



Ministère de la Santé et des Solidarités

RAPPORT D'ÉTAPE

Stratégies Nouvelles de Prévention

**Commission d'Orientation Prévention
Jean-François Toussaint, président**

11 Septembre 2006

SOMMAIRE

Préambule	p 4
Lettre de Mission	p 6
Résumé Exécutif	p 9
Introduction	p 12
Orientations	
1. Parcours de prévention et protection sociale	p 17
2. Inégalités de santé et organisation territoriale	p 24
3. Promotion de la santé en milieu de travail	p 33
4. Promotion de la santé en milieu scolaire	p 39
5. Éducation du patient et maladies chroniques	p 43
6. Outils et méthodes de dépistage	p 56
7. Recherche, évaluation, formation	p 67
8. Déterminants environnementaux	p 73
Recommandations	p 80
Propositions d'Actions	p 86
Conclusion	p 87
Bibliographie	p 88
Abréviations	p 90
Annexes	
Annexe 1 Composition de la Commission d'Orientation Arrêté du 12 Juin 2006	p 92
Annexe 2 Calendrier des sessions et des auditions	p 95
Annexe 3 Composition et objectifs des ateliers	p 96
Annexe 4 Calendrier des Etats Généraux de la Prévention	p 98
Annexe 5 Recommandations de la HAS en matière de dépistage	p100

Le contact périodique avec le système de soins n'est qu'une petite partie de la prévention, beaucoup mieux définie comme un effort collectif de promotion, de préservation et de restauration de la santé.

Il ne peut y avoir d'unanimité sur ses contenus possibles : la notion de risque implique un danger d'importance variable et une perception variable de celui-ci, induite par une communication, elle-même variable, du risque.

La rationalité des comportements vis-à-vis de la santé est des plus variables, aussi bien du côté des personnes que vise la prévention que du côté des professionnels qui souhaitent la mettre en œuvre...

La mise en place et l'évaluation exigent autant la fermeté que la souplesse.

Joël Ménard

PRÉAMBULE

Ce rapport est la première étape d'une démarche annoncée en janvier 2006 par le ministre de la Santé et des solidarités et mise en œuvre au printemps de cette année.

Cette démarche se fonde sur la nécessité d'établir une continuité entre un système de soins, encore essentiellement basé sur le curatif, et les nouveaux enjeux de prévention. Elle vise à intégrer dans l'approche de soins les préventions primaire (qui cherche à réduire la fréquence d'une maladie dans une population saine), secondaire (permettant la détection précoce d'une pathologie en vue d'un traitement efficace) et tertiaire (visant à réduire la progression d'une maladie avérée). Elle cible aussi le **décloisonnement** entre les nombreux acteurs impliqués par la démarche préventive dans les mondes éducatif, médical, paramédical, social ou de la recherche autour d'un objectif commun : améliorer la qualité de vie des Français en leur donnant tous les moyens de préserver leur capital santé. Enfin elle vise à assurer l'**évaluation**, à chaque étape, de l'ensemble des projets proposés.

Les lois relatives à la politique de santé publique et à l'assurance maladie d'août 2004 ont proposé de nombreux outils pour avancer dans cette direction. Certains ne sont cependant pas encore créés, d'autres pas encore appliqués. Si une impulsion forte a été lancée par ces deux lois, tant au niveau national que régional, l'ensemble des plans successifs mis en place peuvent apparaître insuffisamment coordonnés quant à leur volet de prévention, le tout dans un contexte économique complexe. Les acteurs chargés de leur mise en place s'interrogent alors sur la pérennité de leurs actions. C'est donc une démarche de cohérence, mais aussi d'identification et de définition du rôle de chacun des acteurs qui paraît indispensable à la réussite de cette stratégie, d'autant qu'il s'est avéré essentiel d'équilibrer l'ensemble sur deux piliers, l'un éducatif et l'autre médical, en insistant sur le dialogue nécessaire entre ces deux mondes.

Enfin, en accord avec la stratégie communautaire européenne, cette démarche présente également une vision intégrée permettant d'envisager un niveau élevé de prévention en matière de santé avec une mise en œuvre concertée dans les domaines clés des déterminants de santé, de l'éducation, du travail, de l'activité physique, de la recherche et de l'environnement.

MÉTHODE

Le dispositif repose sur :

- la mobilisation d'un groupe de 25 experts composant la Commission d'orientation, à laquelle sont associées les directions du ministère, de la CNAMTS, de la HAS, les agences et instituts (InVS, Inserm, INCA, INPES),

la FNORS, la Mutualité Française, la DRT (travail) et la DESCO (éducation nationale, enseignement scolaire) ainsi que des directeurs d'administration centrale, de la conférence des DRASS et des ARH qui composent le Comité de pilotage ;

- un calendrier volontariste : la commission d'orientation s'est réunie quatre fois en juin et juillet 2006, avec une première restitution des travaux le 24 juillet ; de même le comité de pilotage s'est réuni tous les quinze jours au cours de l'été ;
- des objectifs concrets avec un rapport d'étape, puis un rapport définitif remis en octobre prochain, présentant l'état des lieux et formulant des propositions d'évolution des dispositifs de prévention ;
- la tenue des États Généraux de la Prévention avec Assises Nationales, les 16 et 17 octobre 2006 à Paris, suivis de forums régionaux et locaux en décembre 2006 et janvier 2007 ;
- enfin la restitution de l'ensemble de cette démarche en février 2007.

Ce rapport préliminaire présente l'état des lieux, des éléments de réflexion sur les démarches de prévention dans le système de soins français et des perspectives concernant les évolutions à terme.

Il se développe en huit thèmes et autant de chapitres dont chacun débute par une synthèse, suivie de l'exposé détaillé. Sont ensuite présentées les recommandations de la commission, ainsi que les propositions d'actions.

À noter

La répartition en groupes de travail a permis de progresser et de réunir plus rapidement les données nécessaires à l'élaboration du constat.

De multiples réunions et échanges, ont été nécessaires pour aboutir à la rédaction des objectifs et propositions, mettant en jeu les membres de la commission et des directions, mais aussi de nombreux experts extérieurs. Les pages suivantes sont le fruit de leur vaste travail collectif. Qu'ils en soient tous ici remerciés.

Lettre de Mission



LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Paris, le 29 mai 2006

Dr. Jean-François Toussaint
Pôle Imagerie Fonctionnelle
Hôtel-Dieu
1 Parvis Notre Dame
75181 Paris Cedex 04

Cher Monsieur,

La France est le pays dans lequel l'espérance de vie est la plus élevée après 60 ans, ce qui traduit la qualité de notre système de soins, reconnu par l'Organisation mondiale de la santé comme l'un des plus performants au monde.

Dans ce bilan, deux points retiennent toutefois mon attention : une mortalité élevée avant 65 ans ; des inégalités croissantes de recours aux biens de santé. Plus de 160 000 décès annuels prématurés sont attribuables à des facteurs en amont desquels nous pouvons agir directement; le diagnostic tardif de pathologies lourdes et les accidents (en milieu domestique et sur la voie publique) ont un impact important sur la qualité de vie de nos concitoyens. L'accès effectif aux soins se répartit très inégalement selon les régions, les genres ou les catégories socio-professionnelles : sept ans d'espérance de vie séparant les catégories les plus défavorisées des autres. Enfin l'éducation à la santé, avec des programmes adaptés à chaque âge, ou la lutte contre la sédentarité, devraient pouvoir bénéficier d'un soutien plus important encore.

Les lois du 4 mars 2002 et du 9 août 2004 ont jeté les bases d'un développement des politiques de prévention dans notre pays ; celles-ci s'expriment dans les différents plans de santé publique et restent largement focalisées sur les risques et les pathologies. L'annonce d'une politique nationale renforcée en matière de prévention et d'éducation pour la santé permettrait de donner une cohérence accrue à l'ensemble des actions menées dans ces domaines. Elle renouvellerait les actions de santé publique en centrant les démarches sur la santé et la façon de la préserver, et non plus sur la maladie.

Les actions déjà lancées (santé bucco-dentaire, planification et remboursement de la mammographie) ont montré l'intérêt de cibler une action à un âge déterminé. Elles peuvent être renforcées par une démarche transversale plus systématique : les initiatives du Président de la République en matière de sécurité routière, de handicap et de cancer, ou les propositions retenues dans le programme national « nutrition santé » ont montré l'efficacité de mesures intégrées et la nécessaire coordination de celles-ci comme gage de réussite.

J'ai décidé d'engager dès à présent l'élaboration d'une stratégie nationale ayant pour objectif de centrer la prévention sur chaque personne et sur les comportements : elle se focalisera ainsi sur la prévention à l'occasion d'événements majeurs de la vie, et ciblera les principaux objectifs à chacun des âges. Cette stratégie donnera une visibilité, une impulsion et une cohérence d'ensemble aux actions déjà entreprises dans ce domaine, qui demeurent trop souvent dispersées. Elle devra aussi proposer des actions nouvelles, afin d'anticiper l'émergence de problématiques dans un domaine sur lequel les connaissances progressent constamment. Il convient donc de se doter à la fois d'un cadre de référence, d'objectifs et de mesures de mise en œuvre.

Pour élaborer cette stratégie, la démarche que j'ai retenue conjugue la mobilisation d'une expertise élargie et un processus de consultation des parties prenantes (citoyens, associations de santé, de patients, associations de protection de l'environnement, partenaires sociaux, professionnels de la santé, etc.). Ce processus prendra notamment la forme d'Etats généraux de la prévention, comprenant des assises nationales et des forums régionaux qui seront mis en place à l'automne de cette année.

La première étape, que je vous confie, consiste à réaliser un diagnostic, à proposer des orientations d'actions, et à définir les priorités à aborder lors des Etats généraux. Elle mesurera l'efficacité des dispositions déjà prises ou préconisées et proposera de nouvelles mesures, de nouvelles structures et de nouveaux outils à mettre en œuvre pour l'évaluation de cette stratégie nationale ainsi que pour la recherche et la formation. Elle évaluera les renforcements nécessaires du rôle des différents intervenants de la prévention (École, PMI, Médecins du travail, Médecin traitant, CHU, EHESP...) et les moyens nécessaires à sa mise en place. Elle proposera des sites et des régions afin de tester et d'évaluer ces mesures pilotes ainsi que les modalités de leur extension au niveau national. Enfin elle réfléchira aux conditions nécessaires pour intégrer ce dispositif à celui de nos partenaires européens.

Je vous remercie d'avoir accepté la mission de présider et d'animer la commission d'orientation chargée de la production de ce diagnostic de référence. Ce groupe, dont vous me proposerez la composition d'ici dix jours, pourra auditionner les experts français et étrangers et les parties prenantes que vous estimerez pertinents, et pourra utilement s'appuyer sur des groupes constitués compétents sur des points particuliers, tels que la Haute autorité

de santé (HAS), l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

Lors de l'établissement de ce diagnostic et de la définition des propositions d'orientations, vous porterez une attention particulière :

- aux critères et méthodes susceptibles de faciliter la hiérarchisation des priorités,
- aux acteurs et aux groupes de populations concernés en priorité,
- aux recommandations qui ont pu être formulées par les rapports antérieurs et par les organismes scientifiques et d'expertises dans le domaine de la prévention, et au suivi qui leur a été accordé,
- aux dispositifs, aux programmes et aux mesures existants, en France comme à l'étranger, dans le domaine de la prévention, et à leur efficacité.

Les conclusions du groupe que vous animerez comporteront des recommandations d'améliorations à apporter dans différents domaines (technique, institutionnel, scientifique, réglementaire, systèmes d'information, recherche, etc.), et suggèreront, à partir de critères intégrant notamment les dimensions économique et internationale, des propositions et priorités d'action. Le travail de ce groupe prendra la forme d'un rapport préliminaire qui comprendra un diagnostic, et proposera les premières orientations, puis d'un rapport définitif.

Le rapport préliminaire sera rédigé pour la fin du mois de Juillet 2006. Le rapport définitif sera remis pour octobre 2006. Il comportera le diagnostic complété, hiérarchisera les orientations que vous recommanderez et proposera des actions précises ainsi que leur calendrier de mise en œuvre. Ainsi, il servira de cadre de référence pour les mesures concrètes qui seront appliquées.

La stratégie sera rendue publique en juin 2006.

La direction générale de la santé vous fournira le secrétariat du groupe d'experts et vous bénéficierez de l'appui des autres directions, agences ou établissements concernés, et plus particulièrement de celui de l'Inpes. Vous contacterez également les services des autres ministères dont l'action en matière de prévention est significative, et notamment la direction de l'enseignement scolaire, la direction des relations du travail, la direction générale de la recherche et de l'innovation. L'ensemble des services mobilisés s'organisera en comité de pilotage.

Je vous remercie d'avoir bien voulu accepter d'assurer la présidence de cette importante commission, et vous prie d'agréer, cher monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Xavier Bertrand

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

- 1 - La prévention et l'éducation pour la santé, incluant l'éducation du patient, doivent être mieux pris en compte par le système de protection sociale.
- 2 - Les démarches de prévention et d'éducation pour la santé doivent tenir compte des différents déterminants environnementaux.
- 3 - La **territorialisation** des politiques de prévention et d'éducation pour la santé doit être approfondie.
- 4 - Le développement de la recherche, des études, de la formation et surtout de l'**évaluation** dans le champ de la prévention et de l'éducation pour la santé doit être significativement renforcé.
- 5 - Enfin, la **réduction des inégalités de santé** qui inspire les quatre axes précédents doit faire l'objet d'une approche spécifique.

Recommandations de la commission

La démarche recommandée est celle de promotion de la santé au sens des Chartes d'Ottawa et de Bangkok de l'OMS. Il s'agit, par une action sur les déterminants environnementaux et sociaux, individuels et collectifs, de permettre à chaque citoyen d'exercer un meilleur contrôle sur sa propre santé en créant les conditions qui lui permette d'opter pour des choix sains en connaissance de cause.

1 - **Le temps.** Une approche centrée sur les âges de la vie, amène à considérer trois périodes principales : la grossesse (période de réceptivité optimale aux messages de prévention pour la mère et le père), l'enfance (phase d'acquisition des notions fondamentales de santé et des comportements), la cinquantaine. De ce point de vue, l'acquisition des notions indispensables à la préservation de la santé dès l'enfance doit s'appuyer sur le milieu scolaire et les parents. Il est donc proposé d'inscrire l'éducation pour la santé dans les missions de l'école et les projets d'établissements ; d'intégrer la formation en éducation et promotion de la santé dans la formation initiale et continue des personnels de l'Éducation nationale et des travailleurs sociaux.

2 - **Le lieu.** Le cadre régional est considéré comme le cadre préférentiel de prise de décisions et de suivi des propositions. Une plus grande cohérence des plans et une meilleure coordination des acteurs doivent être trouvées, en particulier pour que les GRSP, principale instance d'application conformément à la loi du 9 août 2004, fonctionnent au mieux des besoins de la population dont ils ont la charge. La territorialisation des politiques de prévention au niveau des bassins de vie comme des collectivités devra être poursuivie en ciblant l'articulation entre niveaux national et régional. Dans ce domaine, il pourrait d'ailleurs être envisagé de réunir des villes-santé sous un label unique.

3 - Les acteurs. Le citoyen est le premier acteur de toute démarche de prévention ; pour l'enfant, les parents et l'école sont des relais essentiels de cette démarche. Les parents doivent aussi être informés et aidés notamment pour la transmission des données concernant l'éducation à la santé, incluant l'éducation sexuelle et la contraception. Enfin le médecin traitant est un pivot du système de prévention. C'est autour de lui que se construit le parcours individualisé de chacun. Il s'appuie sur un réseau de partenaires (éducateurs, médecins scolaires ou du travail, paramédicaux) qui confortent sa démarche et facilitent l'appropriation par le sujet des données qui le concernent.

4 - L'approche. De ce qui précède, la commission d'orientation formule deux séries de recommandations, l'un concernant les déterminants collectifs, environnementaux, et sociaux, l'autre concernant la prévention médicalisée.

4.1 - Déterminants collectifs, environnementaux et sociaux

4.1.1 La démarche encouragée est de promouvoir l'acquisition des notions fondamentales de santé dès l'enfance et de développer la vocation de l'école comme lieu de promotion de la santé. Dans le contour de la loi de 2005, il est ainsi recommandé d'enrichir le contrat cadre MEN-MSS et d'inscrire l'éducation à la santé dans les projets d'établissement ; d'intégrer la formation en éducation et promotion de la santé dans la formation des personnels de l'Éducation nationale et des travailleurs sociaux ; de mobiliser les recteurs dans le cadre de la régionalisation des politiques de santé fixée par la loi du 9 août 2004.

4.1.2 En milieu de travail, une labellisation conjointe « entreprise-santé » par les deux ministères pourrait favoriser l'émergence d'une attitude plus engagée des entrepreneurs vers la santé des salariés, associant dans cette démarche l'ensemble des partenaires de la santé (CNAMTS, Mutuelles, Assurances), et aboutir à une meilleure perception de l'environnement professionnel (le plus souvent associée à un moindre absentéisme).

4.1.2 La réduction des inégalités de santé doit faire l'objet d'une approche spécifique passant par la mise en chantier d'un programme national de promotion de la santé centré sur la petite enfance, l'intégration systématique de cet objectif dans les PRSP et le développement d'études sur les modes d'intervention efficaces en direction des populations vulnérables.

4.1.3 Des programmes de recherche en lien avec l'Inserm, la DREES, l'HAS, l'INPES et l'ANR doivent soutenir et justifier ces démarches tant en terme d'éducation à la santé ou d'adhésion thérapeutique que pour l'étude des pratiques de prévention, les interactions santé-environnement ou encore l'évaluation des politiques de santé. La structuration de ces nouvelles équipes de recherche pourrait être proposée en GHU, dans les EPST, ainsi qu'à l'EHESP et facilitée par la création d'un réseau national de recherche et d'intervention entre les différentes agences, encourageant l'interdisciplinarité des programmes et les partenariats privés – publics.

4.2 - Prévention médicalisée

- 4.2.1 Un rendez-vous santé sera régulièrement proposé à chaque Français par son médecin traitant. Hors de tout contexte pathologique, cette rencontre évaluative doit permettre de centrer les mesures individuelles sur les besoins spécifiques de chacun selon son âge et son environnement, social, familial ou professionnel. Les mesures qui sont retenues sont celles dont le rapport coût - efficacité est établi à un niveau de preuve suffisant. Une évaluation spécifique doit permettre de déterminer quels éléments de ces actions de prévention seront pris en charge par l'Assurance Maladie.
- 4.2.2 Pour lutter contre les inégalités d'accès à la prévention, des mesures ciblées ayant fait la preuve de leur efficacité, la commission suggère de privilégier l'équité d'une démarche populationnelle (cette approche a été appliquée avec succès dans les vingt dernières années, notamment pour la réduction du risque de transmission du VIH dans les sous-groupes les plus à risque).
- 4.2.3 En terme d'éducation thérapeutique, les multiples acteurs impliqués et l'absence de pilote clairement identifié, suggère de mettre en place un groupe de travail transversal associant l'ensemble des acteurs du champ (institutionnels, praticiens, éducateurs et associations de patients), et spécialement dévolue à cet objectif essentiel pour l'observance, l'autogestion des alertes ou la réduction des erreurs iatrogènes.
- 4.2.4 De nombreuses données épidémiologiques restent encore parcellaires et limitent l'estimation des besoins en terme de prévention : c'est le cas du recueil et de l'exploitation des informations en médecine du travail. Il est nécessaire de réunir au mieux ces données (réseau de médecin, systèmes interopérables) afin de comprendre par exemple les implications sanitaires à distance des expositions toxiques.
- 4.2.5 Dans le cadre des dépistages, géré par le médecin traitant, une méthodologie nouvelle est proposée : lorsque les données de la littérature (méta-analyses) justifient la mise en place, le dispositif est organisé à l'échelon national et régional avec une évaluation *a priori*, une démarche d'assurance-qualité, une validation immédiate *a posteriori* grâce à un système d'information interactif qui devrait être inclus dans le DMP.

