et sur la nécessité d'identifier les moyens les plus adaptés pour éviter ou limiter de tels effets pervers [68].

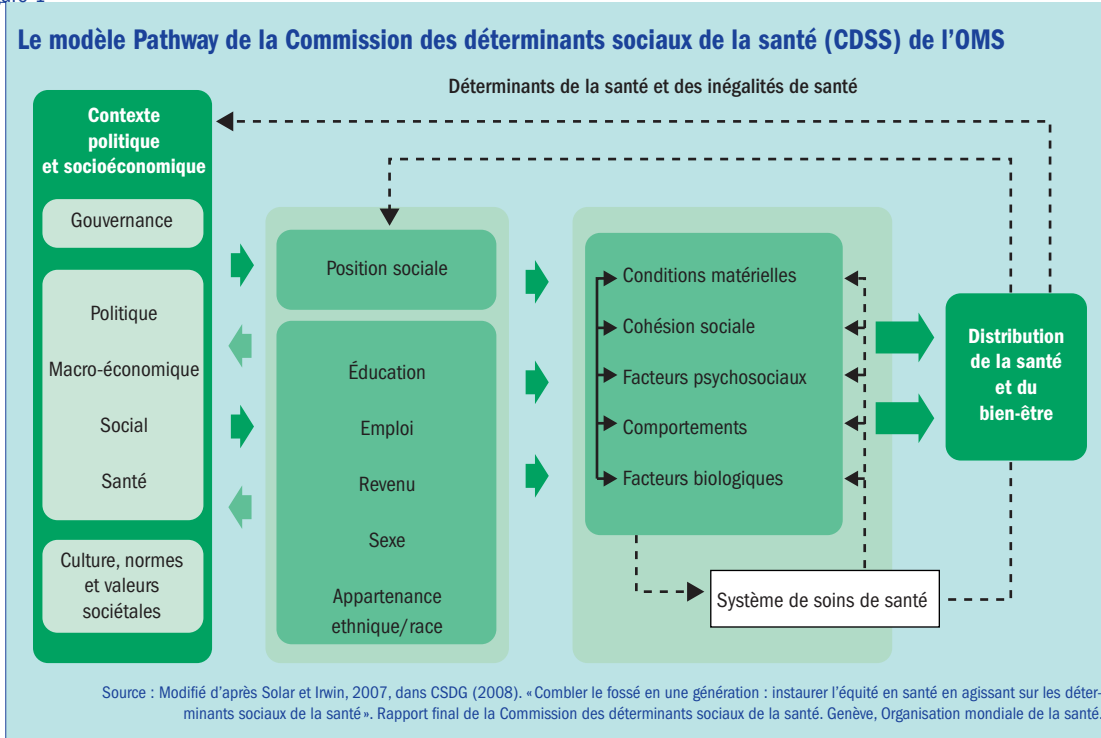
La recherche interventionnelle : une composante indispensable

Le lien entre déficit de prévention et inégalités de santé incite à proposer des modalités innovantes et risquées de recherche et à inscrire plus directement la recherche au service de l'action. La recherche ne doit plus seulement porter sur la mesure des inégalités et sur leurs déterminants, mais aussi sur la définition et l'évaluation rigoureuse d'interventions et de politiques publiques visant à les réduire. Les expériences de terrain conduites

7. <http://www.e-cancer.fr/publications/91-recherche/624>, <http://www.e-cancer.fr/publications/91-recherche/624-les-changements-de-comportements-a-risque-de-cancer-et-leurs-determinants-individuels-et-collectifs>

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

figure 1



au Québec ou dans certaines villes européennes comme Birmingham en Angleterre, Glasgow en Écosse ou Malmö en Suède, comme celles que s'efforcent de soutenir, en France, le réseau villes/santé de l'OMS et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), confirment que ces interventions ne peuvent se contenter d'impliquer le seul système de soins mais se doivent d'être intersectorielles si elles veulent être efficaces [70].

La recherche en prévention implique donc de rattraper le retard français dans le domaine de la recherche interventionnelle. Celle-ci bénéficie de plusieurs décennies de recherche au plan international dans des domaines tels que la prévention et la promotion de la santé, l'éducation pour la santé et les interventions dans les communautés. Elle a pour objectif d'évaluer, par des méthodes expérimentales ou quasiexpérimentales, les impacts de nouvelles politiques, programmes et répartition des ressources sur la santé des populations et sur les inégalités de santé. Tout en maintenant des exigences absolues de qualité et de validation des résultats par la publication dans les meilleures revues scientifiques, la mise en œuvre à une échelle significative de la recherche interventionnelle en santé implique des modalités innovantes de collaboration (et de financement) entre chercheurs, d'une part, et acteurs de terrain et professionnels de santé, d'autre part. La recherche interventionnelle doit s'appuyer sur la nécessaire participation des patients et groupes exposés eux-mêmes, de leurs proches et

de leurs associations (ce que certains désignent, dans le monde anglo-saxon, sous le vocable de « recherche communautaire »).

En pleine convergence avec l'ISP et Aviesan, l'INCa, l'IRESP et l'ensemble de ses partenaires (notamment DGS, Inpes, Cnamts, RSI et CNSA), ainsi que la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, l'ANRS (sida et hépatites), et la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre les toxicomanies) ont décidé de joindre leurs efforts pour soutenir et promouvoir la recherche sur la prévention. Une première initiative commune est le lancement d'un appel à projets de recherche qui, pour cette année 2013, portera sur la prévention primaire, et en particulier sur les déterminants et les possibilités de modification des comportements individuels et collectifs. Cet appel inclura une forte composante visant à faciliter les recherches interventionnelles tout en restant très ouvert aux autres aspects de la recherche en prévention. Dans toute la mesure du possible, cet appel à projets a vocation à être renouvelé dans les années qui suivent afin de contribuer à la structuration durable, dans notre pays, d'un champ de recherche compétitif au plan européen et international sur la prévention dans toutes ses dimensions. ↑



Avant de plaider pour une politique de prévention, de définir des actions, mieux vaut tenter d'en connaître les obstacles et les difficultés.

Roger Salamon
Président du Haut Conseil
de la santé publique

Les obstacles à la prévention

Il n'est jamais très simple de parler de prévention car en l'évoquant on risque aisément d'apparaître normatif, moralisateur, inquiet face au futur... bref, d'apparaître un peu vieux jeu.

Cette mauvaise réputation est le premier reflet des obstacles rencontrés lorsque l'on aborde ce domaine complexe.

Un autre obstacle majeur au développement de la prévention est induit par ses plus pressants défenseurs qui, à tort, trop souvent opposent le préventif au curatif.

Mieux vaut prévenir que guérir, a-t-on coutume de dire. C'est une double erreur, de fond et stratégique :

- d'une part, cela oppose deux démarches qui, au contraire, doivent se compléter, se renforcer ;

- d'autre part, et là est l'erreur stratégique, le préventif ne peut que sortir considérablement affaibli d'une telle confrontation.

En effet, le constat est clair : nous vivons sous la règle d'une démarche essentiellement curative qui associe des intérêts économiques multiples et une adéquation aux valeurs dominantes (l'égalité de l'accès aux soins, le libre choix de son médecin, la solidarité...).

Opposer la démarche préventive au système de soins est un pari perdu d'avance.

La solution viendra d'un changement de discours, en s'ingéniant à faire ressortir les complémentarités des deux pratiques.

Mais il faudra alors tenir compte d'un changement de valeurs qui explique les difficultés que nous rencontrerons dans ce désir de complémentarité.

En prenant pour cible des populations à risque plutôt que des malades, la prévention

impose un glissement des valeurs de l'égalité vers l'équité.

La démarche de la prévention est par définition inégalitaire, celle du système de soins est censée être égalitaire.

Il faut admettre cette inégalité, la construire, pour bâtir des programmes de prévention qui devront bénéficier à certains plus qu'à d'autres.

Un autre obstacle est de bien répondre aux questions suivantes.

Que prévenir? Qui décide et comment?

Pour pouvoir anticiper l'apparition d'un événement morbide donné, il faut en premier lieu le définir comme un problème de santé publique.

Or la prévention concerne bien souvent des publics indemnes de maladie et qui ne sont porteurs ni de plaintes ni de demandes.

Programmer une intervention publique en l'absence de demande représente incontestablement une difficulté majeure.

Le plus souvent une intervention n'est rendue légitime qu'après une prise de conscience de la population.

Comme l'explique très bien le sociologue Michel Setbon, c'est en devenant public que le problème de santé devient une question politique, et il précise que *«c'est bien là une des difficultés, car en devenant politique, en acquérant cette légitimité démocratique, le problème de santé publique peut s'écarter de ses fondements scientifiques ou de ses bases rationnelles»*.

Ainsi, un certain nombre de problèmes de santé sont devenus publics (par exemple l'amiante, la vache folle, le nucléaire), mais

en même temps, devenus objets de débats, de surenchères, de médiatisation volontiers simplificatrice, otages de certains lobbies, objets de crainte de certaines poursuites pénales... ces mêmes problèmes conduisent à des réponses politiques parfois inadaptées avec souvent l'excuse protectrice du principe de précaution.

Cet écart entre « rationalité souhaitable et politisation nécessaire » représente un sérieux problème.

Prévenir, d'accord, mais comment faire ?

