



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'Irdes, 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>

moins 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. ↑