L'ensemble de ces activités viendrait s'inscrire dans l'activité des médecins du travail ou des médecins scolaires, et en synergie avec le travail de fond du médecin traitant dans une démarche personnalisée de prévention.

INTRODUCTION

Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la France est le pays dans lequel l'espérance de vie est la plus élevée après 60 ans. Cette donnée traduit la qualité du système de soins français, qui, considéré comme l'un des plus efficaces en Europe, en est aussi l'un des plus coûteux. De plus, notre organisation présente deux points faibles : basé sur une prise en charge essentiellement curative, ce système laisse échapper au travers de ses mailles une proportion considérable de handicaps majeurs évitables et de décès prématurés, ainsi il n'a pas su depuis plus de 20 ans résoudre les écarts de morbidité entre les différents groupes de Français, c'est l'une de ses faiblesses les plus patentes.

- Une mortalité prématurée élevée (mortalité évitable avant 65 ans, Figure 1) qui se concentre autour de 5 facteurs de risques: le tabac, l'alcool, les facteurs nutritionnels, le suicide et les accidents de la circulation (entraînant près de 160 000 décès précoces). Et par ailleurs, le retard au diagnostic par défaut de dépistage des pathologies lourdes entraîne lui aussi des coûts importants par l'absence d'une prise en charge immédiate adaptée.

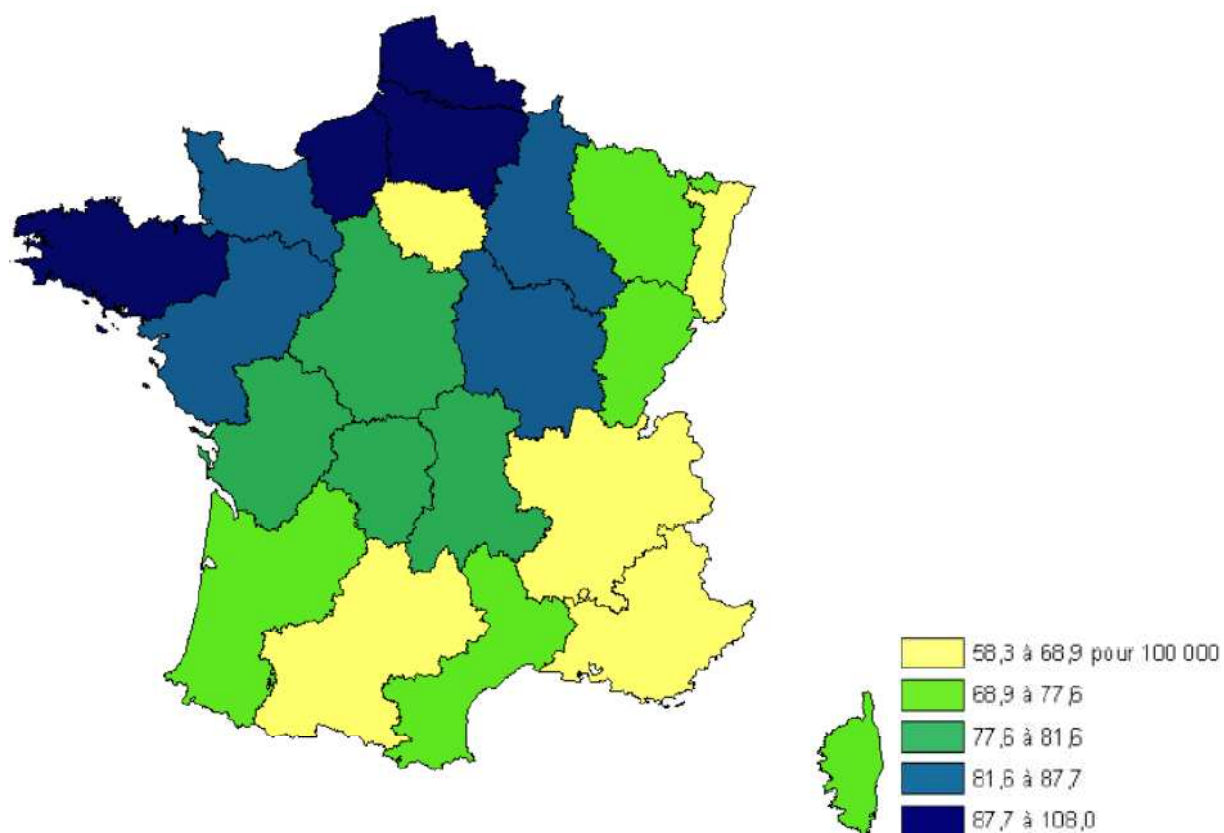


Fig.1 Taux de mortalité évitable avant 65 ans (exprimé par quintile)

Source : Inserm-CépiDC, INSEE, Données moyennes régionales 2000-2002

- Des inégalités de santé croissantes: Les progrès enregistrés récemment dans les politiques de prévention produisent des bénéfices de santé inégalement répartis selon les régions, les sexes (au détriment des hommes) ou les catégories socioprofessionnelles (au détriment des catégories les plus modestes. Concernant les maladies cardiovasculaires, la mortalité avant 65 ans a globalement diminué de 32% entre 1970 et 1990, mais cette diminution a bénéficié trois fois plus aux cadres et professions libérales (-42%) qu'aux employés et ouvriers (-14%) et plus de sept ans d'espérance de vie séparent en France les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées des plus défavorisées. Ces dernières sont aussi les plus exposées aux conduites à risque (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée...), mais aussi celles dont le recours aux structures sanitaires et aux biens de santé est le plus faible. Réduire les inégalités nécessite donc des prises en charge nouvelles, avec un accès adapté pour les groupes dont les besoins sont les plus importants.

Les lois du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé et celles relatives à la politique de santé publique et à l'assurance maladie des 9 et 13 août 2004 ont jeté les bases d'un développement des politiques de prévention dans notre pays. Celles-ci trouvent leur expression dans les différents plans de santé publique, centrés sur les risques et les pathologies. Cependant l'effort financier de notre pays en faveur de la prévention reste modeste, estimé à environ 6,4% des dépenses totales de santé selon la DREES.

L'un des objectifs de la prévention est de permettre à chacun de préserver le plus longtemps possible ses facultés d'adaptation en réponse aux opportunités de l'existence et ses capacités de résistance face aux agressions.

Historiquement, les progrès de la santé publique ont suivi les grandes étapes du développement économique. L'hygiène, l'asepsie, les vaccins puis les antibiotiques ont considérablement réduit l'impact des infections, cause majeure de mortalité des deux premiers millénaires. En conséquence, on ne meurt plus à 6 mois de septicémie ou à 20 ans d'insuffisance cardiaque rhumatismale, mais on a « le temps » de voir se développer un cancer, une hypertension, une maladie d'Alzheimer ou une maladie coronarienne. Ces maladies dégénératives nécessitent un nouveau type d'intervention durant leur phase de progression silencieuse, avant qu'elles aboutissent à leurs premiers symptômes.

Par ailleurs, la mécanisation, qui au cours du siècle dernier a permis à l'homme d'obtenir des productions et des rendements de plus en plus importants, a entraîné en parallèle, pour une population en phase accélérée d'urbanisation, la suppression de tout effort physique (chasse, travaux agricoles) précédemment nécessaire à la quête de sa ration énergétique. Dans la même période, ces changements se sont accompagnés d'un doublement de l'espérance de vie en un temps extraordinairement bref (150 ans) à l'échelle du temps darwinien.

Ces deux phénomènes, facilitation des apports nutritionnels (à un coût toujours plus faible en proportion du revenu moyen) et sédentarisation (par la mécanisation de nos activités : automobile, robotisation industrielle et domestique), surviennent alors que la sélection génétique a classé l'homme parmi les grands stockeurs en termes métaboliques : la rétention de sel et d'acides gras, qui nous a permis de survivre à des situations aussi diverses que les fortes sécheresses des phases d'expansion pan-africaine, ou les froids des premières migrations américaines par le détroit de Behring, fait maintenant de nous des individus particulièrement susceptibles aux conséquences de l'hypertension et du surpoids (1).

Dans des conditions environnementales aussi rapidement modifiées, notre patrimoine génétique nous entraîne désormais vers un déséquilibre apports/dépenses énergétiques au profit des premiers expliquant une partie de l'épidémie d'obésité actuelle (Figure 2) et à venir (Figure 3).

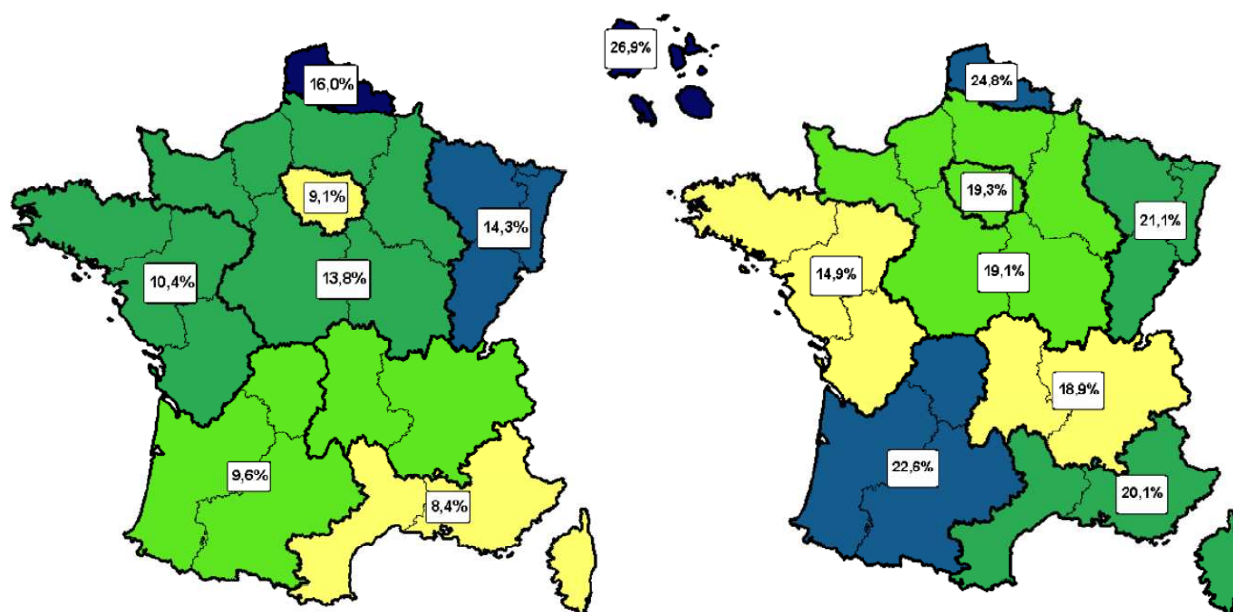


Fig.2 Prévalence de l'obésité chez l'adulte

Source : INSEE Année 2002-2003

Fig.3 Proportion d'élèves de CM2 en excès pondéral

Source : DREES-DESCO, INVS, DGS, DEP, INSEE Année 2001-2002

Un seul pays préserve encore momentanément cet équilibre énergétique : le Japon. Sans doute faut-il y voir la conséquence d'une ration quotidienne à 2700 calories par habitant soit la plus faible des pays développés. Or des mesures préventives adaptées peuvent inciter à des changements d'attitude personnelle ou collective permettant de réduire les effets secondaires de l'industrialisation alimentaire : modifications des comportements, réduction des apports à hauteur de la dépense, incitation à pratiquer plus d'activité physique.

Et, tout en soutenant fortement la recherche et le développement des biotechnologies futures (thérapies géniques ou cellulaires, pharmacogénomique ou biomatériaux) inaccessibles pour quelques temps encore à la pratique quotidienne, ce sont des mesures adaptées concernant l'organisation de la prévention en amont des soins qui nous permettront de progresser le plus rapidement en terme de durée et surtout de qualité de vie pour les dix ans à venir.

Les mesures récentes prises dans le domaine de la sécurité routière ont montré qu'une attitude volontariste pouvait modifier le comportement des français rapidement et sans contrepartie majeure, et pour autant faire la preuve d'un résultat irréprochable. Outre la réduction majeure en terme de mortalité (-27% entre 2002 et 2004), le gain en terme d'économie de santé est estimé à environ 3,3 milliards d'euros en 2 ans, tenant compte des vies épargnées et du coût des hospitalisations évitées grâce à la diminution du nombre de blessés (Données Drees 2006). L'OMS considère d'ailleurs de plus en plus souvent ce type d'intervention comme l'exemple d'actions efficaces de santé publique à cibler dans les années à venir.

De la même façon la mise en place réussie du plan de prévention canicule en 2006 peut être considérée comme un exemple de situation de gestion d'un risque environnemental ayant des répercussions majeures sur la santé.

A contrario, face à une opposition beaucoup plus structurée, les mesures prises en janvier 2004 concernant le prix du tabac, ont également montré un impact immédiat mais qui s'estompe malheureusement peu à peu. Enfin les exemples pris chez nos voisins européens nous imposent de réfléchir au recul subi par notre pays en quinze ans dans la lutte contre le tabagisme, premier facteur de morbidité, mais également au contexte français propre à certaines adaptations.

Une analyse économique précise doit permettre d'anticiper le financement de la prévention, il est ainsi essentiel de tenir compte des critères d'efficacité « espérée » *ex ante* et du coût des actions proposées mais surtout des comportements individuels afin d'optimiser leur mise en œuvre. Enfin, l'ensemble des acteurs de l'assurance santé, publics, privés, coopératifs ou mutualisés, doivent pouvoir être intégrés dans les différents scénarii de prise en charge.

Le dispositif large proposé ici repose sur la mobilisation d'experts, un calendrier volontairement contraint, des objectifs concrets portant sur l'organisation du parcours de prévention, l'approche territoriale, la lutte contre les inégalités, l'éducation à et la promotion de la santé, l'éducation des patients, le dépistage, l'environnement, la formation, l'évaluation et la recherche.

Les axes principaux retenus par la commission se sont centrés autour a. du parcours de prévention et de la protection sociale afin d'associer plus intimement les méthodes déployées dans la prévention et le soin, b. de

l'organisation territoriale afin d'aborder par ce biais une autre voie de réduction des inégalités de santé, c. de la promotion de la santé en milieu de travail au delà de la gestion des risques professionnels, d. de l'éducation à la santé en milieu scolaire, étape prioritaire de cette stratégie, e. de l'éducation thérapeutique des patients souffrant de maladie chronique, f. des outils et méthodes de dépistage pour les principales pathologies, g. de la recherche, de l'évaluation et de la formation en matière de prévention et h. des déterminants environnementaux avec et au delà du cadre du programme national santé environnement. Enfin il est enfin apparu essentiel aux membres de la commission de développer un cadre éthique auquel sera consacré un atelier spécifique des États généraux.

ORIENTATIONS

1. PARCOURS DE PREVENTION ET PROTECTION SOCIALE

Synthèse

Le processus engagé doit permettre d'articuler les parcours de prévention et de soins pour que les assurés puissent bénéficier d'une prestation de santé complète et cohérente dans une logique de réduction des risques ; l'utilité des soins de prévention, leur efficacité, leur service médical, leur rapport bénéfice/risque, leur aspect éthique devant être appréciés avec la même rigueur que ceux des soins curatifs. Sous réserve d'une évaluation positive, ils doivent alors être solvabilisés par les régimes obligatoires et complémentaires pour en permettre l'universalité et l'accessibilité sociale.

À court terme, il convient de :

- reconnaître la dimension préventive de la pratique quotidienne des professionnels de santé en l'intégrant dans la nomenclature des actes ;
- développer l'implication des usagers et des professionnels en matière d'éducation thérapeutique et de pratiques cliniques préventives ;
- instaurer des « rendez-vous santé » débouchant sur des protocoles de prévention (consultations de prévention, dépistage, etc) ;
- développer la formation continue (éducation pour la santé ; éducation du patient ; pratiques cliniques préventives).

Et à long terme :

- structurer les soins ambulatoires autour d'une offre intégrant prévention et soins et favorisant les transferts de compétences ;
- définir les modes de rémunération des professionnels de santé sous forme d'intéressement en fonction des résultats atteints.

Exposé

1.1 Rechercher la cohérence et favoriser l'articulation du parcours de prévention et du parcours de soins

En 1945, prévention individuelle et collective ont été placées dans le domaine d'intervention financière des pouvoirs publics, tandis que les soins (au sens curatif) relevaient du domaine de l'assurance maladie. Cette partition qui a eu un certain nombre de conséquences (notamment culture curative, fort développement de l'offre curative au détriment de l'offre préventive, non ou

sous valorisation d'activités à forte composante préventive,...) pose de plus en plus question. D'une part, elle ne permet pas de faire correctement face aux enjeux de santé actuels (vieillesse de la population, maladies chroniques, mortalité prématurée évitable, inégalités de santé...) qui nécessitent davantage d'équilibre et de complémentarité entre stratégies curatives et préventives. D'autre part, elle ne tient pas compte de l'évolution des pratiques médicales en lien avec les développements technologiques et scientifiques permettant de détecter et de prendre en charge de plus en plus précocement certaines maladies, voire d'en éviter ou retarder l'apparition et les complications. En outre, les régimes d'assurance maladie obligatoires, mais aussi complémentaires, remboursent aujourd'hui de façon non négligeable des actes ou des prescriptions comportant totalement ou partiellement une dimension préventive, même si cette composante n'est pas toujours identifiée.

Ces actions s'inscrivent dans le cadre de soins de prévention individuels, dont le résultat peut s'observer, comme pour les soins curatifs, chez chacun de ceux qui en bénéficient. Le développement de cette prévention « individuelle » n'aura cependant de sens et n'atteindra une pleine efficacité qu'à condition que soient menées parallèlement et de façon cohérente des actions multisectorielles sur les déterminants collectifs de la santé (cadre de vie, hygiène du milieu, conditions de travail, etc.).