La prévention est difficile, on pourrait même dire délicate, et nous devons nous en persuader et bannir de ce fait les déclarations un peu simplistes (il n'y a qu'à, il faut que...) ou les faciles accusations abruptes.

Tout n'est pas toujours aussi simple et il ne suffit pas d'interdire. Le professeur Got explique très bien que les effets pervers d'un système de prohibition peuvent être plus graves que ceux d'un système régulé et contrôlé.

Plusieurs exemples peuvent aisément nous convaincre des difficultés de mise en place d'actions de prévention. Les vaccinations illustrent bien ce propos. Ainsi, les vaccinations contre l'hépatite B, ou plus simplement contre la grippe, ne sont pas sans poser des problèmes de stratégie et de populations cibles. De même, si un vaccin contre le sida devenait disponible, sera-t-il justifié de l'appliquer à l'ensemble de la population, ou faudra-t-il le proposer, sinon l'imposer, à des sujets à risque, ou encore l'offrir sur une base du volontariat ? L'éducation pour la santé reflète aussi assez bien cette complexité ; rares sont ses succès, et ses méthodes ne sont pas toujours bien maîtrisées. Il faut dire que la tâche est malaisée car il s'agit en ce domaine de changer des comportements ; on en mesure les difficultés ! Le dépistage, enfin, représente une excellente illustration de ces difficultés ; c'est un problème essentiel, bien connu d'ailleurs. Que faut-il dépister ? Qui faut-il dépister ? Comment effectuer ce dépistage ? Avec quelle périodicité ?

Telles sont les questions majeures le plus souvent non résolues malgré le nombre important d'études et l'apparente simplicité des questions posées.

La prévention peut-elle être nuisible ?

À côté de ces difficultés d'ordre méthodologique, illustrées par les exemples précédents, il faut aussi avoir à l'esprit les possibles effets nocifs de la prévention. Par exemple, une campagne de dépistage des cancers implique

le risque d'inquiéter à tort, d'imposer des examens inutiles, de transformer brutalement un « bien portant » en malade. Enfin, comme l'écrit Denis Malvy : « *il faut se méfier de certains discours sur la prévention trop souvent producteurs de normes qui risquent d'induire des dérapages idéologiques, passant du souhaitable à l'obligatoire, de la responsabilité à la coercition, de l'incitation à la punition* ».

Deux problèmes ne doivent pas être sous-estimés.

Le coût de la prévention

Il serait très inexact de croire ou laisser croire que la prévention est un facteur de réduction des coûts. Si c'est le cas, c'est une conséquence parallèle et non un objectif. Le plus souvent d'ailleurs la prévention impose, au moins au début, des coûts supplémentaires parfois importants.

Le perçu et le réel

Je voudrais enfin ajouter une autre difficulté qui tient à la différence entre le perçu et le réel. Très généralement, la prévention s'adresse à des personnes en bonne santé (au moins apparemment) que l'on essaie de persuader des risques qu'elles encourent afin qu'elles s'en protègent.

Cela introduit, dans la classique dichotomie sain ou malade, une troisième catégorie : les individus à risque, qui représentent un groupe rarement homogène. En effet, si la notion de risque est une notion probabiliste assez bien maîtrisée par l'épidémiologiste, sa perception par les individus est évidemment très diverse :

- pour certains, tout cela n'arrive qu'aux autres ;
- pour d'autres, ils se refusent à s'imaginer dans un futur lointain (il est rare d'intéresser un jeune adolescent aux pathologies qu'il pourrait présenter ou éviter lorsqu'il sera un vieillard de 50 ans) ;
- pour d'autres, les risques qu'ils encourent constituent un stimulant supplémentaire à leur conduite à risque ;
- pour d'autres, rien ne dépasse le dogme d'une totale liberté individuelle ;
- pour d'autres, enfin, la perception qu'ils ont des risques s'intègre dans une vision très personnelle et parfois irrationnelle du monde qui les entoure : le risque nucléaire, par exemple, est souvent perçu dans une exacerbation, parfois proche de la panique qui contraste outrageusement avec l'acceptation indifférente ou résignée du risque tabagique ou des accidents de la voie publique, pourtant bien plus importants.

Prendre conscience de tous ces obstacles à la prévention ne doit évidemment pas nous décourager. L'objectif est au contraire de nous imposer une indispensable rigueur pour garantir un succès nécessaire. ↑



Vaccination : entre recommandation et obligation

La vaccination est l'action de prévention la plus efficace. Or il existe en France une obligation vaccinale pour certaines maladies et une recommandation pour d'autres. Le maintien ou non de cette obligation en population générale relève d'un choix sociétal qui mérite un débat.

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 56.

Daniel Floret

Université Claude Bernard Lyon1, président du Comité technique des Vaccinations, Haut Conseil de la santé publique

François Bourdillon

Président de la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé, Haut Conseil de la santé publique

Le Haut Conseil de la santé publique a organisé durant l'année 2012 une série de séminaires consacrés à la vaccination. La problématique de l'obligation vaccinale a fait l'objet du premier d'entre eux, cela en outre dans le cadre de la démarche du programme de la Direction générale de la santé, prévoyant une redéfinition de la notion de vaccination obligatoire et recommandée [1].

La France : une situation particulière

La France présente la particularité d'avoir des obligations vaccinales : la première obligation a été instaurée en France en 1902 (variole). Entre 1938 et 1964, d'autres vaccinations ont été rendues obligatoires en population générale : diphtérie, tétanos, tuberculose et poliomyélite. Ces maladies présentaient alors un caractère épidémique et généraient une mortalité élevée, l'obligation permettant en outre de rendre le vaccin accessible à tous. Après celle de la variole en 1984, l'obligation de la vaccination par le BCG a été suspendue en 2007.

Parmi les pays industrialisés, notamment en Europe (en dehors de quelques pays de l'Europe de l'Est), seules la France et l'Italie ont encore des obligations vaccinales larges [2] (la Belgique ayant conservé une obligation vis-à-vis de la poliomyélite et certains cantons suisses vis-à-vis de la diphtérie).

Les obligations vaccinales françaises

Elles concernent les milieux professionnels, la Guyane (fièvre jaune), les voyageurs (selon le Règlement sanitaire international) voire les mesures sanitaires d'urgence. En fait

cette analyse se limite aux obligations vaccinales en population générale, lesquelles ne concernent que l'enfant. La vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont obligatoires avant l'âge de 18 mois. Les rappels de vaccin poliomyélique de 6 ans et de 11-13 ans le sont également. La justification doit en être fournie lors de l'admission dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants.

Les avantages de l'obligation vaccinale

L'utilisation de vaccins combinés tire vers le haut la couverture vaccinale des vaccins non obligatoires. Ainsi, la couverture vaccinale vis-à-vis de la coqueluche et d'*Haemophilus influenzae* est proche de celle des vaccins obligatoires (soit plus de 98 % chez le nourrisson). L'augmentation du pourcentage de nourrissons vaccinés contre l'hépatite B depuis le remboursement du vaccin hexavalent en est une autre illustration [3].

Pour le médecin, l'obligation vaccinale représente indiscutablement un confort en ceci qu'elle permet d'éviter des négociations parfois difficiles.

Toutefois, ces avantages méritent d'être nuancés : les pays dépourvus d'obligation obtiennent des couvertures vaccinales comparables aux nôtres [4], il est vrai pour certains pays (États-Unis) grâce à des obligations déguisées (obligations à l'entrée à l'école imposée par des États).

Par ailleurs, les opposants à la vaccination ne manquent pas d'objecter que cette pratique permet de vacciner les enfants contre certaines maladies à l'insu des parents.

Les paradoxes de la situation actuelle

Aucun des nombreux vaccins introduits au calendrier vaccinal depuis 1964 n'a été rendu obligatoire. Or certaines maladies pour lesquelles la vaccination est recommandée ont un fardeau comparable, voire plus important, que celui des maladies pour lesquelles la vaccination est obligatoire. Ainsi, l'hépatite B [5] et les infections à papillomavirus humains [6] sont respectivement responsables annuellement en France d'environ 1 300 décès par cirrhose ou cancer du foie pour le premier et, pour les secondes, de 1 000 décès par cancer du col de l'utérus.

Les obligations actuelles ne concernent que l'enfant et non les rappels des adultes, pourtant seuls concernés par les cas résiduels de diphtérie et de tétanos. La rareté des cas de tétanos actuellement enregistrés en France est liée à la pratique de ces rappels, pourtant non obligatoires.

L'atteinte à la liberté a été de tout temps un argument des opposants traditionnels à l'obligation vaccinale. La plupart des pays anglo-saxons ont de ce fait adopté une clause de conscience avec trois formes d'exemption : médicale, religieuse et philosophique [2]. En France, l'obligation vaccinale peut paraître à certains égards en contradiction avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, instituant la possibilité de donner à toute personne le choix de refuser des soins.

L'application des obligations actuelles génère des difficultés difficilement gérables

Le statut d'obligation vaccinale discrédite les vaccins «seulement recommandés». Dans une enquête de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), 53 % des personnes interrogées pensent que les vaccins recommandés sont moins importants que les vaccins obligatoires [8]. Ce double régime est ainsi source d'incompréhension tant pour les professionnels de santé que pour la population générale.

Les vaccins administrés de manière habituelle chez les enfants associent des valences vaccinales recommandées et obligatoires, ce qui rend la distinction entre obligation et recommandation difficilement compréhensible.

