



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 renouée

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

**D**epuis 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 2011<sup>1</sup>), 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 tôt<sup>2</sup>.

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)