La notion de « parcours de prévention » renvoie à celle de « parcours de soins » introduite par la loi de réforme de l'assurance maladie en 2004. Le parcours de soins vise, à partir d'une situation pathologique avérée ou potentielle, à organiser les conditions d'intervention et la coordination de différents acteurs de la prise en charge, en confiant au médecin traitant un rôle central. En matière de protection sociale, il introduit pour les régimes obligatoires une différenciation dans les remboursements, dans et hors parcours. Cette même différenciation se retrouve dans les contrats « responsables » proposés par les régimes complémentaires, qui ont en outre l'obligation de rembourser au moins deux prestations de prévention sur la base d'une liste arrêtée par les pouvoirs publics.

En prévention cependant, la notion de parcours ne part pas d'une situation pathologique, mais au contraire fait référence à la santé. C'est pourquoi, le parcours de prévention se déroule tout au long de la vie, en amont, mais aussi dans le même temps et au delà de situations pathologiques nécessitant la mise en œuvre du parcours de soins. Grâce à une approche globale de chacun dès la naissance, en tenant compte de son histoire, de sa culture, de son cadre de vie ou de travail, de son état de santé, de ses aspirations, etc, le parcours de prévention poursuit une double ambition :

- promouvoir la santé en contribuant à donner à chacun la possibilité d'être l'acteur de sa santé, quand elle est bonne mais aussi quand elle devient moins bonne ;

- développer une logique de réduction ou de suppression des risques dans le cadre de soins de prévention individuels, en complément de toutes les mesures agissant sur les déterminants collectifs de la santé.

Le parcours de prévention s'appuie sur des activités, des prestations ou des soins dont l'utilité, l'efficacité, le service médical rendu, le rapport bénéfice/risque, les aspects éthiques doivent être appréciés avec la même rigueur que pour les soins curatifs, notamment par la Haute autorité de santé. Sous réserve de son évaluation positive, le contenu du parcours de prévention doit être solvabilisé par les régimes obligatoires et complémentaires pour en permettre l'universalité et l'accessibilité sociale. Le montant des restes à charge tout comme la politique en matière de tarifs et de dépassements doivent être définis de façon cohérente pour créer une incitation positive à suivre le parcours de prévention.

Ce parcours doit permettre d'articuler prévention primaire, secondaire et tertiaire dans un véritable continuum, sans opposer ces différents moments de l'action préventive. Il ne s'agit pas non plus d'opposer de façon binaire parcours de prévention et parcours de soins. En fonction des événements de la vie, ces deux démarches répondent en effet à des nécessités différentes mais mettent en jeu pour l'essentiel les mêmes acteurs, assurés et professionnels. Il ne s'agit pas d'aboutir à un cloisonnement des deux approches et à une discontinuité de l'approche préventive.

Les moments de soins sont une occasion d'aborder la prévention (d'autant mieux que les protagonistes seront sensibilisés voire formés et grâce à la mise en place de moments de prévention clairement individualisés et valorisés). Il est en effet pertinent de se préoccuper à la fois d'assurer les meilleurs traitements aux personnes atteintes d'une pathologie donnée tout en s'efforçant de développer les actions permettant d'éviter si cela est possible son apparition, ses complications et les effets éventuellement négatifs des traitements.

Les moments de prévention devront parfois aboutir à des actes de soin. Il est par exemple cohérent de se préoccuper de développer le dépistage d'une maladie, en s'intéressant aux conditions de son traitement et de sa prise en charge en cas de résultat positif, y compris d'un point de vue financier.

Il faut donc renforcer la dimension préventive des pratiques des professionnels de santé et non l'inverse, sous prétexte que le parcours de prévention serait l'affaire de spécialistes ou d'acteurs spécifiques.

1.2 Objectifs à court terme

Les propositions à court terme tiennent compte de l'état actuel des pratiques et de l'organisation du système de soins avec pour objectif immédiat :

- d'optimiser les démarches thérapeutiques et l'organisation des soins pour les patients qui sont dans un parcours de soins ;
- de développer de nouveaux modes d'implication des usagers et des professionnels ;
- de créer un climat favorable à de nouvelles pratiques préventives.

1.2.1 Reconnaître la dimension préventive de la pratique quotidienne des médecins traitants et des autres professionnels de santé

Il ne s'agit pas de multiplier des approches segmentées ou d'inscrire isolément de nouveaux actes « préventifs » à la nomenclature, mais au contraire d'inscrire la prévention au sein du parcours de soins coordonné. Le médecin traitant apparaît naturellement comme le pivot dans cette perspective. Il connaît l'histoire de son patient. Il est le plus à même d'évaluer son état de santé et d'identifier ses facteurs de risque. Ce rôle central dans le suivi et la coordination des soins de prévention de son patient est d'autant plus justifié que la « pratique de prévention » pour le médecin ne doit pas être conçue comme une activité ponctuelle mais bien comme un processus continu, tout au long de la vie du patient, en fonction de son âge, de ses facteurs de risque, de son histoire.

D'ores et déjà, de nombreuses occasions (vaccinations, contraception, grossesse, certificat d'aptitude au sport, ...) fournissent la possibilité d'un recours non curatif au médecin traitant ou à d'autres professionnels. Des problèmes bénins de santé permettent également d'initier des démarches de prévention.

Il est également important de reconnaître la dimension préventive que peut avoir la pratique de nombreux autres professionnels, en particulier les dentistes, les pharmaciens, les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, les orthophonistes, les psychologues, etc.

Dans tous les cas, cette reconnaissance est la première étape pour que ces professionnels ne se vivent plus et ne soient plus uniquement vécus comme des professionnels des soins curatifs. Elle devrait se traduire dans la nomenclature des actes des différents professionnels pour mieux en identifier la composante préventive. Les soins de prévention doivent être inclus dans l'acte médical, au même titre que les soins curatifs, afin de permettre aux professionnels d'offrir une prestation complète et cohérente garantissant une approche globale de leurs patients.

1.2.2 Développer l'implication des usagers et des professionnels dans des pratiques préventives au sein du parcours de soins

Le parcours de soins coordonné constitue le support naturel pour une conduite de changement visant à développer le recours à des soins de prévention tant pour les professionnels que pour les usagers. A cet égard,

l'éducation du patient constitue un levier essentiel. Elle doit devenir systématique chaque fois qu'elle correspond à des référentiels validés. Elle comporte dans le cas des maladies chroniques (y compris des organes des sens) une éducation thérapeutique, une éducation du patient à sa maladie et une éducation pour la santé du patient. Les patients concernés par ce type de maladie doivent être particulièrement accompagnés dans leur parcours de prévention et de soins afin que leur prise en charge puisse être globale, coordonnée et efficiente tant en matière de prévention que de soins.

Par ailleurs, on dispose déjà de nombreuses recommandations nationales ou internationales sur des pratiques cliniques préventives ayant un niveau d'efficacité jugé suffisant pour être intégré dans les pratiques. Il s'agit de les intégrer progressivement, en fonction de priorités de santé publique, dans la pratique quotidienne des médecins et de développer la coordination interdisciplinaire des intervenants. Cette intégration peut se faire par la mise en œuvre d'interventions brèves répétées, par exemple en matière d'addictions. Pour cela, il est nécessaire de développer les outils d'accompagnement et d'organiser la formation des médecins.

1.2.3 Mettre en synergie les dispositifs existants ou en projet à l'occasion de « rendez-vous santé » réguliers

Le succès des dispositifs de prévention nécessite une sensibilisation systématique et précoce de l'ensemble de la population. Créer un environnement culturel favorable en termes de représentation et de comportement est donc indispensable et implique le développement de la promotion de la santé dans les différents milieux de vie.

Ces mesures collectives pourraient être complétées en matière de protection sociale en proposant à chaque assuré social, et à ses ayant-droits éventuels, de pouvoir bénéficier régulièrement d'un « rendez-vous santé ». Véritable moment d'écoute, il permettrait de « faire le point » avec son médecin traitant, voire avec d'autres professionnels, en dehors de tout contexte de prescription, et le cas échéant, de toute situation pathologique.

Ces rendez-vous santé pourront donner lieu à l'élaboration d'un protocole de prévention (pris en charge par l'assurance maladie, en fonction de l'existence de facteurs de risques à définir – sur le même principe que les nouveaux protocoles d'ALD). Le cas échéant, ce protocole de prévention pourrait inclure la réalisation des différentes consultations de prévention déjà prévues par la loi ou en projet, ainsi que d'autres mesures comme le dépistage. Il semble souhaitable en effet que la mise en œuvre de ces différents dispositifs n'aboutisse pas à une juxtaposition contradictoire avec la nécessité d'une prise en charge globale.

La réalisation de ces rendez-vous santé implique la mise à disposition des professionnels de santé d'outils d'évaluation de l'état de santé qui ne soient pas uniquement centrés sur une approche biomédicale, mais qui prennent

également en compte les composantes psychosociales, ce qui implique une formation adéquate. Ils devraient associer d'autres professionnels que des médecins, même s'il est souhaitable que le médecin traitant conserve son rôle de pivot, et pourraient se dérouler dans d'autres lieux que des cabinets médicaux.

1.2.4 Adapter en conséquence la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles

D'ores et déjà, il est indispensable d'inscrire dans la formation continue des professionnels de santé des modules de formation à l'écoute, à l'éducation pour la santé et à l'éducation du patient ainsi qu'aux pratiques cliniques préventives. Il faut également inscrire les thèmes de la pratique préventive et de la promotion de la santé dans l'évaluation des pratiques professionnelles.

1.3 Objectifs à long terme

1.3.1 Favoriser la structuration des soins ambulatoires autour d'une offre de prise en charge de la santé des assurés intégrant prévention, soins et accompagnement

L'optimisation de l'organisation de l'offre est à rechercher dans une redéfinition précise du rôle des différents acteurs et de leur articulation.

Sont à construire ou à consolider :

- la coordination des intervenants,
- la complémentarité des offres,
- les transferts possibles de compétences, en particulier vis à vis des infirmiers et infirmières, dont certains pourraient reprendre une activité professionnelle dans ce cadre.

Cette plus grande structuration des soins ambulatoires conditionne leur efficacité mais aussi la qualité de leur indispensable articulation avec les soins hospitaliers. Par ailleurs, l'organisation des soins primaires doit faciliter l'orientation des assurés et des professionnels vers des stratégies de santé davantage basées sur les interventions et les soins préventifs ou de promotion de la santé, notamment pour éviter une « médicalisation excessive » recourant quasi-systématiquement à des thérapeutiques médicamenteuses. Dans ce cadre, l'action du médecin traitant doit pouvoir s'appuyer sur différents professionnels de santé, travaillant de façon coordonnée. Cette coordination peut s'effectuer de différentes façons, notamment dans le cadre de délégation ou de transfert de compétences.

Les acteurs de la promotion de la santé ne doivent pas être systématiquement des professionnels du soin. Il convient de déconnecter les

métiers afin de démultiplier les approches et les relais d'information pour répondre le plus largement possible à la variété des besoins et des attentes des assurés.

Par ailleurs, il est nécessaire de permettre le développement de prises en charge aujourd'hui trop peu répandues malgré leur utilité, par exemple soins dentaires conservateurs, conseil et éducation nutritionnelles, éducation thérapeutique, etc. L'implication de l'assurance maladie dans ce cadre nécessitera sans nul doute un choix des actions en fonction :

- des recommandations scientifiques et des enseignements des expériences étrangères,
- de la mesure permanente du rapport bénéfice/risque,
- de la mesure de l'efficience,
- et de la prise en compte des enjeux éthiques.

1.3.2 Imaginer de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé pour plus d'efficacité

Aujourd'hui, les trois quarts des assurés ont choisi un médecin traitant. Il est donc désormais possible d'associer clairement une population à un médecin généraliste. Eventuellement associée à une base forfaitaire, on pourrait ainsi imaginer une forme d'intéressement des médecins traitants en fonction de résultats atteints dans leur clientèle, par exemple en termes de taux de vaccinations, de participation à certains dépistages, de contrôle de certains états pathologiques, etc. Les autres professionnels de santé, pharmaciens, dentistes, infirmiers ou d'autres encore pourraient également être associés à des actions de prévention et être intéressés de la même façon aux résultats.

Ces nouvelles modalités supposent naturellement la définition d'indicateurs de résultats, mais également une traçabilité forte de l'activité des professionnels. Cela peut conduire à une codification des actes qui n'impliquerait pas nécessairement une tarification, la rémunération dépendant d'indicateurs de résultats.

2. INEGALITES DE SANTE ET ORGANISATION TERRITORIALE

Synthèse

La stratégie préconisée doit intégrer les différents facteurs d'inégalités : causes sociétales, sociales et intrinsèques. Dans la loi du 9 août 2004, la création du GRSP, pivot de l'action de santé publique régionale, permet de mettre en place des actions de lutte contre les déterminants de santé. Par ailleurs, la loi du 1^{er} août 2003 (ville et rénovation urbaine) place le développement de la prévention parmi les priorités pour la réduction des inégalités dans les zones urbaines sensibles.

Deux options peuvent être retenues :

- un principe d'équité et de discrimination positive, promouvant des politiques inégalitaires ciblées selon les besoins tel que le dépistage de la tuberculose et
- une approche communautaire dans le cadre de territoires bien définis.

Dans ce domaine les propositions d'actions regroupent :

- la création d'un label « Prévention – Ville Santé » sur la base d'un cahier des charges national dont la gestion serait assurée par le GRSP ;
- une approche familiale intégrant une préoccupation sociétale forte concernant les jeunes enfants, avec une mobilisation de tous les acteurs : PMI, santé scolaire, médecin traitant, services de pédopsychiatrie ;
- la réflexion quant à l'opportunité de création des Agences Régionales de Santé pour améliorer la lisibilité et le pilotage des actions de prévention.

Exposé

2.1 De quelles inégalités parle-t-on ?

Le terme « inégalités de santé » n'apporte pas l'éclairage suffisant pour définir une politique de prévention souhaitée efficace. Le terme « parcours de vie ayant des répercussions sur l'état de santé » semble plus approprié. Ainsi lorsque l'on mesure la mortalité prématurée, on mesure les effets de facteurs divers et pas toujours repérés entre les populations et ayant des conséquences directes sur le niveau de santé de chacun des individus.

Quels peuvent être ces facteurs d'inégalités?

2.1.1 Inégalités sociétales

La société génère les ferments de ses propres inégalités avec répercussion sur la santé. Ce sont par exemple

- la famille monoparentale (rapport du HCSP : « progression de la précarité en France ») ;

- la violence (ex : rapport INSERM – Expertise collective « Trouble des conduites chez l’enfant et l’adolescent ») ; les études récentes confirment que l’exposition à la violence télévisuelle à l’âge de 8 ans est prédictive de comportements agressifs à long terme ; cette relation est maintenue indépendamment du quotient intellectuel et du statut socioéconomique des sujets ;
- la culture (ex : programme de lutte contre les excisions) ;
- la santé au travail.

Il est difficile d’aborder ces inégalités sociétales par le seul prisme de la précarité. A titre d’exemple, l’étude du comportement suicidaire montre la place occupée par des évolutions sociétales rapides (voir enquête ethno-sociologique sur les suicides en Côtes d’Armor), par des déséquilibres socio-démographiques récents (voir enquête de F. Facy sur le suicide des personnes âgées)...

2.1.2 Inégalités sociales

Elles peuvent s’exprimer en termes de revenu, de logement, d’éducation, d’emploi ... Les publics qui sont le plus victimes des inégalités sociales de santé sont bien sûr les populations présentant une vulnérabilité particulière au regard des déterminants sociaux précédemment cités, le plus souvent positionnées au bas de l’échelle sociale. Cependant le problème des inégalités sociales ayant des répercussions sur la santé ne se résume pas à la précarité ou à différents groupes en situation d’exclusion, de précarisation ou identifiés par des dispositifs sociaux (CMU, RMI). Elles traversent l’ensemble de la population selon la théorie du gradient social.

2.1.3 Inégalités intrinsèques

Elles relèvent plus de l’ordre des déterminants personnels, notamment génétiques. A la loterie génétique, on ne naît pas tous égaux. De plus en plus d’études montrent l’existence de gènes préexistants au développement d’une pathologie, mais surtout l’expressivité variables des gènes en fonction de facteurs comportementaux individuels ou d’environnement.

Pour être totalement complet, il faudrait intégrer à ces éléments, un principe positif : le principe de résilience.

"La résilience définit la capacité à se développer quand même, dans des environnements qui auraient dû être délabrants." (Boris Cyrulnik)

Ainsi, pour être efficace, une politique de prévention doit-elle intégrer ces différents facteurs et ne pas se construire uniquement à partir d’éléments de mesure de l’état de santé. Elle doit s’élargir à des données sociétales et sociales en reconnaissant le poids majeur de ces facteurs par rapport au médical. Une politique de prévention devrait s’attaquer aux « causes des causes ».

2.2 Les outils en réponse

Avant le vote de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la prise en charge des « inégalités de santé » était avant tout formulée sur le versant de la précarité. Dans le cadre de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en faveur des personnes en situation précaire avaient ainsi été mis en place ; ils restent encore en vigueur.

Outre l'intégration de ce programme au sein d'un Plan Régional de Santé Publique (PRSP), la loi du 9 août 2004 organise le dispositif de prévention. De nouveaux outils apparaissent (consultations médicales périodiques de prévention, contrats de santé publique, groupement régional de santé publique...) et ouvrent de nouvelles perspectives dans la prise en charge des facteurs qui apparaissent comme causes de mauvaise santé des individus.

2.2.1 Les PRAPS : quelle évaluation ?

En mai 2004, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) classe les PRAPS dans les dispositifs dont le bilan est jugé globalement positif, même s'il appelle des améliorations qualitatives. Les PRAPS paraissent être « un dispositif légitime et apte à motiver une réelle dynamique de transversalité ». Si ces programmes restent largement perfectibles, « tous les acteurs s'accordent à souligner leur rôle dans le décloisonnement entre santé et social, entre les divers services de l'Etat concernés, entre les services déconcentrés de l'Etat et les collectivités territoriales, avec le monde associatif, pour l'amélioration des pratiques à l'égard des publics en situation de précarité ou d'exclusion ». A ce jour, les DRASS, les DDASS et leurs partenaires mettent en œuvre les PRAPS de deuxième génération.

La mise en place des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) sera un élément essentiel dans l'amélioration de la qualité des programmes PRAPS, préconisée par l'IGAS. Il reviendra, en effet, aux partenaires du GRSP de réfléchir à la prise en compte des facteurs sociétaux et sociaux cause de dégradation de santé dans tous les volets du PRSP. Les partenaires définiront alors les outils les plus pertinents localement pour répondre à cet objectif. Ces outils devront être articulés avec ceux de la loi du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, notamment avec les programmes menés par les équipes de réussite éducative.

2.2.2 La loi de santé publique du 4 août 2004 : quels apports ?

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique retient le niveau régional comme le niveau optimal d'impulsion et de coordination de la politique de santé publique. La Conférence Régionale de Santé (CRS) est l'instance de concertation de tous les acteurs de terrain, le Plan Régional de

Santé Publique (PRSP) définit les grandes orientations de la politique pour les années futures, le GRSP met en œuvre le PRSP et rend compte de l'application de celui-ci à la CRS.