Dès lors qu'il existe une obligation limitée à trois vaccins, les parents peuvent être fondés à exiger que leurs enfants ne reçoivent que ceux-là. Or, le vaccin diphtérie-tétanos-poliomyélite (DTP), seul adapté à la vaccination

des nourrissons, n'est plus disponible. Il est donc actuellement difficile de n'administrer que les vaccins obligatoires chez les jeunes enfants à l'aide des vaccins commercialisés.

Un même vaccin peut bénéficier d'un régime indemnitaire différent selon qu'il a été administré dans le cadre de l'obligation vaccinale ou de la recommandation. En outre, l'interprétation peut être difficile lorsqu'un effet secondaire survient après l'administration d'un vaccin combinant les valences obligatoires et recommandées.

Une crainte : la chute des couvertures vaccinales suite à une levée de l'obligation

La diphtérie, le tétanos et la poliomyélite sont devenus des maladies rares grâce à la vaccination. Le maintien d'une couverture vaccinale élevée vis-à-vis de ces maladies reste cependant nécessaire car *C. diphtheriae* continue à circuler dans le monde (Russie, Ukraine ou Lettonie), certaines régions restant endémiques (Sud-Est asiatique, Amérique du Sud, Moyen-Orient et Afrique, notamment Madagascar). L'éradication de la poliomyélite s'avère problématique du fait de la résistance de certaines populations à la vaccination. Ainsi, le dernier bilan de novembre 2012 de l'OMS rapporte trois pays encore endémiques (Afghanistan, Nigeria et Pakistan), et un pays avec rétablissement d'une transmission active à partir de cas importés, le Tchad. Le tétanos ne peut être éradiqué, le réservoir de *Clostridium tetani* étant tellurique.

La suspension en juillet 2007 de l'obligation de vaccination par le BCG (remplacée par une forte recommandation de vaccination chez les enfants jugés à risque élevé de tuberculose) est volontiers présentée comme responsable de la chute de la couverture vaccinale. En réalité, l'arrêt, en janvier 2006 de la commercialisation du Monovax® permettant la vaccination par multipuncture et son remplacement par le BCG SSI®, nécessitant une injection par voie intradermique a été suivi d'une diminution estimée à plus de 50 % de la couverture vaccinale, alors que l'obligation était encore en vigueur. La couverture vaccinale BCG est aujourd'hui supérieure à son niveau de 2006 tout en restant insuffisante dans les populations ciblées par la recommandation, notamment hors Île-de-France [9].

Les enquêtes réalisées par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Inpes dans l'enquête Nicolle en 2007 [10, 11] soulèvent quelques inquiétudes sur ce qui pourrait advenir en cas de levée de l'obligation vaccinale :

- En population générale, 56,5 % des personnes interrogées sont favorables à l'obligation vaccinale et 35,4 % pour certains vaccins seulement. Cependant, plus le niveau d'études est élevé, moins les personnes sont favorables à l'obligation. Dans l'hypothèse d'une suspension de l'obligation vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, 21,3 % des personnes s'interrogeraient sur le bien fondé d'administrer les mêmes vaccins à tous les enfants (dont 2,2 % considèrent que ces vaccinations devraient être interrompues).

- Chez les médecins, 42 % sont favorables à l'obligation vaccinale. Dans l'hypothèse d'une suspension de l'obligation vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, une très grande majorité des médecins insisterait auprès des familles sur l'importance qu'il y aurait à continuer à vacciner les enfants : 83,3 % des généralistes et 90,3 % des pédiatres. Une très faible proportion d'entre eux déconseillerait totalement la vaccination : 0,6 % des médecins généralistes et 0,3 % des pédiatres. Mais, respectivement 14,9 % et 9,2 % d'entre eux affirment qu'ils conseilleraient aux parents de faire vacciner leurs enfants tout en leur laissant la possibilité de ne pas le faire.

Comment peut-on avancer ?

Le débat sur l'obligation vaccinale est désormais public. En outre, les polémiques soulevées par la difficulté à n'administrer que les vaccins obligatoires à ceux qui refusent les autres créent une situation de plus en plus difficile pour les médecins vaccinateurs. La position des autorités de santé, qui conservent des obligations vaccinales tout en publiant un calendrier vaccinal ne prenant pas en compte cette notion, est vécue comme ambiguë et mérite clarification. En réalité, les problèmes peuvent s'analyser sous trois niveaux :

- Le principe du bien-fondé des obligations vaccinales est une question sociétale qui mérite un large débat que le pouvoir politique devrait organiser.

- Dans l'hypothèse où le principe du maintien d'obligations vaccinales serait maintenu, l'établissement de la liste des vaccins obligatoires relève de l'expertise qui devra préciser les critères qui feraient entrer tel vaccin dans cette liste : fréquence de la maladie, gravité, objectifs à atteindre et couverture nécessaire prenant en compte la nécessité (ou non) d'une immunité de groupe. Cette liste devrait être périodiquement révisée en fonction de l'évolution de l'épidémiologie, mais aussi des vaccins disponibles.



— Le statut juridique des vaccins doit être redéfini : dans l'hypothèse d'une levée des obligations vaccinales, il s'agit de prévenir une chute dommageable des couvertures. Dans l'hypothèse du maintien d'un régime double d'obligation et de recommandation, il faut faire en sorte que les vaccins recommandés ne soient plus considérés comme facultatifs. Quelle responsabilité encourt-on à refuser

(pour soi ou pour ses proches) un vaccin officiellement recommandé par les autorités de santé? La question mérite d'être discutée, l'obligation à signer une « attestation de refus éclairé » pouvant être une première réponse. De même, quelle responsabilité pour un médecin qui omet de proposer, voire déconseille un vaccin pourtant inscrit au calendrier par les autorités de santé?

À l'évidence, le problème n'est pas simple et son abord peut comporter des risques. Par contre, si ce débat s'inscrit dans un contexte d'affichage par des autorités de santé d'une politique volontariste vis-à-vis de la vaccination, nul doute que cela pourra être vécu comme une véritable avancée de la démocratie sanitaire. ↑

Références

1. Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_damelioration_de_la_politique_vaccinale.pdf
2. Bertrand A., Torny D. *Libertés individuelles et santé collective. Une étude socio-historique de l'obligation vaccinale*. Cermes- Rapport au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, novembre 2004, 108 pages. Disponible sur http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/39/73/64/PDF/Obligation-vaccinale_Rapport-final.pdf
3. Guthmann J.P., Fonteneau L., Lévy-Bruhl D. *Mesure de la couverture vaccinale : sources et données actuelles*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2012, 4 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>
4. « Reference section Immunization profile indexes ». In : *WHO vaccine-preventable disease monitoring system*, 2010 global summary ; p. 32-242. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IVB_2010_eng_p32-R242.pdf
5. Péquignot F., et al. « Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001 ». *BEH* ; 27 : 237-40. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2008/27/beh_27_2008.pdf
6. Haute Autorité de santé. *État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Synthèse et recommandations*. Juillet 2010. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus-en-france
7. Article L. 1111-4 du Code de la santé publique.
8. Étude Canvac sur la perception de la vaccination auprès d'un échantillon représentatif de 957 personnes. Enquête BVA/Inpes, septembre 2004. Étude non publiée.
9. Guthmann J.P., et al. « Impact épidémiologique de la suppression de l'obligation vaccinale par le BCG et mesure de la couverture vaccinale ». *BEH* 2012 ; 24-25 : 288-91.
10. Gautier A., Jauffret-Roustide M., Jestin C. (dir.). *Enquête Nicolle 2006 : connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux*. Saint-Denis, Éditions Inpes, collection *Études santé*, 2008, 241 p. Dossier de presse disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp081125.pdf>
11. Nicolay N., et al. « Mandatory immunization : The point of view of the French general population and practitioners ». *Vaccine* 2008 ; 26 : 5484-93.

Cancer : les limites du dépistage

L'efficacité du dépistage d'un cancer n'est ni évidente ni permanente, elle doit être évaluée régulièrement afin de garantir que tous les dépistages proposés aient un rapport avantages/inconvénients en faveur des patients et des populations.

Louis Rachid Salmi

Université de Bordeaux, Inserm, Isped, Centre Inserm U897-Épidémiologie-Biostatistique, CHU de Bordeaux, Pôle de santé publique, Service d'information médicale, Bordeaux

Simone Mathoulin-Pelissier

Université de Bordeaux, Inserm, Isped, Centre Inserm U897-Épidémiologie-Biostatistique, Institut Bergonié, Unité de recherche et d'épidémiologie cliniques, Bordeaux

Le dépistage est défini comme la détection précoce d'une anomalie inapparente, dans le but de la prendre en charge tôt et, ainsi, éviter ou atténuer ses conséquences négatives. L'anomalie peut être un défaut génétique, une infection ou la phase préclinique d'une maladie chronique telle que le cancer. D'un point de vue clinique, le dépistage est une intervention de bon sens : l'expérience clinique, appuyée par de nombreuses études, suggère que le pronostic de nombreux cancers est d'autant plus mauvais que la maladie a évolué. Par ailleurs, un retard au diagnostic peut expliquer une présentation à une phase avancée. Dans ces conditions, il est logique de penser qu'une intervention précoce ne peut que valoir mieux que de ne rien faire et d'attendre les premières manifestations de la maladie. Cette vision, centrée sur la personne malade, ne correspond cependant pas à la réalité du dépistage, intervention de santé publique qui est proposée à des individus dont une majorité ne sont pas malades.