Le GRSP, outil majeur de la lutte contre les déterminants de santé, causes d'inégalités

Bien que des procédures partenariales préexistent dans de nombreuses régions, la mise en place du GRSP générera une réelle plus-value pour l'ensemble des acteurs.

Celle-ci peut être recherchée, notamment dans les domaines suivants :

- formalisation de l'ensemble des partenariats. La formalisation de relations partenariales élargies, dans le respect des chartes d'OTTAWA et de BANGKOK est un facteur d'amélioration de la politique de prévention (ex : nécessité d'un appel d'offre commun à plusieurs institutions sur la prévention des conduites addictives)
- recherche de synergies nouvelles. Sur un même programme, des acteurs multiples peuvent être amenés à intervenir. Leur synergie doit être réfléchie afin d'éviter des financements d'actions en doublon, voir opposées ou non coordonnées
- lisibilité de la mise en œuvre des programmes dans le temps. L'expression par les membres du GRSP des axes prioritaires d'intervention, dans le cadre de programmes pluriannuels, rendra plus lisible pour les opérateurs locaux, la politique menée
- amélioration de l'articulation entre les plans nationaux et les déclinaisons régionales et départementales
- simplification des circuits existants. A ce jour, dans le cadre de nombreux programmes, des lieux de réflexion et de décision multiples existent (ex : mise en œuvre du plan cancer). Le GRSP doit permettre de simplifier ce paysage institutionnel au bénéfice des acteurs locaux, souvent « perdus » dans cette complexité. A ce titre, il sera réalisé un inventaire des différents groupes de travail régional existants qui devront être intégrés dans l'organisation général du GRSP.

2.2.3 La loi de cohésion sociale : quelle place dans le système de prévention ?

Le comité interministériel des villes du 9 mars 2006 a posé les bases de la nouvelle politique de la ville, en prévoyant notamment l'instauration à compter de 2007 de « contrats urbains de cohésion sociale » en remplacement de l'actuelle génération des contrats de villes (2000-2006). La santé est affirmée comme un des cinq thèmes prioritaires de la politique de la ville pour la cohésion sociale afin d'encourager les acteurs locaux à mieux prendre en compte la prévention et l'accès aux soins pour les habitants des quartiers en difficulté, notamment au travers des ateliers Santé-Ville. Le financement des ateliers Santé-Ville sera assuré à partir des crédits attribués au travers du GRSP.

Le dispositif législatif et réglementaire français est suffisamment riche et innovant pour assurer le développement de la prévention sur le territoire. Les freins au développement tiennent essentiellement à la multiplication des structures et des lieux de décision, aux comportements des acteurs ainsi qu'à la redondance de certains systèmes existants (partage des rôles entre médecine globale générale et médecine de prévention spécialisée). Le Groupement Régional de Santé Publique est appelé à jouer un rôle majeur dans la mise en cohérence des systèmes.

Quelles sont les pistes à explorer pour améliorer l'état de santé de la population par la prévention ?

2.3 Les approches

Deux principes peuvent être privilégiés pour réduire les inégalités de vie ayant des effets sur la santé

2.3.1 Privilégier le principe d'équité sur celui d'égalité en promouvant des politiques inégalitaires selon les populations : principe de discrimination positive déjà présent dans les préoccupations politiques de santé dès 1982.

L'importance de la discrimination positive est illustrée ici dans le cadre de l'amélioration de la lutte anti-tuberculeuse :

L'incidence globale de la tuberculose est stable depuis plusieurs années autour de 9,4 / 100 000 habitants mais augmente de façon significative dans les populations d'origine étrangère (+8% depuis 1997). En 2004, l'incidence de la tuberculose chez les personnes nées à l'étranger étaient de 38/100 000 en France métropolitaine, 69/100 000 en Ile de France, et atteignait pour les personnes de nationalité étrangère vivant à Paris intra-muros 158/100 000. Pendant le même temps l'incidence de la tuberculose a continué de décroître chez les sujets de nationalité française (baisse de 6% depuis 1997) avec un chiffre de 5,3/100 000 en 2004.

Les populations les plus touchées en France proviennent d'Afrique subsaharienne, puis dans une moindre mesure du Maghreb ou d'Asie. L'incidence de la tuberculose à bacilles multi-résistants aux antibiotiques est en croissance régulière, passant de 0,5% en 1992 à 2% en 2004. L'incidence de la tuberculose dans les populations immigrées est superposable, pendant les premières années suivant l'arrivée en France, à celle du pays d'origine. Il y a une dizaine d'années, l'incidence de la tuberculose était comparable à New York et à Paris. Or les Etats-Unis sont parvenus à faire chûter cet indice par une politique énergique ciblée sur les populations à risque. En revanche, l'incidence de la tuberculose à Paris continue d'être en tête de celle des capitales des pays industrialisés.

Le plan national de lutte contre la tuberculose (Cf paragraphe 6.8.5) devrait cibler ces orientations.

Par ailleurs, la prévention peut être source elle-même d'accroissement du différentiel d'état de santé entre les individus. Chaque étape de la prévention repose légitimement cette question.

La littérature est riche sur ce sujet

Prévention primaire :

Les cibles de la prévention suivent un gradient social biomédicale : facteurs de risque (prévalence, prise en charge thérapeutique)

comportements : réception des messages de prévention ; adhésion aux changements de comportements

déterminants sociaux

échelle individuelle

échelle géographique

Prévention secondaire

Dépistages socialement différenciés

Prévention tertiaire

Les conséquences des maladies sur l'emploi sont plus marquées dans les catégories défavorisées

L'accès aux praticiens et à leurs activités de prévention est plus difficile pour les personnes des quartiers défavorisés.

Cependant, dans le champ de la prévention, le Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé vient récemment de rappeler que l'application de ce principe présente un risque de stigmatisation des populations vulnérables (Cf le dernier avis du comité éthique sur le BCG). Ce risque est réel, bien que les thèmes de discrimination présentent un impact sociétal de plus en plus atténué (prévention du risque VIH en exemple). Afin de minimiser encore ce risque, il y a lieu d'appliquer un second principe, le principe de proximité des interventions.

2.3.2 Développer des approches communautaires dans le cadre de territoires géographiquement définis.

Cette approche « territoriale » de la santé est aujourd'hui développée par la DGS, en partenariat avec la DIV, la DHOS et des associations d'élus locaux. L'enjeu est aujourd'hui que cette approche territoriale trouve toute sa place au sein de la politique régionale de santé en cours de développement. Il est admis qu'il n'existe pas de modèle unique pour la « territorialisation » infra régionale de la politique de santé publique.

Ceci tient à la fois à la diversité :

- des territoires considérés (administratifs, de projets, d'organisation des soins, ...) ;

- des modalités de réponse aux problématiques de santé des populations.

En outre, la portée même du PRSP est liée au degré, variable, de constitution du partenariat.

Dans ces conditions, il revient à la région de dessiner le cadre dans lequel les territoires pourront s'inscrire en intégrant dans leur modalité d'intervention, une modalité « descendante » et une modalité « ascendante ». Le « descendant » est fondé sur la notion de santé, mission régalienne qui place la Nation et l'Etat en position de responsabilité de la politique française de santé (art.2 de la loi du 9 août 2004). L'« ascendant » qui réfère l'efficacité de la démarche de projet de santé publique, à savoir la place de l'utilisateur dans la définition des politiques publiques de santé.

2.4 Les pistes

- 2.4.1 Développer la production de connaissance pour mieux cibler le champ, les populations, les situations, en élargissant le champ de l'épidémiologie descriptive et analytique de santé en ayant recours aux sciences humaines, économiques et sociales.
- 2.4.2 Renforcer le débat sur les problèmes de santé publique en France Le débat annuel sur le projet de loi de finances de la Sécurité Sociale doit renforcer l'approche prévention. Sur le court terme, les Etats Généraux sur l'Alcool, les Etats Généraux sur la Prévention doivent servir de moteur à la mise en place de ces débats, notamment au niveau local. Afin de mieux impliquer les acteurs, un recours accru aux Conférences Régionales de Santé (CRS) nouvellement installées doit être recherché.
- 2.4.3 Renforcer les actions collectives en privilégiant l'articulation entre les politiques de santé et les politiques sociales. A noter que la Finlande dans le cadre de sa présidence de l'UE souhaite la tenue d'une conférence dont le but « est de souligner les moyens d'améliorer la santé de la population par une action cohérente dans les secteurs autres que ceux de la santé».

Ceci nécessite des actions fortes en terme institutionnel :

- Au niveau de l'Etat et de l'assurance maladie, la réorganisation en cours, notamment en région avec les GRSP, ne doit pas masquer la nécessaire évolution du système. Au niveau national d'une part, avec le renforcement des coordinations ministérielles, au niveau local d'autre part, avec une amélioration de la lisibilité du système. (voir schéma ci-joint)

- Au niveau des collectivités territoriales, le partenariat doit être renforcé et affiché. Il est proposé la **création d'un label « Prévention – Ville Santé »** sur la base d'un cahier des charges national dont la gestion serait assurée par le GRSP. Ce label s'inscrirait dans la démarche OMS « Ville Santé » qui ne peut pas être ouverte à l'ensemble des communes françaises. Il regrouperait des labels déjà existants (ex : ASV, PNNS) et intégrerait les facteurs sociétaux et sociaux cause de mauvaise santé sur lesquels les collectivités développent déjà de nombreuses actions. Ce label s'inscrirait particulièrement au sein de « zones de santé prioritaires » (rapport HCSP 2002).

A côté de la réflexion institutionnelle, une réflexion sur la prise en charge des populations doit être menée. **L'approche familiale** est très vraisemblablement à privilégier car elle intègre :

- une préoccupation sociétale forte qui fait que les inégalités touchant les jeunes enfants sont considérées comme inacceptables par la population.
- une mobilisation de divers secteurs d'intervention sanitaire. Le problème de la définition de la place du réseau PMI, de la santé scolaire et du système commun de prise en charge (médecine générale, service de pédopsychiatrie) est à poser.
- une dimension sociale forte qui interpelle autant les parents (place de la responsabilité familiale) que les pouvoirs publics (protection de l'enfance, prévention de la délinquance, ...). C'est le cas notamment de la prévention des grossesses non désirées dans les groupes où existent une résistance à l'éducation sexuelle, le plus souvent transmise par les mères. L'approche proposée peut être utilisée avec un effort portant sur l'éducation des jeunes mères, s'appuyant sur les acteurs de proximité (éducateurs et associations) dans le cadre d'ateliers Ville-Santé dédiés à la santé féminine et respectant les différences culturelles et communautaires.

2.5 Le renforcement du colloque singulier en prévention : la consultation de prévention

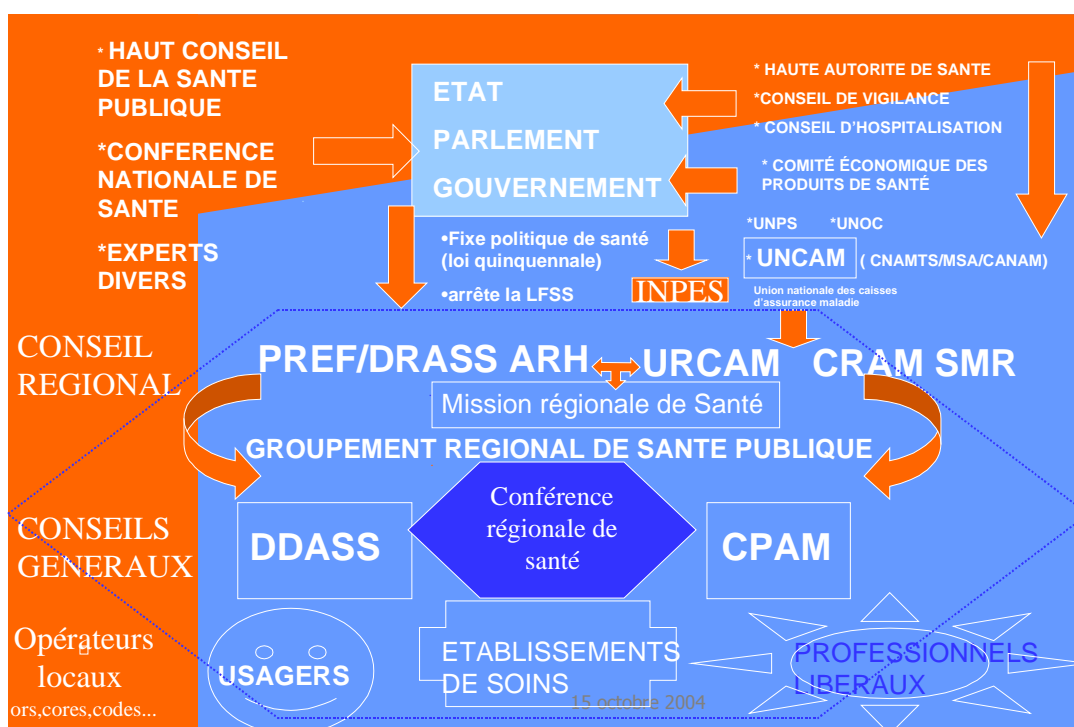
L'article 10 de la loi du 9 août 2004 crée les consultations médicales périodiques de prévention. Ce dispositif est un bras de levier essentiel pour le développement de la prévention en France et vient compléter le dispositif collectif.

Afin de construire un système optimal sur le plan du coût/efficacité, la mise en place de ces consultations nécessite de s'interroger sur plusieurs points, notamment sur :

- le périmètre : Quels facteurs sont à rechercher ? Facteurs médicaux (TA, constantes biologiques,...), facteurs sociaux et selon quel typologie,

facteurs d'environnement d'habitat (habitat insalubre), professionnel (place de la médecine du travail) ? ...

- le champ couvert : Des populations cibles seront elles définies, par exemple celles relevant des quartiers de la politique de la ville, des groupes d'âge, ... ? La consultation sera-t-elle a contrario proposée à tous (type bilan de santé des CPAM) ?
- la qualité des intervenants : Doit-on intégrer cette consultation dans la nomenclature des actes médicaux ? Doit-on au contraire construire un système spécialisé de prévention ?
- les modalités de réalisation : Doit elle être individuelle ou familiale ?



3. PROMOTION DE LA SANTE EN MILIEU DU TRAVAIL

Synthèse

La médecine fut intégrée dans l'entreprise afin de prévenir les risques professionnels et de réduire les inadéquations salarié – poste de travail (ciblant les risques chimiques, physiques, biologiques, organisationnels ou relationnels). de favoriser l'adaptation du poste de travail au salarié par des mesures tant individuelles que collectives et de permettre au salarié à la santé amoindrie de préserver son emploi. Cependant, enjeu fort de la prévention, prioritaire dans la Charte de Bangkok, elle ne peut se résumer à la gestion des risques professionnels.

Or l'intervention en entreprise pour un objectif simple, tel que la réduction des risques liés au tabac et à l'alcool, peut mobiliser salariés, médecine du travail, employeur et CHSCT. Dans le cadre du PNNS organisant la lutte contre l'obésité, la promotion de l'exercice physique et de bonnes pratiques de nutrition peut être également défendue par les comités d'entreprise.

Mais de façon générale, il existe un manque important de données épidémiologiques situant le lien entre mortalité et expositions passées, la morbidité des maladies professionnelles, l'adaptation aux handicaps et aux maladies chroniques, enfin la qualité de vie qui n'est que trop rarement prise en compte.

Les propositions d'actions sont de

- développer l'épidémiologie autour d'un socle de données communes ;
- bâtir un système d'information des risques professionnels principaux permettant d'orienter la politique régionale de prévention ;
- constituer des réseaux d'alerte sanitaire dans le monde du travail avec l'assurance maladie, l'inspection et la médecine du travail, les partenaires sociaux... ciblant les indicateurs pertinents, issus de l'épidémiologie ;
- accroître l'information et renforcer la collaboration entreprise - service de santé au travail.

Exposé

3.1 Rappel de l'enjeu

La santé en entreprise est un des enjeux forts de la prévention et de la promotion de la santé. Elle a été ciblée comme prioritaire par la Charte de Bangkok (2005) sur la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation. Elle figure comme le quatrième des principaux engagements pris par l'Assemblée mondiale.

La prévention en entreprise ne cible pas uniquement les risques professionnels, même si le métier de préventeur vient d'être réinventé à cet effet. La prévention réalisée en entreprise entre aussi dans le champ de la prévention primaire, le milieu de l'entreprise étant un milieu de vie avec une population « captive ». L'enjeu d'une telle démarche est à la fois de promouvoir « la santé et la sécurité sur le lieu de travail » mais aussi « de promouvoir la santé et le bien-être des employés, des familles et des communautés » (Bangkok, p. 8).

3.2 Réduction des risques liés à la consommation de tabac et d'alcool

Dans le cadre de l'appel à projets lancé en 2003 par l'Inpes pour le Plan cancer, certains Cres et les services de santé au travail ont mis en place une méthodologie communautaire : diagnostic réalisé au sein d'entreprises de plus de 200 salariés, avec formation de personnes-relais, définition d'objectifs et mises en place d'actions négociées dans les entreprises. Ce processus mobilise les salariés, la médecine du travail, la direction et le CHSCT de l'entreprise. Une autre action menée porte sur la consommation de produits psycho-actifs et la poly-consommation alcool-cannabis. C'est d'ailleurs cette thématique de poly-consommation et notamment de consommation de cannabis associée aux consommations d'alcool et de tabac qui devient prégnante actuellement dans la santé au travail. Deux études récentes de l'Inpes (www.inpes.sante.fr/70000/cp/06/cp060503.htm) montrent que la cohabitation entre fumeurs et non fumeurs et le respect du règlement intérieur quant aux interdictions de fumer sont des points névralgiques de toute action de prévention, tant du point de vue des salariés que des dirigeants.

Elles montrent aussi le dénuement relatif dans lequel se trouvent les dirigeants d'entreprise : le médecin du travail devient alors un interlocuteur privilégié, puis le CHSCT.

Enfin, dans le cadre du PNNS, la lutte contre l'obésité et la promotion de l'exercice physique et de « bonnes pratiques » en nutrition semblent être des mesures adaptées au monde de l'entreprise, notamment via les comités d'entreprise.

3.3 Perspectives

Ce qu'il reste à faire passe impérativement par une amélioration dans la connaissance de l'état de santé de la population (des populations) des travailleurs.

Il n'existe pas parmi cette population la même connaissance de plus en plus affinée existant pour la population générale (voire de groupes tels que les jeunes ou les personnes âgées par exemple). Ainsi, les données de mortalité ne permettent pas de connaître les catégories socioprofessionnelles pour les

personnes décédées lorsqu'elles sont en retraite. La connaissance de la morbidité en entreprise est très parcellaire, y compris pour les maladies chroniques sans même aborder les maladies professionnelles. Quant à la mesure de la qualité de vie, elle n'est pas prise en compte alors qu'elle devient une préoccupation des décideurs de la politique de santé (préconiser par exemple pour certains indicateurs dans les annexes de la loi relative à la politique de santé publique).

Un autre aspect important est aussi de s'intéresser à la santé des personnes en rupture de travail. S'il existe un suivi médical (pas forcément homogène) des salariés des entreprises, il n'existe pas ce même suivi pour les personnes en « non travail », notamment pour les travailleurs au chômage, alors qu'ils en ont bien souvent le plus besoin, ne serait ce que pour la mesure du retentissement psychique de la perte d'emploi.

Un dernier aspect à prendre en compte concerne la constitution de réseaux au plus proche du terrain. Enfin, la prise en compte des risques professionnels de l'entreprise ne relève pas (plus) d'un unique professionnel de santé au travail. Seule une approche associant les différents partenaires de prévention (Assurance maladie, inspection du travail, médecine du travail, partenaires sociaux...) au plus près de la réalité de terrain peut permettre d'obtenir toutes les informations utiles. Il s'agit ni plus ni moins que de la constitution d'un réel réseau de veille et d'alerte sanitaire dans le monde du travail.

3.4 État des lieux de l'épidémiologie au travail

Suite à des assises santé-travail qui ont pu réunir des personnes appartenant au monde du travail, des institutionnels, des employeurs, des syndicalistes, des médecins ou des associations dans le cadre de travaux préparatoires à l'installation du comité régional pour la prévention des risques professionnels, un groupe de travail a eu pour mission de faire l'inventaire des données existantes sur le champ de la santé au travail et des outils d'information utilisés par les acteurs de prévention.

La grille de lecture a porté sur le champ des données, l'antériorité de l'information, sa périodicité, sa disponibilité en interne, la confidentialité de l'information en externe, le support, la typologie des informations, le territoire géographique minimal et de référence, le secteur d'activité concerné, la nature des risques professionnels, les pathologies rencontrées chez les salariés, la dimension précarité.

Il ressort que les données sont hétérogènes pour plusieurs raisons :

- chaque structure enregistre les données en fonction de ses objectifs,
- pour des données identiques, les logiciels ne sont pas les mêmes comme c'est le cas pour les services de santé au travail,
- les structures utilisent des codifications différentes pour un même item (codification des risques par exemple).

Cependant, même en prenant en compte ces limites, il ressort que ces données sont insuffisamment exploitées et diffusées auprès des différents intervenants et instances en question.

- Recommandations du groupe de travail

Pour les services de santé travail, un socle de données minimales communes permettrait d'harmoniser les recueils des données pour une exploitation collective. Des indicateurs pertinents sur les dangers, les expositions, les risques, et les pathologies pourraient alors être définis pour servir d'aide à la décision pour des actions ou des enquêtes sur la population au travail.

Pour les employeurs, le renforcement de l'information des employeurs au travers des branches ou syndicats professionnels, sur les fiches de données de sécurité ainsi que sur la réalisation des fiches d'expositions individuelles les sensibiliserait sur l'intérêt de ces données pour l'amélioration de la prévention des risques professionnels.

Pour les instances représentatives du personnel et des salariés, l'amélioration de la formation des salariés, associés à la formation des membres du CHSCT au diagnostic des risques spécifiques à leur secteur d'activité, permettrait de rendre les salariés plus directement acteurs de la prévention en entreprise. Une réflexion au niveau de la région sur une formation des membres du CHSCT adaptée aux risques de leur branche professionnelle, pourrait être menée.

Ces trois propositions, pour être efficaces dans le domaine de la prévention, montrent la nécessité de renforcer la collaboration entre l'entreprise et le service de santé au travail.

De même, le service prévention des CRAM est une importante source de données. Il apparaît indispensable que ces données puissent enrichir le système d'information. Les données des MPI reconnues par département ainsi que celles faisant l'objet d'une déclaration au niveau du CRRMP devraient être disponibles aux acteurs de prévention.

Enfin, les services de l'inspection du travail sont une importante source de connaissances informelles. Leur synthèse, à l'aide d'un outil informatique, serait utile pour tous les acteurs de la prévention. Le traitement et le suivi des déclarations des maladies professionnelles et des maladies à caractère professionnel devraient permettre une précocité des actions de prévention. Cela pourrait permettre, en y ajoutant les données du CRRMP, la réalisation d'un tableau de bord régional sur les accidents du travail, les MPI et MCP, comme cela se fait déjà dans certaines régions (PACA par exemple).

Ces propositions ont pour objectif de bâtir un système d'information, enrichi de données régulièrement mises à jour et validées. La communication autour des informations recueillies permettrait à tous ceux qui contribuent au recueil d'avoir une reconnaissance de leur activité.

Ces informations renseigneraient sur les principaux risques professionnels et permettraient d'orienter la politique de prévention primaire des risques

professionnels au niveau régional. Ceci passe naturellement mais de manière obligée par un travail en réseau impliquant chaque acteur.

3.5 Les entreprises au cœur d'un programme de santé publique

Certaines régions se sont dotées d'un programme régional de santé contre le cancer ; des groupes ont été chargés de promouvoir les actions de prévention primaire en milieu de travail. Des entreprises se sont inscrites dans ces projets regroupant des professionnels en santé au travail, médecins du service et infirmières d'entreprises.

Dans le cadre du plan de mobilisation nationale contre le cancer 2003-2007, ce projet est aujourd'hui décliné dans différents départements. Son objectif est de participer à l'amélioration de l'état de santé des salariés, au moyen d'actions de prévention réalisées au sein des entreprises. L'action est co-financée par l'État (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) et par les services de médecine du travail de la région. Au niveau régional, elle peut être pilotée par les associations de médecine interentreprises de santé au travail, et développée au niveau départemental par les services de santé au travail (interentreprises ou autonomes).

De nombreuses initiatives sont également proposées dans le cadre du PNNS ainsi que dans un but développer une activité physique synonyme de moindre absentéisme (2).

3.6 Santé au travail / Prévention au travail

La notion de prévention en général et de prévention au travail en particulier est une intervention qui anticipe sur le risque, sa survenue ou le fait d'y être exposé. Elle vise la réduction des risques qui ne méritent pas d'être pris. Cette définition a une connotation axée sur la santé et s'oppose donc à une vision de prévention négative par rapport à la maladie ou à l'accident.

La prévention en entreprise implique une connaissance des risques professionnels une maîtrise dans la mesure du possible de leurs causes et leurs conséquences (on rappellera ici la démarche de type « arbre des causes » de l'INRS), mais aussi un arbitrage dans l'appréciation du risque et la pondération entre différents risques. L'approche préventive implique une interaction dialectique entre les techniques utilisées pour objectiver les risques (étude des conditions de travail, grille d'analyse des risques professionnels, statistiques et épidémiologie professionnelle) et le degré d'appréciation subjectif des risques par les personnes et les groupes sociaux de l'entreprise.

Dans une perspective éthique de respect des libertés individuelles, une seule personne ne peut décider pour tous qu'un risque est ou non acceptable.

L'objectif de la prévention en milieu de travail se déplace alors et concerne la responsabilité face au risque. Cette responsabilité s'exerce à l'échelle individuelle comme au niveau collectif. Dans cette optique, le médecin du travail a-t-il vocation à définir seul quels risques sont acceptables ou non, et ne doit-il pas, autant que faire se peut, favoriser d'abord les conditions qui permettent aux individus et aux groupes d'exercer et d'assumer leurs choix ?

Les mesures préventives sur les lieux de travail doivent réaliser un compromis entre intérêt général et liberté des individus et des collectifs de travail d'une part, et la recherche d'objectivation des spécialistes et l'appréciation subjective des travailleurs d'autre part.

3.7 Santé au travail et santé publique : complémentarité ou opposition ?

Le débat qui a eu lieu au cours de la restitution des travaux menés pour l'atelier est assez révélateur de la situation actuelle entre le milieu de la santé publique et celui du travail. Il est à noter que ce constat était celui que l'on pouvait faire entre le monde de la santé et celui de l'éducation nationale, il y a quelques années mais qui n'existe plus aujourd'hui. La question posée pour la santé scolaire, aurait pu également être posée pour la santé au travail avec encore plus d'insistance. Les deux visions (approche collective, approche individuelle) ont été exposées et trancher entre les deux n'est pas simple aujourd'hui. Toujours est-il que des travaux sont publiés régulièrement et permettent de mesurer la situation socio-sanitaire des jeunes. L'augmentation mesurée ici ou là de façon précise de l'indice de masse corporelle (voir des problèmes dentaires) est un bon exemple de suivi de la population.

Dispose-t-on de ce même type d'information pour le personnel des entreprises ? Evidemment non, alors qu'il existe en principe pour chaque salarié une visite médicale régulière.

La réponse qui tend à se retrancher derrière la situation du personnel des médecins de travail est un trompe-l'oeil. Sûrement satisfaisant pour l'administration représentée, cela l'est beaucoup moins pour un médecin du travail de terrain, aujourd'hui convaincu de l'importance de la dimension de santé publique de son exercice.

Dans ce contexte, l'enjeu est donc considérable pour des Etats généraux de la prévention et pour que l'on n'isole plus une grande partie de la population des actions et de la connaissance en santé publique.

4. PROMOTION DE LA SANTE EN MILIEU SCOLAIRE

Synthèse

Les objectifs sont avant tout d'inscrire l'éducation à la santé parmi les missions de l'école (code de l'éducation, chapitres I et III) et de l'intégrer dans la formation des personnels de l'éducation nationale :

- par des décrets de compétences (médecins et infirmiers scolaires, assistants sociaux, enseignants, chefs d'établissement, CPE) ;
- en valorisant l'expérience acquise ;
- en formant des formateurs en IUFM.

Une animation nationale peut être proposée avec un enrichissement du Contrat cadre de partenariat en santé publique et une animation des correspondants DRASS, en appui des GRSP, avec participation des rectorats au volet « prévention et éducation pour la santé »

L'inscription de la promotion de la santé dans les projets académiques et les projets d'établissement doit être systématique.

L'aide à la conduite de projets peut être fournie au sein des SREPS en facilitant l'appui méthodologique par la formation, la documentation et la coordination des acteurs

Il est important de favoriser le travail collaboratif des CESC, de valoriser les élèves impliqués et surtout de mettre en conformité les comportements de la vie quotidienne avec les principes d'éducation à la santé: activité physique, distributeurs d'eau, consommation de fruits et légumes, respect de l'interdiction de fumer.

Il convient enfin de réfléchir à l'opportunité de créer des nouveaux métiers, sur le modèle développé dans d'autres pays, en identifiant les leviers et les ressources à mobiliser et en anticipant les économies potentielles.

Exposé

Les objectifs sont ici de :

4.1 Affirmer que l'éducation à la santé fait partie des missions de l'école : la mention de l'éducation à la santé, comme mission de l'école pourrait être introduite dans le code de l'éducation, aux chapitres I et III (3).

4.2 Intégrer la formation en éducation et promotion de la santé dans la formation initiale et continue des personnels de l'éducation nationale.

- Développer la formation continue des différents professionnels (médecins scolaires, infirmiers scolaires, assistants sociaux, enseignants, chefs d'établissement, CPE) en éducation pour la santé et en promotion de la santé en l'inscrivant dans les priorités de formations continue, dans l'évaluation des pratiques professionnelles et en soutenant la mise en place de formation en adéquation avec l'activité des différents professionnels de l'éducation nationale (4).
- Promouvoir la validation des acquis et des expériences des nombreux professionnels travaillant dans ce champ depuis plusieurs années à l'éducation nationale afin de faciliter l'accession à un diplôme (5).
- Rendre plus visible la formation en éducation pour la santé dans les décrets de compétences des différentes professions de l'éducation nationale (médecins scolaires, infirmiers scolaires, assistants sociaux, enseignants, chefs d'établissement, CPE) et insérer de manière explicite l'évaluation des acquis en éducation pour la santé pour l'obtention du diplôme professionnel.
- Soutenir les IUFM dans la mise en place de formations de formateurs (6).

4.3 Réfléchir sur l'opportunité de créer des nouveaux métiers

Sur le modèle développé dans différents pays, il faudrait analyser les enjeux de la création de nouveaux métiers ; un des objectifs de cette étude préliminaire sera d'identifier les leviers et ressources à mobiliser et de mettre en évidence les économies de santé que permettrait de générer une telle option.

4.4 Mettre en place une animation nationale spécifique INPES DGESCO DGS sur la promotion de la santé en milieu scolaire

- enrichissement du Contrat cadre de partenariat en santé publique, entre le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, le ministre délégué à l'enseignement scolaire et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, signé le 17 juillet 2003 (7).
- l'INPES peut intervenir sous l'angle de la mutualisation d'expériences (une plateforme Internet pourrait d'ailleurs être envisagée à cette fin en liaison avec EDUSCOL et le CNDP) et de la fourniture d'outils et de référentiels (8).

- animation des correspondants DRASS et des conseillers techniques des recteurs, en appui des GRSP ; ceux-ci constituent des guichets uniques auxquels les établissements scolaires doivent pouvoir se référer. L'INPES, membre de la convention constitutive des GRSP a d'ailleurs sollicité le ministère de l'éducation nationale, afin que les rectorats puissent être associés aux travaux des groupements pour le volet « prévention et éducation pour la santé » de leur activité.

4.5 Mettre en place un pilotage cohérent au niveau régional

La promotion de la santé est systématiquement inscrite dans les projets académiques, dans le projet d'établissement de chaque EPLE. L'ensemble des interventions doit figurer dans le PRSP (9).

4.6 Mettre en place une stratégie d'appui régional à la conduite de projets

Des pôles régionaux de compétences qui se constituent dans le cadre des schémas régionaux d'éducation à la santé (SREPS). Ces pôles régionaux s'articulent autour de quelques fonctions-clefs : formation, appui méthodologique à la conduite de projets, documentation et information, coordination des acteurs interviendraient en soutien des projets menés en milieu scolaire.

4.7 S'appuyer largement sur les CESC afin de créer un cadre favorable au développement de l'éducation pour la santé

Favoriser le travail collaboratif des CESC en inter-établissements, identifier et soutenir des actions prometteuses, dégager des temps collectif de travail dédiés, mettre en place un suivi formalisé et objectif de la progression et de la montée en charge des CESC (10). En particulier, concernant l'éducation sexuelle dans un double but de prévention des grossesses non désirées de l'adolescente et de réduction du nombre d'IVG en s'inspirant de l'expérience des Pays-Bas.

4.8 Soutenir le développement de la recherche en promotion de la santé en milieu scolaire en organisant une rencontre internationale sur ce sujet en partenariat avec l'INSPQ, le REFIPS, l'UIPES, l'ULB-PROMES, Santé Promotion Suisse (11).

4.9 Former les infirmiers et les médecins conseillers techniques auprès des recteurs à un « Outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé ».

4.10 Renforcer l'enseignement et le suivi des programmes de vaccination et de détection ciblée des maladies infectieuses dès le plus jeune âge.

4.11 Mettre en place un système de reconnaissance et de valorisation des élèves et/ou plus généralement des personnes impliquées dans les actions.

4.12 Mise en conformité des principes d'éducation à la santé avec la vie quotidienne dans les EPLE

Créer les conditions d'un environnement favorable à l'éducation pour la santé en renforçant la pratique de l'activité physique, en installant des distributeurs d'eau potable, en respectant l'interdiction de fumer dans les établissements (moins d'un établissement scolaire sur cinq - et combien d'hôpitaux ? - respectent les termes de la loi Evin) en suivant l'application de la circulaire sur les cantines scolaires, à titre d'exemple.

5. EDUCATION DU PATIENT

Synthèse

Les initiatives en cours regroupent le plan qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et le programme éducation thérapeutique de la HAS.

Il s'agit ici d'inscrire l'éducation thérapeutique dans les procédures de prise en charge, après une phase d'évaluation médico-économique démontrant la pertinence des actions proposées sur l'évolution, la guérison, les séquelles et la qualité de vie. Dans ce cadre, les protocoles sont proposés par l'Assurance Maladie et validés par la HAS et comprendraient une information sur la physiopathologie, les complications et leur détection, les mesures d'hygiène, l'auto-surveillance, les médicaments, l'organisation du suivi, avec remise de documents écrits.

Les principales pathologies concernées sont le diabète, l'asthme, l'athérosclérose, le SIDA, la tuberculose, la dépendance tabagique et la dépression de l'adulte.

Les protocoles d'observance concernent les maladies infectieuses avec traitement de 6 mois et plus, les traitements chroniques par auto-injection, les traitements au long cours par nébulisation et ceux des psychoses schizophrénique.

Il convient de prévoir une information sur les médicaments et leur prise régulière, l'adaptation des doses selon l'auto-surveillance, la conduite à tenir en cas d'effets indésirables.

La démarche des États Généraux de la Prévention doit permettre de mobiliser, directement ou via les organismes de recherche avec des appels d'offres sur ce thème. L'assurance maladie pourrait être partie prenante du financement ou de l'organisation de ces appels d'offres.

Un rapport reprenant les apports de la recherche et des évaluations médico-économiques est présenté annuellement.

Les protocoles rédigés pour l'éducation thérapeutique sont intégrés à la formation initiale de tous les professionnels de santé et les organismes de formation continue encouragés à les enseigner. Les concepteurs ou les sociétés savantes créent un module de formation pour chaque protocole.

Exposé

5.1 L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique transversale aux maladies chroniques est un thème du programme de travail 2005-2006 de la HAS. Le projet a débuté en janvier 2006 après consultation de nombreuses sociétés savantes et organisations professionnelles médicales et paramédicales impliquées dans l'éducation thérapeutique, et réunies au sein d'un Comité d'organisation. Le texte proposé ici est issu des réflexions menées avec le Comité d'organisation.

Le projet comprend deux axes :

- Premier axe : élaboration de recommandations professionnelles sur la définition et la mise en œuvre de programmes structurés d'éducation thérapeutique
- Deuxième axe : élaboration d'un rapport sur les principes de pérennisation de l'éducation thérapeutique, fondé sur un état des lieux large sur l'organisation de l'éducation thérapeutique en France et dans l'Union européenne, au Canada et Etats-Unis. Cet état des lieux intègre une analyse économique.

5.1.1 Le contexte du projet

La demande initiale (2004) émane du pôle nomenclature de la CNAMTS dans le cadre de la future CCAM clinique. La demande portait sur la rédaction d'un cahier des charges pour une consultation d'éducation thérapeutique ou une séance d'éducation (établissement d'un premier diagnostic éducatif, construction avec la collaboration du patient d'un projet éducatif et réalisation du projet sous la forme d'un programme). Le pôle nomenclature a élaboré en 2002 un rapport d'experts portant sur la typologie descriptive de l'activité d'éducation thérapeutique en groupe (en s'appuyant sur les expériences existantes dans le domaine de l'asthme et du diabète). Ce rapport est resté sans suites.

5.1.2 Une double actualité

Le thème de travail de la HAS est souligné par une double actualité.

- Le plan national « Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » confié à la DHOS. Un des objectifs de ce plan est de « garantir une éducation de qualité à toutes les personnes atteintes de maladies chroniques ».
- Les mesures qui ont été proposées sont, entre autres, l'élaboration de recommandations nationales en matière d'éducation du patient selon une approche transversale aux maladies chroniques. Ce plan national souligne la nécessité de diffuser de telles recommandations transversales, lesquelles pourraient contribuer d'une part, au développement d'activités d'éducation thérapeutique sur le terrain, et d'autre part au développement

de recommandations professionnelles spécifiques à certaines maladies chroniques.