L'efficacité du dépistage fait régulièrement l'objet de débats. Des évaluations indiquent notamment qu'il peut y avoir un fossé entre l'efficacité théorique, même démontrée par des essais randomisés, et l'efficacité réelle des programmes mis en œuvre. Il n'y a pas de consensus sur quels doivent être le calendrier et les modalités des évaluations d'un programme de dépistage et, de ce fait, la durée de l'efficacité du dépistage est rarement questionnée. De plus, les évaluations du dépistage sont habituellement fondées sur des comparaisons avec l'option « ne rien faire » et ne tiennent pas compte des progrès obtenus en prévention ou en traitement.

Dans cette tribune, nous discutons les déterminants de l'efficacité d'un dépistage du cancer et les difficultés de son évaluation. Nous insistons sur l'importance d'une formalisation de cette évaluation et sur la place de la comparaison avec d'autres options pour appuyer les décisions.

Déterminants de l'efficacité d'un dépistage

Le dépistage repose sur une hypothèse forte : l'identification d'un cancer dans sa phase latente permet une mise en œuvre d'un traitement efficace ; ce traitement est supposé diminuer la fréquence des conséquences graves, notamment la létalité. Pour que le traitement précoce puisse être efficace, cependant, il faut qu'il soit accepté et que le cancer ait été identifié assez tôt, donc que le test de dépistage ait été accepté et qu'il soit exact.

Depuis 1968, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé des critères d'indication du dépistage [84]. Certains critères s'appliquent à tous les programmes de santé publique (importance du problème dans la population ; efficacité démontrée ; acceptabilité pour la population et pour le système de santé) ; les autres sont spécifiques du dépistage (existence d'une phase latente longue ; disponibilité d'un test exact et d'un traitement acceptable en phase latente).

La réponse aux critères dépend du contexte de mise en œuvre du dépistage :

- le dépistage systématique ou communautaire (en anglais, *mass screening*) consiste à proposer la détection précoce à toute une population non sélectionnée (exemple de la mammographie pour dépister le cancer du sein) ;



– le dépistage sélectif, ou ciblé (*targeted screening*), propose la détection précoce à une population sélectionnée sur des critères explicites, notamment de risque élevé (exemple de la colonoscopie chez les apparentés de personnes ayant eu un cancer du côlon) ;

– la recherche de cas, ou dépistage opportuniste (*case finding*), propose le test à des individus à l'occasion d'un contact avec le système de santé (exemple du frottis cervico-utérin lors d'une consultation médicale).

Chacun de ces dépistages est associé à des caractéristiques contrastées des populations, notamment en termes de prévalence et d'acceptabilité.

En conditions réelles, l'efficacité du dépistage peut être diminuée ou absente si :

– la phase latente est courte : si le cancer évolue vite, le test va identifier surtout des personnes qui auraient été détectées rapidement après et dont la prise en charge ne sera que très peu anticipée ;

– les tests disponibles – dont la performance peut avoir été démontrée dans un contexte de diagnostic – ne sont pas adaptés à identifier les phases latentes, entraînant de nombreux faux négatifs et faux positifs ;

– les traitements disponibles ne sont pas plus efficaces en phase latente qu'en phase clinique.

L'évaluation de l'efficacité du dépistage est par ailleurs soumise à de nombreux biais. Le biais de sélection est lié au fait que les personnes qui acceptent le dépistage ou son évaluation ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population qui devrait en bénéficier ; une surestimation de l'acceptabilité des tests et des traitements va entraîner une surestimation de l'efficacité du traitement et donc une sous-estimation de la létalité. De plus, les personnes qui acceptent un dépistage sont généralement celles qui sont plus conscientes des enjeux de santé, plus sensibles à la prévention et peuvent donc être moins à risque de développer un cancer ; cette prévalence plus faible va augmenter le nombre de faux positifs.

Le biais d'anticipation résulte du fait que, par principe, la détection précoce entraîne un allongement apparent de la survie, même en l'absence d'efficacité ; les malades étant en effet identifiés plus tôt, le délai entre diagnostic et décès sera automatiquement plus long. À l'extrême, l'identification précoce peut entraîner un biais de durée, comme pour le cancer de la prostate par exemple, lorsque certaines formes identifiées correspondent à un cancer à progression lente ou régressive, c'est-à-dire des maladies qui n'auraient jamais atteint la phase

clinique. Le dépistage n'apporte alors que des inconvénients (stigmatisation éventuelle¹, effets indésirables des tests et du traitement). Ces deux biais liés au temps impliquent que l'évaluation de l'efficacité ne peut pas se contenter d'observer le devenir des personnes malades, mais doit reposer sur une comparaison de la mortalité, toutes causes confondues, dans des populations soumises ou non au dépistage. L'impact de ces biais peut varier selon le contexte du dépistage, celui-ci étant d'autant plus important que le dépistage est généralisé.

Pièges de la décision concernant le dépistage

La mise en œuvre d'un dépistage ne doit être envisagée qu'après avoir vérifié que toutes les garanties sont prises pour que l'impact soit favorable. Les décisions concernant l'opportunité de prescrire un test ou de proposer un programme de dépistage sont cependant confrontées à de nombreuses difficultés aux conséquences potentiellement graves.

Premièrement, un programme de dépistage ne doit être proposé que si la maladie est réellement assez fréquente et ses conséquences suffisamment graves pour justifier une approche de santé publique. Si ce principe, déjà présent dans les critères de l'OMS, est accepté pour la mise en œuvre, il n'est que rarement évoqué pour définir la « durée de vie » d'un programme. D'un côté, un des effets du programme sera d'augmenter la prévalence, donc la charge du cancer ciblé sur le système de santé ; d'un autre côté, un programme efficace va réduire la létalité, augmenter la fréquence des « guérisons »² et peut favoriser des prises en charge plus légères et moins coûteuses. Le fardeau des cancers ciblés par les dépistages, par exemple le cancer du sein, doit donc être régulièrement réévalué.

Deuxièmement, l'impact du traitement des personnes identifiées comme ayant le cancer n'est pas forcément positif. En effet, l'identification de formes asymptomatiques aura souvent comme effet apparent de rendre les gens malades. Ce caractère iatrogène du dépistage peut être lié à la stigmatisation ou aux effets indésirables des tests et du traitement. Ces effets indésirables sont encore plus problématiques quand ils touchent des personnes ayant des formes qui n'au-

raient jamais évolué (sur-diagnostic ou sur-détection), ou des personnes qui n'ont pas de cancer (effets indésirables des traitements inutiles chez les faux positifs ou des tests chez les vrais négatifs). Enfin, quand il s'agit d'un cancer qui progresse lentement chez des personnes suffisamment âgées pour que de nombreuses causes puissent entraîner le décès, le dépistage n'aura pas d'impact sur la mortalité spécifique du cancer ciblé. Tous ces inconvénients sont observés, par exemple, pour le dépistage du cancer de la prostate.

Troisièmement, il est extrêmement difficile de prédire quel sera le rapport avantages/inconvénients en conditions réelles. Théoriquement, l'essai randomisé permet de fournir les faits les plus robustes en faveur de l'efficacité du dépistage. Cependant, les essais randomisés sont rarement représentatifs des conditions réelles : les participants, pour les raisons évoquées plus haut, n'ont pas le même niveau d'acceptabilité que la population cible théorique ; par ailleurs, les essais de dépistage nécessitant un suivi extrêmement long, les conclusions sont rarement applicables au contexte dans lequel un programme sera envisagé, car les tests et les modalités de prise en charge – et leurs coûts – peuvent considérablement évoluer³.

Quatrièmement, il n'y a pas de consensus sur le critère de jugement de l'efficacité, mortalité spécifique ou mortalité globale. Les limites de la mortalité spécifique sont liées aux difficultés d'imputer le décès au cancer ciblé et à la nature même de ce paramètre : la mortalité spécifique (M_s) dépend en effet de la prévalence (P), la proportion de malades dans la population) et de la létalité (L , la proportion de ces malades qui décèdent du fait de la maladie), selon la formule $M_s \approx P \times L$. M_s pourrait ne pas varier si le gain en létalité est compensé par l'augmentation de prévalence qui résulte du dépistage. La prévalence elle-même dépendant de l'incidence (I , le risque de développer le cancer pendant une période donnée) et de la durée moyenne de la maladie (D_m), selon la formule $P \approx I \times D_m$, l'effet du dépistage sur la prévalence peut être accentué ou atténué selon que l'effet du traitement précoce soit d'augmenter la fréquence des guérisons (entraînant ainsi une diminution de la D_m) ou d'augmenter la durée de la survie avec cancer (entraînant ainsi une augmentation de la D_m). La mortalité globale, quant à elle, est critiquée, car elle ne refléterait pas

1. La stigmatisation est un obstacle à l'acceptabilité du dépistage par certains patients, mais aussi par certains médecins traitants.

2. La notion de guérison, et donc la durée d'un cancer, est particulièrement difficile à définir de façon consensuelle et pour tous les cancers.

3. Exemple du test au gaïac et du test immunologique pour le cancer colorectal, et de la mammographie conventionnelle et la mammographie numérique pour le cancer du sein.

directement l'efficacité du dépistage. On peut au contraire argumenter qu'elle est plus proche du rapport avantages (gain de survie pour les malades) sur inconvénients (notamment l'impact des effets indésirables des tests et des traitements), qui devrait être estimé sur l'ensemble de la population.

Enfin, les évaluations de l'impact du dépistage ne sont pas toujours fondées sur des comparaisons pertinentes. Les essais comparent la proposition du dépistage à l'absence de proposition et les analyses tiennent habituellement compte des phénomènes importants que sont le défaut d'adhésion (refus du test dans le groupe dépistage) et la contamination

(dépistage proposé spontanément dans le groupe témoin). Cette analyse est pertinente, mais elle ne considère pas, pour évaluer l'impact du dépistage, d'autres options importantes (la prévention et les progrès thérapeutiques), qui influencent les paramètres clés que sont l'incidence et la létalité. Certes, les essais comparant toutes ces options seraient pratiquement impossibles à réaliser, mais l'évaluation de l'impact du dépistage en conditions réelles devrait tenir compte de l'évolution de la prise en charge et des programmes de prévention existants.

Conclusion

L'efficacité de dépistage d'un cancer ne devrait

être considérée ni comme évidente ni permanente. La nécessité d'une évaluation régulière exige de conforter le système de surveillance des cancers (registres...), de leur prise en charge (systèmes d'information hospitaliers, assurance maladie...) et un retour d'expérience complet sur toutes les formes de dépistage (systématique, ciblé et surtout opportuniste) et leurs conséquences (survie, effets indésirables, sur-détection, coûts...). Seule l'intégration de l'information pertinente dans des modélisations décisionnelles régulières garantira que tous les dépistages proposés ont et maintiennent un rapport avantages/inconvénients en faveur des patients et des populations. ↑

tribunes

Promotion de la santé et prévention des décès, incapacités prématurés et inégalités évitables

La promotion de la santé permet d'accroître l'aptitude à améliorer et maintenir durablement sa santé. Elle a des effets sur les modes de vie individuels et sur l'environnement matériel et social.

René Demeulemeester

Président de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé

Christine Ferron

Directrice de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Bretagne

La prévention primaire des maladies et la promotion de la santé sont étroitement liées et complémentaires bien qu'elles puissent différer par leurs objectifs, leurs stratégies ou leurs méthodes.

Prévention des maladies et promotion de la santé : des approches différentes mais complémentaires

La prévention a une porte d'entrée par pathologie qu'elle cherche à éviter ou par facteur de risque dont elle veut réduire l'impact, notamment par des actions individuelles ou collectives de formation ou d'information. La promotion de la santé vise à accroître l'aptitude des personnes et des groupes à améliorer et maintenir leur santé, notamment par l'éducation pour la santé. La prévention médicalisée consiste à mettre à la disposition de la population des services offerts par les professionnels du soin, tels que la vaccination, les dépistages ou les soins pré- et post-nataux.

La promotion de la santé fait référence à des stratégies plutôt collectives de mobilisation visant à agir sur les principaux déterminants de la santé (modes de vie, environnement matériel, environnement socio-économique). Ce en quoi elle est liée d'une part au développement communautaire et d'autre part à la prévention des maladies et accidents. Enfin, la promotion de la santé a aussi pour objectifs d'améliorer la qualité de vie par la création, en proximité des personnes, d'environnements matériels et sociaux qui facilitent l'adoption et le maintien de modes de vie favorables à la santé et au bien-être. Le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) précise dans un document récent que « ces stratégies s'appliquent à tout un ensemble de domaines, notamment la santé de la mère et de l'enfant, la santé sexuelle, la santé mentale, les comportements en matière de santé en rapport avec la tuberculose multirésistante et le VIH, la lutte contre la toxicomanie, la lutte antitabac,



la lutte contre l'alcoolisme, l'activité physique, la prévention de l'obésité, la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments, les risques sanitaires liés à l'activité professionnelle, la prévention des traumatismes, ainsi que l'hygiène du travail et de l'environnement» [63].

La santé est caractérisée par l'impact de quelques déterminants majeurs. Ces derniers dépendent moins du système de soins que de la capacité des collectivités et des personnes à faire évoluer leur environnement et leur mode de vie dans un sens favorable à leur bien-être et à leur santé

L'état de santé en France est caractérisé par l'opposition entre une espérance de vie très favorable après 65 ans et une mortalité « prématurée », avant 65 ans, élevée. La situation est particulièrement défavorable pour la part de la mortalité prématurée dite « évitable », qui regroupe en particulier des causes liées aux comportements à risque. En outre, les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe [2]. Une très grande partie de ces causes de mortalité et d'incapacité prématurées et d'inégalités de santé est déterminée par quelques facteurs de risque ou de protection. Il s'agit en particulier, en allant des risques vers la protection, des consommations d'alcool et de tabac, de l'alimentation [45], des conditions de vie et de travail, de l'activité physique, des compétences psychologiques et sociales, et de la qualité des relations sociales.

Le système de soins ne peut prévenir qu'une partie des décès et incapacités évitables, la majorité étant liée aux facteurs sociaux, environnementaux et comportementaux. Ces derniers facteurs peuvent être influencés partiellement par des mesures de protection de la santé (veille et mesures sur les produits de consommation et les risques liés à l'environnement matériel), mais essentiellement par des évolutions des comportements et des conditions de vie et de travail. Ces conditions dépendent en général de l'action d'autres secteurs que celui de la santé. Ce champ d'activités est précisément celui de la promotion de la santé.

Les stratégies de promotion de la santé procurent aux collectivités et aux personnes des leviers efficaces pour influencer leurs environnements et leur mode de vie

À sa naissance, dans les années 80, la promotion de la santé est un mouvement

de santé publique qui affirme l'importance d'agir sur les déterminants de la santé et plus particulièrement sur les conditions sociales et économiques qui affectent la qualité de vie des personnes. La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, adoptée en 1986 par la plupart des pays du monde, dont la France, procurait à la santé publique un nouveau cadre de référence. Depuis, les conditions de succès des interventions de promotion de la santé ont été documentées [39]. Elles incluent la structuration de l'intervention autour des déterminants de la santé et l'utilisation d'une combinaison de stratégies pour agir sur ceux-ci. Cette combinaison vise simultanément à améliorer l'accessibilité des services et à créer un environnement physique favorable (ex. : cantines, pistes cyclables, environnements sûrs et respectueux des équilibres naturels, accès aux services d'aide à l'arrêt du tabac, accès à la contraception...), à renforcer un environnement social soutenant l'effort des personnes et des groupes dans l'amélioration de leurs conditions de vie (ex. : soutien des réseaux associatifs et de la démocratie sanitaire, engagement d'élus, de responsables d'établissement ou d'entreprise) et à accroître les ressources personnelles des personnes (ex. : développement des compétences psychologiques et sociales, accompagnement des changements...). L'implication de l'ensemble des parties prenantes (partenaires et intervenants des différents secteurs concernés, mais aussi populations destinataires de l'intervention) est nécessaire dans la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions. Enfin, l'expression d'une volonté politique forte qui apporte soutien, engagement et ressources dans la durée, est aussi un gage de succès. Les bénéfices de ces interventions, rapportés aux ressources engagées, apparaissent d'autant plus importants qu'elles sont intégrées dans un programme global, de type villes, écoles, entreprises ou hôpitaux promoteurs de santé, plutôt que morcelées par problème de santé ou par facteur de risque ou de protection.

La promotion de la santé, qui inclut l'éducation pour la santé, n'a donc pas seulement pour objet d'accroître les aptitudes individuelles en matière de santé. Elle vise aussi à faire évoluer le contexte social, politique, économique, et les conditions de vie des personnes, dans un sens favorable à leur santé. Elle encourage à concevoir des environnements matériels et sociaux qui non seulement ne mettent pas la santé en danger, mais aussi facilitent l'adoption et le maintien de comportements favorables à la santé. Elle

a pour ambition de « conférer aux personnes les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé » et de l'améliorer en agissant sur les facteurs qui ont un impact sur leur santé et celle de leurs proches par des interventions collectives et solidaires d'amélioration de la qualité de leur vie quotidienne [64]. Elle combine des mesures de niveau national ou régional (réglementation, campagnes médiatiques, accompagnement du changement...) et des interventions de niveau local, dans les principaux lieux de vie que sont les communes, les quartiers, les entreprises et les établissements scolaires. Ces interventions de proximité donnent aux personnes concernées (habitants, élus, responsables d'établissement, militants associatifs...) un réel « pouvoir d'agir » sur le choix des actions à mener et leur mise en œuvre. D'autres milieux sont également susceptibles de contribuer à promouvoir la santé. Les lieux de soins, de prise en charge médico-sociale, de protection de la jeunesse... ont un rôle majeur à jouer dans la promotion de la santé des personnes qu'ils prennent en charge, du personnel qui y travaille ou des populations qui vivent à proximité.

La promotion de la santé peut influencer des déterminants essentiels de la santé et du bien-être tels que l'alimentation et l'activité physique, les conduites addictives, la vie affective et sexuelle, la santé mentale. Elle peut aider à relever les défis que représentent la santé des enfants et des jeunes, la santé au travail, le vieillissement de la population. Ainsi, accroître l'estime de soi en établissant des relations interpersonnelles basées sur le respect mutuel, renforcer le lien social en créant des occasions de rencontres positives, abaisser le niveau de stress par un travail sur les organisations, réduire l'exposition au tabagisme passif et autres sources de pollution intérieure par des réglementations appropriées, maintenir un climat social favorable au recul du tabagisme ou à l'élévation de l'âge moyen de la première consommation d'alcool, ou encore créer des environnements de vie susceptibles d'accroître la proportion de personnes qui pratiquent plus de 30 minutes d'activité physique par jour ou consomment plus de 5 fruits et légumes, etc., sont autant d'objectifs concrets auxquels peuvent grandement contribuer des interventions proches des personnes dans les milieux de vie les plus courants [81].