- Les nouvelles missions de la HAS comprennent l'élaboration de référentiels concernant les affections de longue durée (ALD) pour une meilleure définition du contenu de la prise en charge et du suivi des patients bénéficiant de l'exonération du ticket modérateur. Ces référentiels, dont deux ont été publiés en juin 2006 (diabète de type 1 et de type 2), intègrent de manière explicite l'éducation thérapeutique dans la stratégie de prise en charge.

5.2 Cadrage du sujet

5.2.1 Les définitions

5.2.1.1 Deux champs : l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique

Pour ce travail, l'enjeu d'une définition de l'éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans une volonté de rendre explicite deux champs de l'éducation :

- celui de ***l'éducation pour la santé*** qui s'adresse à des personnes non malades, chez lesquelles on cherche à développer des compétences de préservation de la santé tout en retardant la survenue d'une maladie. L'éducation pour la santé contribue à la ***prévention*** au sens large du terme, telle qu'elle est définie dans le glossaire multilingue de santé publique (12). La prévention correspond à des : « *actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé* ».
- celui de ***l'éducation thérapeutique du patient*** qui s'adresse à des personnes malades, pour les aider à développer des compétences qui leur permettent de concilier la gestion de leur maladie et le traitement. La stratégie de soins dans le champ de la maladie chronique intègre la ***prévention tertiaire*** telle que définie dans le glossaire précédemment cité. « *La prévention tertiaire correspond à des « actions visant à réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé. Elle consiste en mesures destinées à réduire les incapacités, les invalidités et les inconvénients et à améliorer la qualité de vie. La prévention tertiaire constitue un aspect important des soins médicaux et de la réhabilitation.* »

L'éducation thérapeutique du patient contribue, par ses interventions centrées sur le développement de compétences et l'accompagnement des changements de comportement, à réduire les complications et à aider les patients à maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

5.2.1.2 Définition de l'éducation thérapeutique et critères de qualité

L'analyse de la littérature réalisée dans le cadre du travail mené par la HAS, montre que les pratiques dites d'éducation du patient sont complexes et diverses. Elles recouvrent des démarches, des activités, des processus variés concernant les patients requérant auprès de professionnels de santé des traitements, des soins et un accompagnement à l'autogestion de leur maladie. Dans la littérature internationale, en particulier anglo-saxonne, le terme le plus communément utilisée est « *Patient Education* ». En France et en Europe dans les rapports et recommandations, y compris les traductions et dans les pratiques, les termes « Education du patient » et « Education thérapeutique » sont employés indifféremment et considérés comme synonymes.

C'est la définition du rapport de l'OMS-Europe (1998), reprise dans le glossaire, qui a été retenue dans le cadre du travail de la HAS.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est définie selon l'OMS comme ayant pour but d' : *« aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »*

Les critères qualité de l'éducation thérapeutique définis par l'OMS-Europe et utilisés pour structurer les programmes d'éducation thérapeutique dans les pratiques françaises sont les suivants.

L'éducation thérapeutique :

- fait partie intégrante du traitement et de la prise en charge ;
- concerne la vie quotidienne et l'environnement psychosocial du patient, et elle implique autant que possible les familles, les proches et les amis du patient ;
- est un processus permanent, qui doit être adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient ; elle fait partie de la prise en charge à long terme ;
- doit être structurée, organisée, réalisée par divers moyens éducatifs ;
- est multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle et inclut le travail en réseau ;
- inclut une évaluation du processus d'apprentissage et de ses effets ;
- est réalisée par des soignants formés à l'éducation du patient.

5.2.1.3 Rapports, synergies et articulation entre éducation pour la santé et éducation thérapeutique

Les démarches d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique s'articulent dans un continuum de prise en charge dont l'objectif est le maintien ou l'amélioration de la santé d'une personne.

Il y a des points communs entre ces deux démarches : toute éducation est un mode d'intervention qui vise l'acquisition de compétences par la personne pour entretenir sa santé globale, telle que définie par l'OMS. Les objectifs et les actions que la personne (le patient) devrait être capable d'accomplir diffèrent selon que l'on se situe :

- **dans le champ de l'éducation thérapeutique** : gérer son traitement, prévenir les complications évitables, s'adapter à une situation non prévue (ou nouvelle), tout en maintenant ou en améliorant sa qualité de vie. Les compétences de la personne développées ici sont l'acquisition de connaissances, de savoir-faire, d'attitudes. L'acquisition de ces compétences est favorisée par des processus qui accompagnent leur développement comme l'adaptation de la personne au changement, l'amélioration permanente de ses performances, la formalisation d'un projet et l'intention de s'y engager, la croyance en sa capacité à réaliser une action et à parvenir à modifier ses comportements, etc. ;
- **dans le champ de l'éducation pour la santé**¹ : adopter un comportement adaptatif et positif pour préserver son capital santé. Les compétences développées ici sont des compétences de compréhension de sa situation de santé, de comparaison à d'autres situations, et de transformation de sa vie ou de sa santé. Le temps nécessaire à la prise de conscience et aux transformations n'a que peu de conséquences immédiates sur le développement d'une maladie.

Du point de vue des professionnels qui travaillent à l'élaboration des recommandations professionnelles avec la HAS, toute rencontre avec un patient doit comporter une intention éducative qui s'exerce à l'occasion d'une consultation médicale, d'un acte de soins paramédical, de la délivrance des médicaments ou d'un séjour en établissement de santé, de l'installation d'un matériel de soins ou de mesures dans l'environnement à domicile. Les patients peuvent bénéficier, en complément de la prestation réalisée, de conseils concernant leur style de vie, leurs comportements de santé, la prévention de risques connus.

Cependant, ces occasions de délivrance d'une information, ne sont pas dédiés spécifiquement au développement d'une compétence et sont indépendantes d'un programme d'éducation thérapeutique structuré et individualisé. Elles ne peuvent pas être considérées comme des séances d'éducation thérapeutique pleines et entières.

¹ Selon le glossaire européen en santé publique, l'éducation pour la santé « comprend des situations consciemment construites pour apprendre, impliquant une certaine forme de communication conçue pour développer les aptitudes à la vie, qui favorisent la santé de l'individu et de la communauté. L'éducation pour la santé cherche également à stimuler la motivation, les qualifications et la confiance (auto-efficacité) nécessaires pour agir afin d'améliorer la santé ».

De même, l'information, qui est un droit pour les patients et une obligation pour les soignants, lorsqu'elle est limitée à la maladie et aux traitements est insuffisante pour aider les patients dans la gestion de leur maladie au quotidien. En revanche, l'information orale a toute sa place lorsqu'elle « *est destinée à éclairer le patient ou l'utilisateur sur son état de santé, à lui décrire la nature et le déroulement des soins et à lui fournir les éléments lui permettant de participer au processus de prise de décision en connaissance de cause. Elle a pour principale caractéristique d'être adaptée au cas de chaque personne (14).* »

L'information sous la forme de documents écrits valides (15), vise à compléter cette information en permettant au patient de s'y reporter, mais elle ne se substitue pas à l'information orale, ni à une séance d'éducation thérapeutique.

5.2.2 L'éducation thérapeutique modifie la relation des professionnels de santé avec le patient et des professionnels entre eux

Selon les sociétés savantes et organisations professionnelles, la participation de plus en plus active du patient dans l'apprentissage de compétences, la prise en compte du contexte de vie et l'environnement du patient, la reconnaissance du droit de la personne à prendre des décisions concernant sa propre santé, après avoir été informée, changent la relation entre le professionnel de santé et le patient.

Les relations des professionnels de santé entre eux et leur rôle se trouvent également modifiés. De nombreux professionnels peuvent être concernés par un programme d'éducation thérapeutique (médecins généralistes, spécialistes, infirmières, diététiciennes, kinésithérapeutes). Le niveau variable d'implication de ces professionnels, leur disponibilité dans la mise en place d'une démarche éducative impliquent une coordination par un travail en réseau, quels que soient la discipline et le mode d'exercice des professionnels.

Ces considérations sur le positionnement de chaque professionnel de santé dans la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique et sur le travail en collaboration constituent un enjeu important pour l'acceptation des recommandations et pour leur application. Cela implique de réfléchir sur le rôle de chaque professionnel et sur les modalités de coordination de leurs actions, mais également sur le rôle du patient au niveau individuel. L'accompagnement du patient doit se faire dans le respect de sa personne en fonction de son implication souhaitée ou possible.

5.2.3 Impact de l'éducation thérapeutique : intérêt de l'approche économique

Une première recherche documentaire montre que de nombreuses études ont été publiées sur l'impact de l'éducation thérapeutique. Deux types d'études sont pertinentes : les évaluations médico-économiques et les évaluations cliniques retenant comme variables d'impact des variables de recours aux soins (hospitalisations, consultations d'urgence, consommation de médicaments, consultations) et d'absentéisme, même si ces variables ne font pas l'objet d'une valorisation monétaire. Malheureusement, une première lecture montre que la qualité méthodologique de ces études est souvent insuffisante (taille de l'échantillon, durée de suivi, etc.).

Concernant les études, les sociétés savantes et organisations professionnelles interrogées par la HAS préconisent :

- d'analyser dans un premier temps les revues systématiques et méta-analyses ;
- de travailler par pathologie : insuffisance cardiaque, hypertension, infarctus du myocarde, traitements par anti-coagulants oraux, asthme et BPCO, diabète, arthrose ;
- de proposer des recommandations sur la méthode des études à mettre en place.

Concernant la reconnaissance et la valorisation de l'éducation thérapeutique les sociétés savantes et organisations professionnelles préconisent que soient réalisées :

- une analyse des différents modes de rémunération possibles ;
- une analyse des freins qui limitent le développement de l'éducation thérapeutique et des facteurs favorisant ;
- une réflexion sur les incitations pouvant aider à son développement, et leur efficacité possible.

5.2.4 La pérennisation de l'activité d'éducation thérapeutique dépend de sa reconnaissance et de sa valorisation

La valorisation de l'éducation thérapeutique est nécessaire afin d'éviter un désintérêt, en particulier des médecins, alors que cette démarche est fondamentale pour la gestion d'une maladie chronique. Des professionnels paramédicaux, en particulier les infirmiers sont très impliqués dans des activités d'éducation thérapeutique. Ce sont actuellement les professionnels les mieux formés à l'éducation thérapeutique en formation initiale et continue.

Or, l'éducation thérapeutique n'est actuellement pas reconnue comme une activité de soins à part entière. Les activités d'éducation du patient ne donnent lieu à aucune légitimation ou rémunération spécifique, ni à l'hôpital, ni dans l'exercice d'une activité libérale. Certains réseaux de santé proposent un financement des activités d'éducation thérapeutique. Cependant, l'éducation thérapeutique nécessite du temps et des compétences professionnelles : élaboration du diagnostic éducatif, accompagnement du développement des compétences par le patient, évaluation de l'acquisition des diverses compétences (cf. typologie descriptive de l'activité d'éducation thérapeutique en groupe, asthme, diabète, CNAMTS, pôle nomenclature, 2002).

Les conséquences possibles de la non-reconnaissance de cette activité sont l'arrêt des activités d'éducation par manque de temps, de ressources en particulier humaines, une rupture dans la continuité des soins, une absence de recours pour les patients et en particulier pour les professionnels des services d'urgence qui sont amenés à prendre en charge des patients venus pour un épisode aigu (exacerbation de l'asthme, BPCO, hypoglycémie, etc.), une inégalité d'accès à l'éducation thérapeutique, la disparition de « pôle de ressources ou d'expertise ».

Une nécessaire logique d'équité est soulignée par les sociétés savantes et organisations professionnelles : une faible proportion de patients atteints d'une maladie chronique particulière a réellement accès à l'éducation thérapeutique et cet accès est très hétérogène sur le territoire. Il est rappelé que le Plan national « Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » fixe comme objectif un accès à une éducation de qualité pour toutes les personnes ayant une maladie chronique. Cette discussion impose de mener une réflexion sur les ressources disponibles au sein de l'offre de soins nationale et locale.

Les sociétés savantes et organisations professionnelles soulignent l'importance du développement des compétences en éducation thérapeutique par la formation des professionnels. Une formation pluriprofessionnelle à l'éducation thérapeutique serait de nature à améliorer la cohérence de la démarche éducative et à mieux cerner la complémentarité des intervenants potentiels (en particulier le binôme médecin-infirmière dans les expériences rapportées par les sociétés savantes et organisations professionnelles). La formation devrait porter sur les compétences pédagogiques d'une part et sur l'acquisition de connaissances essentielles concernant le problème de santé sur lequel les programmes d'éducation thérapeutique à développer porteront d'autre part. L'important est de ne pas dissocier les stratégies thérapeutiques, le plus souvent formulées sous la forme d'un plan d'action, de l'éducation thérapeutique qui consiste à accompagner les patients dans l'autogestion de leur maladie.

Le rapport sur les formations en France en éducation pour la santé et pour l'éducation thérapeutique, établi en 2002, à la demande du Ministre délégué à

la santé, soulignait l'importance de l'enseignement précoce (formation initiale) de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique pour tous les professionnels de santé. Cela semble un préalable nécessaire.

Le rapport de l'OMS (13), déjà cité, préconise en outre une formation spécialisée qui prépare à des activités de conception, de coordination et d'évaluation de programmes d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique.

Ces formations destinées à l'ensemble des professionnels de santé devraient définir précisément les compétences à développer.

- ***Un des préalables au financement de l'activité d'éducation thérapeutique***, est de décrire et de décliner cette activité sous la forme de recommandations professionnelles, comme cela est en cours d'élaboration par la HAS (travaux disponibles début 2007) : démarche structurée, organisée, utilisant divers moyens éducatifs.
- Il conviendrait ensuite de réfléchir plus précisément à la rémunération du professionnel de santé qui réalise l'éducation thérapeutique. On pourrait envisager plutôt une rémunération en fonction des compétences professionnelles plutôt qu'en fonction du type de professionnel (médecin, infirmier), en considérant les ressources humaines disponibles demain pour réaliser cette activité d'éducation thérapeutique.

5.2.5 L'évaluation de programmes éducatifs et la recherche en éducation thérapeutique

Une première analyse de la littérature montre que les études publiées rapportent des durées de suivi n'excédant pas 1 an et portent sur des populations de patients sélectionnés, des stratégies éducatives le plus souvent peu décrites et relativement hétérogènes, en particulier en ce qui concerne les compétences à développer chez les patients, le contenu de l'éducation, les techniques éducatives et les professionnels impliqués. Ces limites méthodologiques ont déjà été soulevées au cours de l'élaboration de recommandations professionnelles portant sur « *l'éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent* », diffusées en 2001 par l'Anaes.

Les sociétés savantes et organisations professionnelles indiquent que la mesure de l'efficacité des programmes éducatifs doit se faire sur le long terme et prendre en compte des dimensions autres que biomédicales comme la qualité de vie du point de vue du patient, une meilleure image de soi, un sentiment d'efficacité personnelle (critères psychologiques), l'absentéisme professionnel, scolaire (critères sociaux), les changements apportés à l'environnement (habitat, équipement, poste de travail ou travail, protection), l'acquisition de connaissances, de compétences de raisonnement, de prise de décision, d'adaptation (changements cognitifs). La recherche dans le champ de l'éducation thérapeutique a besoin de l'apport des sciences humaines et des sciences de l'éducation.

La diffusion de recommandations méthodologiques sur la recherche en éducation du patient serait de nature à construire des études susceptibles de fournir plus d'informations exploitables en termes de prise de décision.

L'évaluation pourrait s'inscrire :

- dans une réflexion sur les pratiques, qui serait descriptive (pratiques, processus, organisation, acteurs). Des repères concrets seraient proposés pour accompagner cette évaluation, en définissant les conditions préalables à une évaluation de programme éducatif, les limites d'une telle évaluation, les objets et les critères importants à mesurer, les méthodes, avec une préoccupation de faisabilité, de caractère reproductible et durable ;
- dans une réflexion éclairée par une approche transdisciplinaire portant sur les liens qui peuvent s'opérer entre les objets de l'évaluation. Ce niveau d'évaluation s'inscrit dans un questionnement plus large qui convoque différentes disciplines et qui signale des pistes de développement de l'évaluation, de la recherche évaluative en éducation thérapeutique.

Un groupe de travail pluridisciplinaire d'origine géographique et d'écoles de pensée diverses a été constitué par la HAS pour élaborer des recommandations pragmatiques visant à évaluer les programmes d'éducation thérapeutique. Ce travail s'insère dans le rapport sur les conditions de pérennisation.

5.2.6 Les perspectives et les fondements d'une communication vers le public et les professionnels de santé

La déclinaison des recommandations professionnelles en information utile et accessible aux patients, aux associations et au public est soulevée. Ce point a déjà fait l'objet de réflexion et de travaux en interne à la HAS.

Sur ce point, il pourrait s'agir en mobilisant le savoir-faire de l'INPES de mettre à disposition des patients un document synthétique mettant en évidence les points-clés de la démarche d'éducation thérapeutique, comme cela avait été réalisé antérieurement par l'Anaes sur l'asthme à partir de recommandations professionnelles publiées en 2001 (17).

Les informations contenues dans un document écrit d'information permettraient au patient et à son entourage de :

- comprendre le but de la démarche éducative et les différentes étapes de sa mise en œuvre ;
- faciliter le dialogue avec le médecin et les professionnels de santé impliqués dans l'éducation thérapeutique ;
- s'impliquer dans la gestion de sa maladie.

Dans le cadre spécifique d'élaboration de documents d'information des patients, déclinés à partir de recommandations professionnelles portant sur l'éducation thérapeutique, l'objectif serait de mettre à la disposition des

patients une brochure contenant des informations validées, conçue selon des critères rigoureux, sur un sujet ou un thème particulier. A cet égard, un guide méthodologique a été diffusé par la HAS en 2005 : « Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. »

Au-delà de cette communication directe avec les patients, l'appropriation des recommandations professionnelles serait facilitée par la conception de différents supports notamment des documents d'information, des outils pédagogiques et des campagnes de communication, relatifs à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique à partir des recommandations professionnelles élaborées par la HAS.

5.3 Les axes de travail

5.3.1 Premier axe

Favoriser l'appropriation de la démarche éducative par les professionnels de santé en élaborant des recommandations professionnelles sur la définition et la mise en œuvre de programmes structurés d'éducation thérapeutique

5.3.1.1 Les questions auxquelles doivent répondre les recommandations professionnelles

- Qui est concerné par l'éducation thérapeutique ?
- Dans quelles situations, l'éducation thérapeutique peut-elle être proposée ?
- A quels moments de la prise en charge l'éducation thérapeutique peut-elle être proposée ?
- Quelles sont les différents formats de programme éducatif ?
- Comment structurer une consultation d'éducation thérapeutique, une séance d'éducation individuelle et collective ?
- Quels sont les professionnels impliqués dans la mise en œuvre de la démarche éducative ? Quel est le rôle des acteurs ?
- Comment impliquer les patients et leur entourage dans la démarche éducative ?