Les parents, enseignants, professionnels de santé, travailleurs sociaux, groupes d'entraide, associations d'usagers ou d'habitants, élus,

chefs d'entreprise ou responsables d'administrations, syndicalistes... sont les acteurs naturels et légitimes de la promotion de la santé. Ils sont soutenus par des professionnels spécialisés qui les aident à faire un diagnostic de situation, à bâtir un projet d'action et son évaluation, qui facilitent le travail en réseau, apportent conseils méthodologiques, formation, documentation et outils pédagogiques et contribuent, au besoin, à l'animation des interventions [60].

En France, jusqu'à présent, les interventions de promotion de la santé, actions collectives menées en proximité et associant les citoyens ont été peu encouragées, peu reconnues et peu financées.

Certes nous avons la chance de bénéficier encore de grands services collectifs tels que la PMI, la santé scolaire et la santé au travail. Certes nous avons, au niveau national, un Institut de prévention et d'éducation pour la santé, établissement public, acteur des campagnes nationales et producteur de références scientifiques et techniques. Mais, à ce jour, il existe un manque évident de synergie de ces structures et dispositifs avec les logiques territoriales, et notamment avec les collectivités légitimes pour coordonner les actions développées sur leur territoire.

Les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé se sont réorganisés ces dernières années en région sous la dénomination d'instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps). Ils ont développé leurs missions d'expertise, d'accompagnement et de soutien méthodologique aux acteurs de terrain. Leur champ d'action généraliste, leur expérience et des habitudes de partenariat, établis de longue date avec les autres réseaux associatifs de santé à vocation plus thématique, les ont conduits assez naturellement à prendre en charge la coordination des pôles régionaux de compétence en éducation et promotion de la santé auxquels sont associés de nombreux acteurs régionaux de la prévention et qui sont appuyés financièrement et animés par l'Inpes.

Le niveau de qualité et de professionnalisme de leurs interventions s'est accru. Ils bénéficient en général de la confiance et du soutien des agences régionales de santé. Au niveau local, l'engagement de collectivités, communes, écoles, entreprises soucieuses de promouvoir la santé de leurs habitants, élèves, salariés ou usagers a également commencé à se développer. Cependant, au niveau national,

il n'existe ni texte relatif à la structuration de la promotion de la santé en région, ni fonds dédié à ces activités, par nature intersectorielles. Il n'existe pas non plus de modalité explicite de répartition des rares crédits, qui ont été en s'amenuisant au cours des dernières années.

Face aux spécificités de l'état de santé, un rééquilibrage des investissements des soins curatifs vers la prévention et au sein de prévention des actes individuels vers les interventions collectives de promotion de la santé est plus que jamais nécessaire

Au niveau de la santé et des dépenses de santé que nous avons atteint, il apparaît que c'est moins le volume absolu des dépenses qui compte que la pertinence des actions engagées et des services rendus. En fonction des interventions qui seront privilégiées ou sacrifiées, une évolution des dépenses de prévention entraînera ou non un impact significatif sur la santé et les inégalités de santé [40].

Les spécificités de l'état de santé en France appellent à l'évidence, au-delà de la prévention individuelle des maladies, une attention accrue à la santé et au bien-être dans toutes les politiques et un investissement public en faveur de la généralisation de projets de qualité en promotion de la santé dans les communes, les quartiers, les écoles, les entreprises, les lieux d'habitat collectif ou de prise en charge. Cela nécessite de développer les services (documentation, formation, aide méthodologique, accompagnement de projets, transfert de savoir-faire...) aux acteurs de la promotion de la santé dans ces milieux de vie, et de développer la recherche en promotion de la santé. Il y a là une marge considérable de progrès en qualité de vie, bien-être et santé pour un investissement financier tout à fait raisonnable. ↑

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.



La prévention dans les soins

La prévention existe dans les soins. Elle est mal identifiée, peu évaluée et devrait trouver sa place dans une véritable stratégie coordonnée. Les pratiques préventives des professionnels pourraient être reconnues et améliorées.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

François Alla
Professeur de santé publique,
université de Lorraine, direction
générale de la Cnamts

La prévention a pour objectif de prévenir l'apparition des maladies ou d'en réduire les conséquences en agissant sur leurs déterminants. Une grande partie de la morbi-mortalité et des dépenses de santé est liée à des affections accessibles à la prévention : pour la France, les cinq principaux facteurs de risque sont les conduites alimentaires (10 % de la charge de morbidité), le tabagisme (9 %), l'hypertension artérielle (7,5 %), le surpoids et l'obésité (7 %) et l'alcool (6,5 %) [45].

Il est aujourd'hui largement admis que l'état de santé de la population dépend d'abord de mesures prises dans d'autres secteurs que le secteur sanitaire. La politique de prévention doit donc articuler l'intervention du système de santé (prévention dite médicalisée, réalisée par les professionnels de santé ou « pratiques cliniques préventives ») et des leviers qui ne se trouvent pas dans ce système, pour agir sur les environnements et les comportements (promotion de la santé).

Il existe des controverses importantes sur l'efficacité et l'efficience de la prévention, liées notamment à l'hétérogénéité des interventions prises en compte. Globalement, une analyse des interventions recensées dans le *Tufts Medical Center Cost-Effectiveness Analysis Registry* [20], prise ici à titre illustratif, montre que les interventions de prévention médicalisée sont moins souvent rentables (c'est-à-dire que les coûts sont compensés par des gains) que les interventions de promotion de la santé à caractère collectif et qu'elles peuvent être toutefois efficaces (coût pour un résultat de santé donné). Pour prendre un exemple illustratif de ces constats, une modélisation dans le domaine de l'hypertension

artérielle [8] montrait qu'un dollar investi dans la promotion de la santé (réduction de la consommation de sel) permettait d'éviter entre 7 et 36 dollars de dépenses de soin (prise en charge de l'infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux), alors qu'un dollar investi dans la prévention médicalisée (traitement antihypertenseur) ne permettait d'éviter que 0,7 dollar, soit un coût supérieur à l'économie générée. Cependant, dans le deuxième cas, le coût par Qaly¹ gagné était de 15 800 dollars, soit très en deçà des seuils d'efficience généralement admis (30 à 50 000 euros par année).

Une autre analyse issue du *Tufts Medical Center Cost-Effectiveness Analysis Registry* objective une grande hétérogénéité des résultats avec une répartition des rapports coût-utilité superposable entre prévention médicalisée et soins curatifs [58]. Ces résultats soulignent encore que, si la prévention médicalisée peut être un important levier d'amélioration de la santé et des coûts, sa pertinence doit se juger au cas par cas sur des arguments factuels appliqués à une population donnée, dans un contexte donné et avec un cadrage de sa mise en œuvre.

Les acteurs et les actions de la prévention médicalisée

Le médecin généraliste, premier recours en France en termes de soins, est le premier acteur de la prévention médicalisée. Dans les faits, une part importante de son activité est consacrée à des actes de prévention [65], que

1. Le Qaly, pour *Quality-adjusted life years measurement*, est un indice combinant la durée et la qualité de vie. Un Qaly correspond à une année de vie en parfaite santé.

ces actes soient opportunistes ou réalisés en réponse à une demande du patient. D'autres professionnels de santé interviennent dans leurs champs de compétences respectifs et/ou dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle (ex. : médecins d'autres spécialités, dentistes, sages-femmes, infirmiers, etc.). Ces interventions peuvent se dérouler dans le système de soins ou dans le dispositif de santé publique (ex. : médecine du travail, médecine scolaire, protection maternelle et infantile, etc.).

La prévention médicalisée intègre une grande diversité d'interventions : information, éducation pour la santé (hygiène de vie, santé bucco-dentaire...) et counseling; bilans de santé, suivi des grossesses, dépistage des facteurs de risque et des maladies; vaccination, contraception, chimioprophylaxie, etc. Par ailleurs, certaines activités qui relèvent de la prévention ne sont pas toujours considérées comme telles (notamment dans les Comptes de la santé). Il s'agit de la prise en charge des facteurs de risque (ex. : hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, tabac, alcool...); de la prévention tertiaire, c'est-à-dire réalisée chez le malade pour éviter les récurrences et les conséquences de la maladie (ex. : traitement médicamenteux post-événement, éducation thérapeutique, accompagnement...); voire de la lutte contre les soins inutiles (prévention dite « quaternaire ») et contre les événements indésirables liés aux soins.

En termes de dépenses, là encore, l'état des lieux n'est pas simple et dépend du périmètre accordé à la prévention. Les Comptes de la santé individualisent une dépense de 5,8 milliards d'euros en 2011 pour la prévention (soit 2,4 % de la dépense courante de santé). Cette ligne budgétaire inclut des dépenses de prévention individualisable, qu'elles soient individuelles (vaccination organisée, médecine du travail, dépistage organisé, etc.) ou collectives. Cependant, elle ne tient pas compte des actes de prévention réalisés à l'occasion des consultations médicales [27], notamment pour la prise en charge des facteurs de risque et qui représentaient 4,4 % de la consommation de soins et biens médicaux selon une estimation de 2002 [28]). La prise en compte de ces dépenses doublerait au moins l'estimation des dépenses annuelles de prévention, qui pourraient être alors aujourd'hui à plus de 14 milliards d'euros.

État des lieux en France

En France, de nombreux rapports généraux ou thématiques ont souligné les faiblesses

de la politique de prévention, en particulier un rapport de la Cour des comptes en 2011 [24]. Il est globalement noté une absence de stratégie globale (il n'y a pas de politique de prévention proprement dite, mais un ensemble de mesures et d'interventions issues de plusieurs sources, peu coordonnées). Il faut y ajouter une mise en œuvre sub-optimale, que ce soit en termes d'implantation de la politique ou de pratiques des professionnels : par exemple, la France est au 17^e rang/25 en Europe pour la couverture vaccinale des enfants pour le ROR [35]. Autre exemple de cette situation, l'évaluation par le HCSP en 2010 des objectifs de santé publique, montre que sur 17 objectifs mesurables portant sur des facteurs de risque, seuls 3 ont été atteints [36]. Pour de nombreux facteurs, la France se situe ainsi dans une position défavorable par rapport à la moyenne européenne (ex. : tabac, alcool, activité physique...) [35]. Cela contribue à expliquer que, malgré un bon état de santé général, certains résultats – tous liés à des facteurs accessibles à la prévention – sont préoccupants : une mortalité prématurée élevée, notamment chez les hommes, une espérance de vie sans maladie chronique inférieure à la moyenne européenne, de fortes inégalités sociales et territoriales de mortalité, de morbidité et de qualité de vie. Or les marges de progrès existent. Pour prendre l'exemple du tabac (33 % de fumeurs dans la population adulte française vs 29 % en moyenne européenne fin 2009) [21], le seul alignement sur la moyenne européenne (soit une baisse absolue de 4 % de la prévalence) permettrait à terme une réduction annuelle des dépenses d'assurance maladie d'au moins 1,4 milliard d'euros. Un tel objectif est réaliste : des pays voisins comme l'Allemagne ou l'Italie ont obtenu des baisses de consommation de cet ordre de grandeur entre 2006 et 2009 [21].

Conclusion : rénover la politique de prévention

À partir de ces enjeux et constats, nous pouvons formuler en guise de conclusion plusieurs propositions pour le système de santé français :

- Il s'agit tout d'abord de se doter d'une véritable stratégie coordonnée, pilotée et suivie, articulant promotion de la santé et prévention médicalisée [14]. La décision dans le domaine doit être transparente et partagée, fondée sur les connaissances scientifiques et tenir compte des préférences sociales. Pour cela, elle doit pouvoir s'appuyer sur des recommandations basées sur des évaluations

de l'efficacité et de l'efficience de chaque intervention de prévention qui prennent en compte les dimensions structurelles, sociales et culturelles du système de santé français.

- Il est nécessaire d'accompagner les professionnels pour améliorer les pratiques préventives. Cela passe par le renforcement des actions auprès d'eux (actions d'accompagnement, de formation, de diffusion de référentiels adaptés à la pratique...). Cela passe aussi, c'est important de le préciser, par une évolution des attitudes des professionnels, des décideurs et de la population vis-à-vis de la prévention : celle-ci ne doit pas être envisagée seulement comme un acte ou une série d'actes individuels et ponctuels, mais comme une intervention collective par nature, c'est-à-dire pensée et organisée à l'échelle d'une patientèle ou d'un territoire [11]; elle doit s'inscrire dans un parcours, c'est-à-dire dans une trajectoire pluriprofessionnelle et plurisectorielle, coordonnée autour des besoins du patient. Dans ce cadre, sa pertinence doit être analysée. Il est en effet crucial de lutter contre la prévention inefficace, inutile, voire dangereuse. Il est par exemple paradoxal de constater que la meilleure couverture en termes de dépistage des cancers le soit pour le dépistage du cancer de la prostate, pourtant non recommandé.

- La prévention doit être intégrée dans l'activité des professionnels de santé et reconnue comme telle. L'investissement des professionnels dans la prévention doit être accompagné par des mesures organisationnelles, des rémunérations adaptées et la mise à disposition d'outils facilitants.

- La population doit être accompagnée afin d'améliorer sa capacité de choix à travers des programmes, thématiques ou non, dans une approche de promotion de la santé.

- Il s'agit enfin de prendre en compte la problématique des inégalités d'accès à la prévention médicalisée. Cela peut nécessiter de mettre en place des dispositifs spécifiques.

Au total, située à l'articulation de la promotion de la santé et des soins curatifs, la prévention médicalisée peut représenter un important levier d'amélioration de notre système de santé pour assurer sa pérennité tout en sauvegardant le principe de solidarité. ↑



Bibliographie générale

1. 2^e version revue et corrigée de l'outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention, Promotion santé Suisse, Berne, juillet 2005 http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/guide-fr.pdf – <http://www.quint-essenz.ch/fr/tools/1011>
2. Aouba A., E. Jouglu, M. Eb, G. Rey. « L'évolution de la mortalité et des causes de décès en France entre 1990 et 2009 ». *Actualité et dossier en santé publique*, n° 80, sept. 2012 ; p. 24-28.
3. Arwidson P. « Le développement des compétences psychosociales ». In : Sandrin Berthon B., *Apprendre la santé à l'école*, 1997, Ed. ESF, p. 73-83.
4. Bajos N., Moreau C., Leridon H., Ferrand M. « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? » *BEH* 2005.
5. Bantuelle M., Demeulemeester R. *Référentiel de bonnes pratiques : comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces*. 2008, Ed. Inpes, 132 p.
6. Baudon C. « Caractéristiques de l'épidémie de rougeole démarrée en France depuis 2008 : bilan des déclarations obligatoires pour les cas survenus jusqu'au 30 avril 2011 ». In : *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH)* n° 33-34/2011, 5p.
7. Beck F., Richard J.-B., dir. *Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013.
8. Bibbins-Domingo K., Chertow G.-M., Coxson P.-G., Moran A., Lightwood J.-M., Pletcher M.-J., Goldman L. « Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease ». *N Engl J Med*. 2010 ; 362 (7) : 590-9.
9. Botvin G.J., Baker E., Dusenbury L., Botvin E.M., Diaz T. « Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population ». 1995, *Journal of the American Medical Association*, 273 (14) : p. 1106-1112.
10. Bourdillon F. *Traité de prévention*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009.
11. Bourdillon F., Mosnier A., Godard J. *Des missions de santé publique pour les médecins généralistes*. Nancy : SFSP ; 2008.
12. Buguet B., Burstin A., Deumié B. *La mise en œuvre par les ARS des politiques de santé-environnement*. Igas décembre 2011.
13. Buguet B., Lenoir C. *Contrôle de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé*. Igas décembre 2009.
14. Cambon L., Alla F., Lombrail P. « Pour une nouvelle loi de santé publique en France au service d'une politique nationale de santé plus égalitaire et plus efficiente ». *Santé Publique* 2012 ; 24 (3) : 253-61.
15. Campbell M. K., Piaggio G., Elbourne D. R., Altman D.G. « Consort 2010 statement : extension to cluster randomised trials ». *BMJ* 2012 ; 345 : e5661 doi : 10.1136/bmj.e5661.
16. Campbell M., Fitzpatrick R., Haines A., Kinmonth A.L., Sandercock P., Spiegelhalter D., Tyrer P. « Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health ». *British medical journal* 2000 ; 321:694-6.
17. Campbell R., Starkey F., Holliday J., et al. « An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST) : a cluster randomised trial ». *Lancet* 2008 ; 371 : 1595-602.
18. Chaix B., Bean K., Leal C., et al. « Individual/neighborhood social factors and blood pressure in the RECORD Cohort Study : which risk factors explain the associations? » *Hypertension*. 2010 ; 55 : 769-775.
19. Chan G.G., Foxcroft D.R., Smurthwaite B., Coombes L., Allen D. *Improving child behaviour management : evaluation of the Good Behaviour Game in UK Schools*. 2012, http://www.swph.brookes.ac.uk/images/pdfs/research/GBG_UK_Final_Evaluation_Report.pdf
20. Chokshi D.-A., Farley T.-A. « The cost-effectiveness of environmental approaches to disease prevention ». *N Engl J Med*. 2012 ; 367 (4) : 295-7.
21. Commission européenne. *Eurobaromètre 2010-Tobacco*, http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf
22. Conseil économique, social et environnemental. *Les enjeux de la prévention en matière de santé*. Février 2012.
23. Coombes L., Allen D., Foxcroft DR. « An exploratory pilot study of the strengthening families programme 10 – 14 (UK) ». *Drugs : education, prevention and policy* 2012, 19 : 387-396.
24. Cour des Comptes. *La Prévention sanitaire*. Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale (art. L.O. 132-3-1 du Code des juridictions financières). Octobre 2011.
25. Dargent-Molina P., Khoury F.E., Cassou B. « The 'Ossebo' intervention for the prevention of injurious falls in elderly women : background and design ». *Glob Health Promot*. 2013 Jun ; 20 (2 Suppl) : 88-93.
26. Demarteau M. « Les pratiques d'action en éducation pour la santé et leurs modes d'évaluation ». In : *Évaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes*. 2002, Ed. Inpes, p. 35-50.
27. Drees. *Comptes nationaux de la santé 2011*. Paris : Drees ; 2011.
28. Fenina A., Geffroy Y., Minc C., Renaud T., Sarlon E., Sermet C. « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France ». *Études et résultats* 2006 ; 504 : 1-7.
29. Forgeot D. « Quelle place pour l'éducateur de santé par rapport à l'outil pédagogique ? » 2000, *Éducation santé*, 154 : p. 11-13.
30. Fortin J. *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle*. 2001, Éd. Hachette Éducation, 143 p.
31. Foxcroft D.R., Tsertsvadze A. « Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people ». *Cochrane Database of Systematic reviews* 2011, issue 9, art No. : CD009308.
32. Godeau E., Navarro F., Arnaud C. dir. *La santé des collégiens en France/2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012.
33. Haut Conseil de la santé publique. *Avis relatif à la médecine scolaire* (mars 2013).
34. Haut Conseil de la santé publique. *Avis relatif à la politique de santé à l'école*, juillet 2012.
35. Haut Conseil de la santé publique. *La santé en France et en Europe : convergences et contrastes*. Paris : La Documentation française ; 2012.
36. Haut Conseil de la santé publique. *Objectifs de santé publique : Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions*. Paris : HCSP ; 2010.
37. Igas. *Étude sur la protection maternelle et infantile en France – Rapport de synthèse*. 2006.
38. Inpes. *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé*, 2009, Éd. Inpes, 35 p.
39. Inpes. *Outil de catégorisation des résultats des activités de promotion de la santé et de prévention*. 2010. http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/guide-fr.pdf
40. Inpes. *Prospective santé 2030 – prévention 2010*. Novembre 2010, http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/etude_prospective_sante.pdf.
41. Inpes. *Évaluation du dispositif national de mise en place des pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé*, février 2009 http://pmb.santenpdc.org/doc_num.php?explnum_id=7485
42. Inserm. *Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver. Expertise collective*. 2003, Éd. Inserm, 187 p.
43. Inserm. *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective*. 2005, Éd. Inserm, 428 p.
44. Institut national de santé publique du Québec. « Évaluation de la pertinence et de l'efficacité des mesures ». In : *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. 2008, p. 14-15.
45. Institute for Health Metric and Evaluation, *Global Burden of Disease 2010, Country-profiles France*. <http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/country-profiles/GBD%20Country%20Report%20-%20France.pdf>