5.3.1.2 Les objectifs des recommandations professionnelles

L'approche retenue dans ces recommandations est une approche transversale aux maladies chroniques. Ces recommandations définissent l'éducation thérapeutique du patient dans le champ de la maladie chronique, ainsi que sa mise en œuvre dans l'organisation des soins en France.

Les principes énoncés dans ces recommandations et les repères pratiques proposés doivent favoriser une meilleure compréhension par les professionnels de santé des finalités et des étapes de la démarche d'éducation thérapeutique.

Ces recommandations doivent permettre :

- aux professionnels de santé d'améliorer leurs pratiques actuelles ou de s'engager dans la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient qui a une maladie chronique ;
- aux sociétés savantes et organisations professionnelles d'élaborer des recommandations sur les compétences spécifiques à une maladie chronique dont les patients (adultes, adolescents, enfants et le cas échéant l'entourage) ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec cette maladie.

Ces recommandations définissent :

- les circonstances de prise en charge éducative : éducation initiale, suivi éducatif, poursuite de l'éducation ;
- les objectifs et le contenu de la séance d'éducation individuelle ;
- les objectifs et le contenu des séances d'éducation collective ;
- les conditions favorisant le déroulement des programmes d'éducation thérapeutique : adaptation des principes éducatifs, coordination des professionnels de santé autour et avec le patient, partage et modalités de transmission des informations.

La finalisation des recommandations est prévue pour janvier 2007.

5.3.2 Deuxième axe de travail

Réalisation d'un état des lieux avec proposition d'éléments d'orientation pour la pérennisation de l'éducation thérapeutique en France

Il s'agit d'approfondir la réflexion des sociétés savantes et organisations professionnelles réunies au sein du Comité d'organisation, à partir de la littérature médicale et économique, d'enquêtes de terrain en France et d'enquêtes dans l'Union européenne et à l'étranger, et de valider cet état des lieux. Celui-ci conduirait à des propositions d'organisation pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, de développement de l'évaluation et de la recherche en éducation thérapeutique.

5.3.2.1 Les questions

- Identification des besoins de recommandations de bonnes pratiques d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques auprès des sociétés savantes et organisations professionnelles, rassemblées dans le Comité d'organisation ;
- Conditions et modalités de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique dans le système de santé français ;
- Réflexion sur les modalités possibles de financement de l'éducation thérapeutique ;
- Évaluation des programmes d'éducation thérapeutique ;
- Incitation au développement et à la valorisation de la recherche en éducation thérapeutique, qui ne soit pas uniquement biomédicale ;
- Valorisation du rôle des professionnels impliqués par la formation et la coordination des interventions ;
- Place des associations d'usagers dans la démarche éducative.

5.3.2.2 *Les objectifs*

Ces recommandations doivent permettre aux institutionnels d'avoir à disposition des informations de nature à :

- Proposer des modes de financement et de remboursement pour l'éducation thérapeutique fondés sur des recommandations professionnelles définissant l'activité d'éducation thérapeutique ;
- Inciter au développement de programmes d'évaluation de programme éducatif et de recherche de l'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques ;
- Promouvoir une reconnaissance professionnelle en termes d'agrément des professionnels et d'agrément de programmes d'éducation thérapeutique ;
- Inciter à l'identification et au développement de plates-formes de professionnels et de ressources éducatives locales ;
- Inciter les sociétés savantes et organisations professionnelles à identifier les besoins d'éducation thérapeutique, qui pourraient déboucher sur la définition de compétences spécifiques à développer par pathologie (élaboration de recommandations thématiques) à partir des recommandations transversales à l'éducation thérapeutique, chez des patients ayant une maladie chronique développées par la HAS.

Des recommandations sont en cours d'élaboration. Leur finalisation est prévue pour janvier 2007.

5.4 Formation à l'éducation thérapeutique

Dans ce cadre l'éducation thérapeutique devrait s'intégrer dans les enseignements de médecine générale et de spécialités en 2^{ème} et 3^{ème} cycle; elle pourrait se voir renforcée par la mise en place de structures hospitalières ou hospitalo-universitaires transversales, dédiées à la prévention, associant la lutte contre le tabagisme et l'obésité, la prise en charge du risque cardiovasculaire, le conseil nutritionnel, l'activité physique, le vieillissement pathologique (troubles cognitifs, du sommeil) et des mesures de dépistage.

6. OUTILS ET METHODES DE DEPISTAGE

Synthèse

L'essentiel est une évaluation de l'efficacité des programmes (critère de jugement, méthodologie adaptée) avec une contribution forte de l'analyse médico-économique des conséquences et des contraintes.

La démarche d'Assurance Qualité est la plus pragmatique : privilégiant l'éthique, elle permet d'évaluer l'ensemble des pratiques puis de les homogénéiser et, de fait, amène à une généralisation effective des programmes, la participation étant fonction de l'acceptabilité et du coût. Elle requiert une planification et une coordination des étapes avec le soin, un système d'information avec collecte de données en temps réel, et la définition de normes.

Recommandations du groupe de travail

- Toute proposition de dépistage doit être précédée d'une évaluation *a priori*. Dans ce cadre, la mise en place d'un système d'information national doit permettre une collecte homogène des données, un suivi comparatif précis des programmes et des pratiques et, *in fine*, une réduction des disparités territoriales.
- Les données concernant les dépistages doivent être intégrées dans le volet prévention du DMP afin de permettre un double lien effectif ville - hôpital et prévention - soins.
- Enfin le rôle du médecin généraliste doit être maintenu au centre des dispositifs de dépistage.

Exposé

6.1 Position du problème

L'intérêt, pour un individu, de réaliser un test de dépistage n'est pas toujours évident. Côté bénéfice, il s'agit d'améliorer le pronostic d'une pathologie dont l'individu ne connaît pas encore l'existence. Toutefois, la réalisation d'un test de dépistage peut également comporter des coûts non négligeables (autres que directement monétaires) : effets secondaires des tests quand ceux-ci comportent des interventions chirurgicales; risque de diagnostics positifs erronés (« faux positifs »), entraînant toute une série de tests et interventions supplémentaires superflus mais générant des stress psychologiques bien réels ; interventions préventives à la nécessité douteuse quand on ne connaît pas le rythme d'évolution de la pathologie. Réaliser un test de dépistage n'est donc pas une panacée. Les pouvoirs publics ont alors

un rôle à jouer pour faciliter, voire encourager, les pratiques de dépistage dont l'efficacité médicale a été démontrée.

Dans le domaine du cancer, il est bon de rappeler que l'incidence des cancers en France ne peut qu'augmenter, particulièrement en raison du vieillissement de la population, il apparaît que la recherche la plus en amont possible de la maladie ne pourra qu'améliorer son pronostic global. Par ailleurs parmi les cancers responsables du plus grand nombre de décès la plupart sont associés avec des méthodes de dépistage reconnues efficaces : le sein, le colon-rectum, le col de l'utérus. Proposer des mesures de dépistage pour ces cancers semble donc logique, encore faut-il déterminer la nature exacte de ces mesures : collective *i.e.* proposée par l'Etat, du ressort du choix individuel *i.e.* laissées à la qualité du lien entre l'individu et le milieu de la santé. Dans d'autres domaines (dépistage VIH, dépistages néo-nataux, dépistage du diabète) cet équilibre entre gain collectif et gain individuel est comparable et les stratégies que la collectivité doit mettre en place obéissent aux mêmes impératifs éthiques et économiques.

6.2 Approche stratégique

Une approche stratégique du dépistage a été proposée par l'OMS. Ce concept est basé sur la compréhension des interactions entre les populations à risque, le système de soin et les technologies employées. Cette approche stratégique vise à atteindre une participation optimale des populations à risque en offrant un service de santé accessible et de qualité tout en tenant compte de l'acceptabilité et du coût des technologies proposées. Le test de dépistage doit donc répondre à un ensemble d'exigences qui permettront de proposer la politique de dépistage à l'ensemble de la population concernée. Cette approche méthodologique est à décliner selon les problématiques, des exemples seront donnés ultérieurement qui pourront servir de base de travail à l'atelier et permettront de concrètement clarifier les enjeux du dépistage.

6.3 Caractéristiques nécessaires d'un test de dépistage

Un bon test de dépistage se doit d'être avant tout acceptable pour une population sans symptômes. La réussite d'un programme repose également sur la capacité du test à identifier les états pré-pathologiques. Cette capacité repose sur les caractéristiques intrinsèques du test choisi, de la façon dont il est réalisé et de certains facteurs liés au patient. Il est donc nécessaire de déterminer sur des critères d'acceptabilité et de coût-efficacité le meilleur test à proposer selon la pathologie considérée. Par ailleurs une procédure d'assurance qualité est nécessaire lors de la mise en place de ces tests de dépistage (double lecture, type d'instrument utilisé, certification par exemple pour le dépistage du cancer du sein). Enfin les performances du test choisi seront évaluées en fonction de différentes catégories de population à dépister (effet de l'âge, traitements concomitants, ...). Lorsque l'ensemble de ce processus est assuré, un test de dépistage peut être considéré comme

répondant aux exigences de mise en place d'une politique globale (s'appliquant à l'ensemble de la nation).

6.4 Caractéristiques des pathologies éligibles pour un dépistage

Les pathologies éligibles pour un dépistage doivent répondre à un certain nombre de conditions :

- Elles représentent un problème de santé publique réel : mesuré par l'incidence, la mortalité, l'impact social et économique de la pathologie
- l'histoire naturelle de ces pathologies doit être comprise : connaissance des étapes de la pathologie et de leur chronologie
- Un test de « dépistage » existant est validé au niveau international permettant de trier la population sur la base des critères de risque associé à la pathologie (ce test peut se résumer à une combinaison de facteurs pronostiques). Ce test doit répondre à des critères d'acceptabilité, d'efficacité et de coût.
- Il est possible de proposer une prise en charge efficace : la détection de la pathologie en phase précoce doit pouvoir favoriser la guérison, la prévention ou améliorer la qualité de vie substantiellement

La combinaison de ces caractéristiques permet dès lors de préciser si une politique de dépistage est souhaitable.

En résumé, la nécessité d'une évaluation *a priori* de tout programme de dépistage

La Haute Autorité de santé a rappelé en 2004 l'importance de cette évaluation *a priori* avant toute décision (18). L'OMS a établi en 1970 une liste de dix critères permettant d'évaluer l'opportunité de la mise en œuvre du dépistage d'une maladie. Cette liste de critères reste un standard pour toute évaluation *a priori*, même si elle a été enrichie par des travaux canadiens, américains ou britanniques.

Critères de l'OMS (19)

- 1) La maladie dont on recherche les cas constitue une menace grave pour la santé publique.
- 2) Un traitement d'efficacité démontrée peut être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée.
- 3) Les moyens appropriés de diagnostic et de traitement sont disponibles.
- 4) La maladie est décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.
- 5) Une épreuve ou un examen de dépistage efficace existe.
- 6) L'épreuve utilisée est acceptable pour la population.

- 7) L'histoire naturelle de la maladie est connue, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique.
- 8) Le choix des sujets qui recevront un traitement est opéré selon des critères préétablis.
- 9) Le coût de la recherche des cas (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) n'est pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.
- 10) La recherche des cas est continue et elle n'est pas considérée comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».

Idéalement l'ensemble de ces critères devrait être satisfait avant de mettre en place un dépistage. Dans tous les cas, la non-prise en compte d'un ou plusieurs de ces critères devra pouvoir être justifiée.

Dans le cadre de cette démarche d'évaluation *a priori* d'un programme de dépistage, quatre points méritent une attention particulière :

- L'évaluation de l'efficacité du programme de dépistage : l'efficacité du programme de dépistage doit être jugée par rapport à la réduction de la mortalité ou de la morbidité et prouvée par des essais contrôlés randomisés de haute qualité, afin d'éliminer certains biais spécifiques (biais d'avance au diagnostic, sélection des cas de meilleur pronostic, surdiagnostic, effet du volontariat). Cependant, le cadre du dépistage impose certaines contraintes méthodologiques, en termes de durée de suivi et d'effectifs de la population d'étude, qui compliquent la réalisation des études en population.
- L'évaluation *a priori* devrait bénéficier d'une analyse systématique de l'impact sur les inégalités de santé (souvent, la prévention bénéficie plus volontiers aux catégories sociales favorisées).
- La contribution de l'analyse économique (20): l'analyse économique peut permettre de 1) définir les conditions d'utilisation, les rythmes et l'étendue d'une diffusion des stratégies de dépistage, 2) éclairer les conséquences des choix en élargissant les critères de jugement (efficacité médicale, flux financiers, conséquences négatives des dépistages, conséquences en termes d'équité), 3) déterminer les contraintes et les incitations financières et organisationnelles les plus appropriées pour promouvoir une utilisation plus rationnelle des ressources et assurer l'accès au dépistage des groupes ciblés.
- L'intérêt d'une modélisation : le recours à des modèles de simulation peut être une solution aux difficultés d'ordre méthodologique ou pratique affectant la réalisation d'études en population et permettre de prendre en compte l'aspect pluridimensionnel de l'évaluation d'un programme de dépistage.

6.5 Pratiques et politiques de dépistage

On peut introduire par ailleurs une distinction entre *pratiques* et *politiques* de dépistages.

Les pratiques de dépistages découlent toujours d'une décision de l'individu de procéder à un test spécifique avec le soutien du corps médical. Ces pratiques reflètent, et émanent donc d'une demande individuelle. On pourrait arguer du fait que le terme de dépistage dans ce cas est utilisé abusivement et réserver ce terme aux programmes de dépistage *i.e.* aux mesures que la collectivité propose aux individus. Les pratiques individuelles n'étant par nature que difficilement évaluables et ne peuvent rassembler les conditions nécessaires définies précédemment. Ce point reste en débat dans la mesure où le recrutement de la population, le plus généralement lors d'un recours aux soins (hospitalisation, consultation médicale, centre de santé ou de dépistage, médecine du travail) et/ou le caractère plus ou moins sélectif (ou ciblé) rendent la comparabilité difficile avec un mode plus organisé de dépistage *i.e.* mis en place par la collectivité pour l'ensemble de la population.

Les politiques de dépistage, par contraste, ont pour objet de susciter, promouvoir ou encore faciliter ces pratiques :

- en informant le public de la pertinence médicale du dépistage, notamment au travers de campagnes d'information;
- en organisant des campagnes de dépistage; ou encore,
- en assurant la prise en charge du coût des actes médicaux (initiaux et complémentaires) par l'assurance maladie.

Les politiques de dépistage sont donc au centre du travail demandé à ce groupe. Ces politiques sont du domaine de l'initiative publique dans notre pays et doivent suivre des recommandations rigoureuses des instances responsables telle que l'HAS. Il semble donc nécessaire lorsque l'on aborde ce problème difficile de réaffirmer la prééminence de l'Etat dans l'installation de tout processus de dépistage. Idéalement on pourrait concevoir que la pratique de dépistage précède la politique de dépistage qui tend, elle, à normaliser cette pratique.

6.6 Organisation du dépistage et assurance qualité

A l'issue de la phase d'évaluation *a priori*, une fois les conditions précitées vérifiées, il est nécessaire de s'assurer que le dépistage sera réalisé dans le cadre d'un programme organisé. La mise en place d'une organisation doit, en effet, garantir les bénéfices du dépistage et limiter les inconvénients tout en maintenant les coûts dans le cadre des ressources disponibles.

Un programme de dépistage est caractérisé par la planification et la coordination de l'ensemble des activités qui constituent le processus de dépistage. Ainsi des ressources sont engagées dans le développement, la mise en place, le suivi et l'évaluation de tous les aspects du programme, de l'identification de la population cible, au diagnostic de la maladie ou de ses marqueurs précoces et au traitement des individus atteints. Le succès d'un programme de dépistage dépend, en effet, non seulement des méthodes de dépistage et de traitement, mais aussi des ressources et structures nécessaires pour offrir ces services ainsi que de la volonté et de la capacité des personnes cible du programme à bénéficier de ces services.

Le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit le dépistage est un cadre complexe aux dimensions multiples. La décision de mettre en place un dispositif de dépistage est soumise également à un contexte en constante évolution. Dès lors, toute stratégie de dépistage doit faire l'objet d'une évaluation rigoureuse, avant et pendant sa mise en oeuvre.

6.7 Quel programme peut-on proposer ?

Le paragraphe ci-dessous ne reprend que quelques unes de ces pathologies à titre d'exemple.

6.7.1 Objectifs

- Définir des recommandations de bonnes pratiques concernant le parcours de prévention selon les âges de la vie
- Définir les activités de dépistage éligibles au remboursement sur la base d'une démarche coût-efficacité
- Définir les actions de dépistage à systématiser et population cible

6.7.2 Proposition de stratégie pour atteindre ces objectifs

Trois étapes doivent se succéder afin de permettre la prise en compte des trois objectifs :

- Etape 1 : définir les pathologies éligibles pour un dépistage compte tenu de leur efficacité et de leur acceptabilité.
- Etape 2 : déterminer le rapport coût-efficacité potentiel du dépistage de ces pathologies ; nécessite un état des lieux (remboursement, couverture) car la notion de coût-efficacité est relative aux pratiques actuelles. Un dépistage se justifie par l'équilibre économique (au niveau sociétal : inclut la perte en productivité,...) entre l'identification des cas et la prise en charge ultérieure dans le cas contraire. Le coût-efficacité est relatif; il est fonction des pratiques actuelles. D'où la nécessité d'avoir un état des lieux préalable : remboursement actuel lié au dépistage, prise en charge,...

La justification en termes de coût-efficacité dépend également de la modalité de mise en œuvre choisie.

- Etape 3 : déterminer les modalités de mise en œuvre
 1. Des recommandations basées sur des preuves scientifiques incontestables. Ces recommandations permettent d'optimiser la filière de dépistage, d'identifier la population cible et la fréquence du dépistage préconisée,
 2. une organisation du dépistage qui permet d'assurer la mise en œuvre des recommandations et assure un lien efficace avec la filière de soin,
 3. des modalités d'accès à ce dépistage qui déterminent la participation et donc aussi l'impact attendu,

4. et surtout un processus d'assurance-qualité qui permet de faire en sorte que l'investissement ne soit pas à fond perdu et qu'il y ait un réel bénéfice – ceci permet également de suggérer une modification des recommandations si le besoin s'en fait sentir au cours du temps

Après ces 3 étapes, des choix organisationnels doivent être décidés :

6.7.3 Dépistage organisé ou démarche individuelle de détection précoce ?

Nécessité de distinguer entre les dépistages qui doivent être organisés au niveau des pouvoirs publics et les recommandations au niveau individuel.

Une démarche individuelle de détection précoce, même si elle est encadrée par des recommandations précises a peu de chance d'être coût-efficace à long terme pour la collectivité. En effet, l'impact potentiel d'un dépistage est lié à l'ampleur de participation et à la démarche de contrôle qualité qui entoure ce processus, dans le cas d'une démarche individuelle ces deux éléments ne peuvent être garantis. Une démarche individuelle ne contient aucun rempart contre les déviations possibles (absence de suivi adéquat, non respect des fréquences préconisées) et surtout ne permet pas une égalité d'accès pour l'ensemble de la population.