46. La prévention sanitaire : rapport d'information de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale. Février 2012.
47. Lamboy B. « Synthèses de connaissances sur les interventions de prévention auprès des jeunes : enjeux et méthodes ». *Santé Publique*, 2013/HS Vol. 25, p. 9-11.
48. Lamour P, Lerhun A., David V., Lombrail P. « Évaluation pédagogique à l'espace du souffle du CHU de Nantes. Le regard d'un évaluateur externe, le Credeps-Nantes, sur la conduite des séances collectives d'éducation pour la santé ». 2005, *Éducation du patient enjeux de santé*, 23 : p. 57-62.
49. Lamour P, Williamson M.-O. « DVD En santé à l'école. Agir pour renforcer les compétences personnelles et relationnelles des enfants. » 2008, *Non-violence Actualité*, 296 : p. 22.
50. Lapointe Y., Bowen F., et al. *Contes sur moi. Programme de promotion des compétences sociales. Guide d'intervention 1^{re} année*. 2003, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 105 p.
51. « Le modèle allostérique de l'apprentissage élaboré par A. Giordan ». In : Berger D., Jourdan D. « Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation pour la santé ». 2005, *La Santé de l'homme*, 377 : p. 33-38.
52. Lee S., Aos S., Drake E., Pennucci A., Miller M., Anderson L. *Return on investment : Evidence-based options to improve statewide outcomes*. Olympia : Washington State Institute for Public Policy. 2012, n° 12-04-1201.
53. Lopez A. « 2009-2012 : la loi HPST et les agences régionales de santé ». *Actualité et dossier en santé publique*, n° 80, sept. 2012.
54. Lopez A., Moleux M., Schaetzel F., Scotton C. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581/0000.pdf>
55. MILDT. *Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire*. 2006, Sceren/CNDP, p. 80-83.
56. Massé R. « Analyse anthropologique et éthique des conflits de valeurs en promotion de la santé ». In : *Éducation pour la santé et Éthique*. 2001, Ed. CFEs, p. 25-48.
57. Michaud P, Kunz V., Demortière G., Lancrenon S., Carré A., Ménard C., Arwidson P. « Efficiency of brief interventions on alcohol-related risks in occupational medicine ». *Glob Health Promot.* 2013 Jun ; 20 (2 Suppl) : 99-105.
58. Miller G., Cohen J.-T., Roehrig C. « Cost-effectiveness of cardiovascular disease spending ». *J Am Coll Cardiol.* 2012 ; 60 (20) : 2123-4.
59. Miller T., Hendrie D. *Substance Abuse Prevention Dollars and Cents : A Cost-Benefit Analysis*. DHHS Pub. No. (SMA) 07-4298. Rockville, MD : Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008.
60. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Circulaire DGS 2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé. *Bulletin officiel*, 22/10/2001, n° 44.
61. Ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. « Programmes rénovés dans le cadre du socle commun de connaissances et de compétences ». 2007, *Bulletin officiel de l'Éducation nationale - Hors-série n° 5 du 12-04-2007*.
62. Morel A., Lecoq G., Jourdain-Menninger D. *Évaluation de la prise en charge du diabète*. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000256/0000.pdf>
63. OMS. Bureau européen. *Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique*. p.11-13, septembre 2012.
64. OMS. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. 1986. <http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion>, 1986.
65. Observatoire de la médecine générale. <http://omg.sfm.org>
66. Pascal P. *Rapport du groupe de travail sur l'hygiène du milieu*. Igas, 1990.
67. Peretti-Watel P, Constance J., Guilbert P, Gautier A., Beck F., Moatti J.P. « Smoking too few cigarettes to be at risk? Smokers' perceptions of risk and risk denial, a French survey ». *Tobacco Control* 2007, 16 (5) : 351-6.
68. Peretti-Watel P, Moatti J.-P. *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*. Paris : Eds du Seuil, La République des Idées, 2009.
69. Pinell P. *Naissance d'un fléau*. Paris : Éditions Métailié, 1992.
70. Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. dir. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Inpes, coll. Santé en action, Saint-Denis, 2010.
71. Pousset M. dir. *Drogues et addictions, données essentielles est un ouvrage collectif de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies*. OFDT.
72. *Preffi 2.0 : Un outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé* http://www.inpes.sante.fr/preffi/Preffi2_Outil.pdf
73. Roehrig C. « Programme de soutien aux familles et à la parentalité SFP 6-11 ans : description et facteurs d'influence potentiels de son implantation en France ». *Glob Health Promot.* 2013 Jun ; 20 (2 Suppl) : 8-12.
74. Rostan F, Simon C., Ulmer Z. *Promouvoir l'activité physique des jeunes*. Saint Denis, Éditions Inpes Collection « Santé en action » 2011.
75. Sancho-Garnier H., Pereira B., Césari P. « A cluster randomized trial to evaluate a health education programme "Living with Sun at School" ». *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Jul ; 9 (7) : 2345-61.
76. Simon C., Schweitzer B, Oujaa M., Wagner A., Arveiler D., Tribu E., Copin N., Blanc S. Platat C. « Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity : a 4-year randomized controlled intervention ». *International Journal of Obesity* 2008 32, 1489-1498.
77. Tereno S., Guedeney N., Dugravier R., Greacen T., Saïas T., Tubach F., Guédeney A. « Implementation and assessment of an early home-based intervention on infant attachment organisation : the CAPEDP attachment study in France ». *Glob Health Promot.* 2013 Jun ; 20 (2 Suppl) : 71-5.
78. Tessier S., Bissette E., Bantegnie D., Lebeau C. « Évaluation d'un programme de prévention du tabac dans les lycées d'Île de France ». *Alcoologie et Addictologie* 2008 ; 30 (2) 173-180.
79. The Marmott Report. *Review Fair Society Healthy Lives*, February 2010.
80. Thomas, R. E., J. McLellan, et al. « School-based programmes for preventing smoking. » *Cochrane Database Syst Rev* 4 : 2013, CD001293.
81. Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé. *L'efficacité de la promotion de la santé : Agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe*. Paris : 1999, 174 p.
82. Vos T., Carter R., Barendregt J., Mihalopoulos C., Veerman L., Magnus A., Cobiac L., Bertram M.Y., Wallace A.L. ACE-Prevention Team. *Assessing cost-effectiveness in Prevention (ACE-Prevention)*. University of Queensland, Brisbane and Deakin University, Melbourne. 2010.
83. Werch C.E., Owen D.M. « Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs ». *J Stud Alcohol.* 2002 ; 63 (5) : 581-90.
84. Wilson J.M.G., Jungner G. *The principles and practice of screening for disease*. Geneva : World Health Organization ; 1968.
85. Wu-Zhou X., Brouard C., Embersin C., Chardon B., Grémy. *Évaluation sur trois ans du programme Capri de prévention des addictions. Suivi des collégiens de la cinquième à la troisième*. Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France, Région d'Île-de-France, Préfecture de la région d'Île-de-France, Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2004.