Il faut cependant noter qu'un dépistage organisé implique un investissement de départ plus important sur le court terme. Comment trancher entre ces deux approches : l'existence d'éléments scientifiques en faveur d'un gain collectif (dont la nature peut être autre qu'économique) est un élément déterminant du choix et permet au collectif d'envisager la mise en place du dispositif de dépistage.

6.7.4 Accès régulé ou système de soin existant ?

Choix entre maximiser l'offre en s'appuyant sur le tissu sanitaire existant ou modifier radicalement l'organisation de l'offre de dépistage pour certaines pathologies. La centralisation d'accès est associée à une meilleure maîtrise des coûts et une moindre complexité dans la gestion et l'évaluation au dépend d'un accès plus difficile. L'exemple suédois pour le cancer du sein est très parlant à cet égard, cependant une telle mesure est système-dépendante *i.e.* elle remettrait en cause une grande partie de l'organisation actuelle des soins. Le système actuel privilégie la liberté d'accès, la relation personnelle avec le praticien et une proximité de l'examen pour certains types de dépistage, tel que le cancer du sein, pour d'autres un système centralisé est privilégié par exemple le dépistage de l'hémochromatose génétique.

6.8 Thèmes à approfondir

Afin d'illustrer la diversité de cette problématique et d'en apprécier les intérêts et difficultés, quelques exemples particulièrement illustrants pourront servir de fil rouge à l'atelier.

6.8.1 Dépistage de l'hépatite C

Etat des lieux

L'HAS a procédé à une évaluation en Janvier 2001, les recommandations émises à cette date sont les suivantes :

1. Les sujets exposés à des actes médicaux ou ayant des comportements à risque de contamination quantifié et élevé doivent être incités à se faire dépister :
 - i. Sujets ayant reçu des produits sanguins stables avant 1988 ou des produits sanguins labiles avant 1992 ou une greffe de tissu, de cellules ou d'organe avant 1992
 - ii. Sujets ayant utilisé au moins une fois dans leur vie des drogues par voie intraveineuse
 - iii. Enfants nés de mère séropositive pour le VHC
 - iv. Patients hémodialysés

2. De même, les sujets découverts séropositifs pour le VIH :
 - i. Sujets ayant un facteur d'exposition avec un risque non quantifié ou faible
 - ii. Partenaires sexuels de sujets contaminés par le VHC
 - iii. Membres de l'entourage familial des patients contaminés
 - iv. Sujets incarcérés ou ayant été incarcérés
 - v. Sujets ayant eu un tatouage ou un piercing avec du matériel non à usage unique
 - vi. Sujets ayant eu de la mésothérapie ou de l'acupuncture sans matériel à usage unique
 - vii. Sujets chez lesquels est trouvé un taux élevé d'ALAT sans cause connue
 - viii. Sujets originaires ou ayant reçu des soins dans des pays à forte prévalence de VHC

En pratique ce dépistage est proposé par les médecins traitants en cas de facteurs de risque, renforcé par une campagne grand public invitant les patients à risque identifié à se faire dépister par leur médecin traitant.

6.8.2 Dépistage du cancer du sein

Etat des lieux

Il existe un dépistage organisé en France depuis 2004, consistant en 2 clichés par sein avec double lecture et concernant les femmes de 50-74 ans tous les 2 ans. Il est bon de rappeler que le cancer du sein est le premier cancer féminin avec 12 000 décès et 46 000 nouveaux cas par an.

Le référentiel européen mis à jour en 2001 préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 70 %. Cependant, il faut considérer que le taux de participation de 60 % est un taux minimum nécessaire pour mettre en évidence une réduction de la mortalité par cancer du sein. Bien évidemment, l'impact sur la mortalité sera d'autant plus important que les taux de participation seront élevés.

Ce référentiel est celui de l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de dépistage organisé.

Causes d'échec

En France les taux de participation sont encore trop hétérogènes avec un maximum atteint en Bretagne de 60%. Ce calcul de taux ne tient pas compte du dépistage individuel ou opportuniste qui ne bénéficie par définition d'aucun suivi. Il apparaît donc que cette dichotomie de système ne permet pas d'évaluer avec pertinence l'efficacité du dépistage en France en 2006. Cependant, des études en population ont permis de déterminer l'existence de deux types de femmes qui, pour des raisons sociales et culturelles, ne participent pas aux campagnes de dépistage organisé : les plus favorisées socialement (qualifiées ici de « maîtresses de leur destinée » en matière de santé) d'un côté et les plus défavorisées (qualifiées ici de « vulnérables ») de l'autre. Ces deux types de femmes sont à l'heure actuelle exclues de tout système de dépistage, le problème consistant à l'heure actuelle en une estimation plus précise de l'importance de cette population.

Il n'est sans doute pas question de revenir sur le dépistage organisé bien que des discussions existent sur le niveau de preuve (21).

6.8.3 Dépistage du cancer du col

Etat des lieux

Douzième cause de mort féminine par cancer en France, Le frottis est reconnu comme un outil efficace, simple et peu coûteux pour dépister les lésions cancéreuses et précancéreuses du col de l'utérus. Le nombre de nouveaux cas est passé de 4879 en 1980 à 3387 en 2000 et le nombre de décès de 1941 en 1980 à 1004 en 2000.

Actuellement en France, il existe un dépistage spontané pratiqué par environ 60% des femmes.

Deux stratégies peuvent se défendre pour optimiser la couverture de ce dépistage :

1. la généralisation du dépistage organisé comme pour le cancer du sein
2. le dépistage organisé ciblé sur les 40% de femmes non ou insuffisamment dépistées.

Un dépistage organisé et ciblé sur les femmes non ou insuffisamment dépistées semble la meilleure recommandation actuelle pour la France, principalement pour des raisons d'efficacité et d'équité. L'écueil majeur actuel est l'identification de la population non dépistée. Les difficultés sont d'ordre structurel : temps d'archivage des caisses trop court, absence de collecte des données hospitalières ; d'ordre sociologique, culturel ou anthropologique avec une diversité des motifs de non participation : accès difficile au test (milieu rural, démographie médicale), conditions socio-économiques (pauvreté, éducation), horaires de travail ou manque d'information.

Ces 3 exemples abordent 3 problématiques complètement différentes du dépistage :

- L'exemple 1 permet d'envisager le problème de l'information et de la promotion d'attitudes de santé qui concernent une population ciblée. L'approche est *organisée* dans la mesure où la collectivité incite les professionnels de santé à motiver un dépistage et *ciblée* dans la mesure où seule une fraction de la population est concernée par ce dépistage. Cependant les moyens mis en œuvre pour informer la population visent à toucher l'ensemble de cette population.
- L'exemple 2 illustre la nécessité d'optimiser un système (collecte et suivi des données, homogénéisation des pratiques d'invitation).
- L'exemple 3 aborde le problème des populations spécifiques pour lesquelles des mesures adaptées doivent être prises alors que la population cible du dit dépistage suit déjà une démarche spontanée de manière importante. Cette démarche spontanée posant cependant toujours le problème entre adéquation de la pratique et recommandation scientifique.

6.8.4 Dépistage de l'athérosclérose et des maladies cardiovasculaires

Les conséquences de l'athérosclérose et en particulier la survenue d'accidents coronaires et cérébrovasculaires sont en grande majorité évitables par la prise en charge adéquate des facteurs de risque cardiovasculaires et doivent bénéficier d'un dépistage systématique. Celui-ci, fonction de l'histoire personnelle et familiale et de l'index de masse corporelle, doit comprendre: la mesure de la pression artérielle, la glycémie et le bilan lipidique (22). Actuellement un pourcentage important de sujets à risque échappe à ces mesures simples, qu'il convient d'ancrer dans les pratiques avant toute introduction de paramètre nouveau ; cette prise en charge doit pouvoir relever du médecin traitant. L'optimisation et l'application de ces recommandations nécessitent un effort encore soutenu dans notre pays. En particulier, les caractéristiques de la population qui n'a actuellement pas recours à ce dosage (on estime qu'un français présentant une dyslipidémie sur deux ignore son taux de cholestérol et sa pathologie) ne sont pas connues et devraient faire l'objet d'une évaluation par une enquête spécifique. Cette définition plus précise permettra ensuite de cibler les recommandations sur le groupe qui bénéficiera au mieux de ce dépistage.

6.8.5 Dépistage précoce de la tuberculose

Au regard des constatations présentées en 2.3.1, le dépistage précoce des cas d'infection tuberculeuse latente et de tuberculose-maladie, en particulier les cas contagieux, devraient faire partie d'un plan national de lutte contre la tuberculose, en cours d'élaboration, qui ciblera également :

- la recherche précoce et le suivi des cas secondaires et des contamineurs, notamment pour les cas pédiatriques

- le suivi des traitements curatifs et préventifs, avec mise en place de traitements supervisés si nécessaire.

Ces actions ont un rapport coût-efficacité favorable, à condition que les traitements soient bien suivis, tels que l'ont montré les mesures mises en place aux Etats-Unis et au Canada. Ces mesures devraient être renforcées chez les personnes à haut risque, personnes immunodéprimées ou personnes provenant d'un pays de forte endémie tuberculeuse, surtout les personnes (adultes et enfants) immigrées depuis moins de 10 ans. Lorsque ces personnes à haut risque sont amenées à travailler au contact d'enfants, la radiographie pulmonaire devrait être obligatoire à l'embauche, avant la prise de fonction.

7. FORMATION, EVALUATION, RECHERCHE

Synthèse

Formation

L'intérêt de former les professionnels en éducation pour la santé (EPS) répond à une demande des praticiens, au souhait des associations de patients et à un enjeu économique ciblant une baisse de consommation des soins d'urgence. Cette formation nécessite une approche pluridisciplinaire. En France, on constate une inadéquation entre les pratiques et les compétences visées et une faible lisibilité des formations non diplômantes, posant la question de leur maintien hors labellisation.

Les propositions pour développer la formation en EPS :

- inscrire cette formation dans les décrets de compétences,
- dans la formation initiale (décret 2006-57) et la formation continue,
- créer des diplômes d'université, labelliser les formations existantes,
- promouvoir la validation des acquis et de l'expérience.

Evaluation

Elle est peu utilisée en prévention. De façon systématique, il convient d'associer l'évaluation *a priori* pour juger de l'opportunité de l'action sur des critères d'efficacité et *a posteriori* pour valider les modalités de sa réalisation. Une méthodologie plus légère pourrait être adaptée à l'élaboration des politiques de santé régionales.

Les buts sont de limiter la mise en place d'actions de prévention inefficaces ou au rapport bénéfice/risque défavorable (évaluation *a priori*) et de justifier de la bonne utilisation des fonds publics en décidant de la poursuite ou de la modification des actions (évaluation *a posteriori*).

Les propositions pour développer l'évaluation en EPS sont

- une définition nationale des méthodes, des critères, des indicateurs et des seuils de décision utiles aux décideurs,
- l'élaboration d'un panier d'actions de santé publique à évaluer prioritairement (plans et objectifs de la loi de santé publique),
- la promotion de la recherche sur l'évaluation de la prévention.

Recherche

La recherche en France dans le domaine de la prévention est modeste, dispersée et souvent cloisonnée entre épidémiologie, sociologie, économie, recherche bio-médicale, histoire, sciences politiques... Elle bénéficie cependant d'outils puissants (mathématiques, statistiques) encore insuffisamment exploités. Elle n'a produit aucun programme de grande ampleur depuis plusieurs années et n'a notamment pas permis l'évaluation des politiques publiques en ce domaine. Néanmoins une revitalisation récente par le biais des équipes de l'IVRSP, l'ANRS, la DREES-MiRe, l'Inpes ou d'appels d'offre de l'ANR devrait permettre de relancer cette voie indispensable à la réussite des autres volets de la démarche.

Recommandations du groupe de travail

Lancer en 2007 un programme pluridisciplinaire de recherches sur cinq ans en lien avec l'ANR, dont le financement peut être estimé entre 10 et 15 M€ en 5 ans et dont les thèmes pourraient regrouper :

- Programmes internationaux d'évaluation / évaluation des politiques publiques de santé et des pratiques professionnelles
- Économie de la prévention : analyses médico-économiques
- Indicateurs, méthodologies / Transferts d'expériences
- Acteurs et structures / Rémunération, financement, régulation / Coordination des acteurs et des politiques
- Conceptions: risques, précaution, veille, vigilance / Déterminants individuels et collectifs / Représentations chez les acteurs
- Comportements / Représentations et croyances / Réceptivité aux politiques et incitations / Les échecs
- Analyse des processus éducatifs

Exposé

La finalité est ici de proposer un état des lieux de la formation dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé, de présenter des objectifs à court et à long termes, ainsi que des pistes pour son développement auprès de l'ensemble des professionnels intéressés par la prévention et l'éducation pour la santé.

7.1 Formation en éducation à la santé

7.1.1 Formation en éducation à la santé

En France, la prévention et l'éducation pour la santé² (EPS) ne concernent pas spécifiquement un seul type de professionnels. Elles sont l'affaire de tous ceux qui, par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population.

Quatre raisons, reposant sur des travaux de recherche, confortent l'intérêt de former les professionnels dans le champ de la prévention et de l'éducation pour la santé :

- une demande des praticiens et une évolution des pratiques soignantes.

- un souhait de la part des populations, le développement des associations de patients et d'usagers atteste de cette forte demande sociale.

- un enjeu clinique et un enjeu de santé publique : impact positif les pratiques des praticiens, mais aussi sur la satisfaction des patients et sur le recours aux soins

- un enjeu économique : baisse de la consommation des soins d'urgence (coût direct), baisse de l'absentéisme professionnel ou de l'absentéisme scolaire (coût indirect).

Bien que la formation des professionnels apparaisse comme un vecteur incontournable du développement de l'EPS, elle reste insuffisamment développée, plus particulièrement dans le cadre de la formation initiale. Dans le cadre de la formation continue diplômante, il faut souligner que plusieurs diplômes d'université et master sont proposés en France, cependant l'ensemble du territoire n'est pas couvert. Enfin, on observe une faible lisibilité des offres de formations continues non diplômantes.

Certains pays (Grande-Bretagne, Etats-Unis, Canada) ont fait le choix de créer la profession « d'éducateurs pour la santé », cela a permis de développer largement l'EPS. Cependant, l'une des limites principales de ce modèle et sans doute le cloisonnement professionnel qu'il génère, la prévention devenant la mission d'un seul professionnel.

Ainsi, en France, l'analyse du contexte de la formation en prévention et en EPS tend à montrer qu'il s'agit d'un champ très vaste, peu structuré et dans lequel on remarque une inadéquation entre les pratiques de formation et les compétences visées.

Il se dégage un consensus sur la nécessité de former l'ensemble des professionnels intervenant de près ou de loin sur la santé des populations.

L'éducation pour la santé nécessite que la formation dans ce champ soit pluridisciplinaire (psychologie, sociologie, anthropologie, sciences de l'éducation, sciences de la communication et de l'information...). Aussi, dans l'idéal, les équipes d'enseignants devraient refléter cette pluridisciplinarité.

Il existe une pluralité de leviers pour développer la formation en EPS :

² La notion d'éducation pour la santé telle qu'utilisée dans ce texte est à comprendre au sens large comme incluant l'éducation thérapeutique du patient.

- soutenir son développement dans la formation initiale de l'ensemble des professionnels concernés par la santé. Il s'agirait notamment de proposer des programmes type pour chaque profession (utilisant les possibilités offertes par le décret n° 2006-57 du 16 janvier 2006 relatif aux programmes de formation à l'éducation à la santé),
- rendre plus visible la formation en éducation pour la santé dans les décrets de compétences des différentes professions,
- inscrire la prévention et en éducation pour la santé dans les priorités de la formation continue, et dans l'évaluation des pratiques professionnelles (pour les médecins notamment),
- favoriser la création des diplômes d'université sur l'ensemble du territoire, et labelliser les formations dispensées dans ce champ,
- promouvoir la validation des acquis et de l'expérience,
- former les enseignants dans les différentes voies professionnelles,
- réfléchir sur l'opportunité de créer de nouveaux métiers.

7.1.2 Formation médicale à la prévention

Celle-ci doit s'envisager dans le cadre des CHU et doit bénéficier de mesures de renforcement en particulier dans l'enseignement du deuxième cycle, dans chacun des modules, comme en troisième cycle pour l'enseignement de la médecine générale et des spécialités (afin de renforcer les messages dans le contexte familial de tout patient suivi en consultation ou hospitalisé, mais aussi pour s'assurer de la participation de tout médecin dans les actions nationales de dépistage).

En troisième cycle, cette formation pourrait se voir renforcée par la mise en place de structures hospitalo-universitaires dédiées à la prévention, incluant les formations du DES de médecine générale et les thématiques d'éducation thérapeutique (Cf chapitre 5) ou environnementales (Cf chapitre 8), avec pour objectif les thématiques transversales telles que la lutte contre le tabagisme et l'obésité, la prise en charge du risque cardio-vasculaire, le conseil nutritionnel, l'activité physique, le vieillissement pathologique (en particulier les troubles cognitifs, les troubles du sommeil)...

7.2 Evaluation

Il existe deux types d'évaluation :

L'évaluation *a priori* qui intervient avant de mettre en place une action de prévention. Il s'agit d'un processus d'aide à la décision publique.

L'évaluation *a posteriori* qui intervient pendant ou après la mise en place d'une action de prévention afin d'en mesurer les résultats. Elle peut servir à juger de l'opportunité de poursuivre l'action ou d'en modifier les modalités.

L'évaluation *a priori* des actions de prévention est une nécessité car :

- le risque de mettre en place des actions de prévention inefficaces existe,

- le risque de mettre en place des actions de prévention ayant un rapport bénéfices/risques défavorable existe,
- des outils de comparaison sont nécessaires aux arbitrages.

L'évaluation *a posteriori* des actions de prévention est également une nécessité car :

- les preuves font souvent défaut en matière d'actions de prévention ; la production d'indicateurs d'efficacité des actions en cours est alors nécessaire pour pouvoir décider de la poursuite ou de la modification de ces actions et justifier de la bonne utilisation des fonds publics ;
- la politique de promotion de la santé a besoin d'arguments pour être défendue.

Mais l'évaluation *a priori* des actions de prévention possède des limites :

- limites de signification et d'interprétation,
- limites de légitimité ; elle doit être considérée comme un processus d'aide à la décision publique mais laisser toute sa place à l'expression des préférences et des choix de société,
- limites de faisabilité.

L'évaluation *a posteriori* comporte également des limites :

- limites de faisabilité méthodologique spécifique au domaine de la prévention,
- limites de faisabilité matérielle.

L'évaluation des actions de santé publique doit faire l'objet d'une approche raisonnée.

L'approche méthodologique souhaitable consiste à évaluer en amont, de façon systématique et adaptée aux différentes situations, l'opportunité de l'action elle-même (sur des critères d'efficacité : rapport bénéfices / risques) ou d'efficacité et l'opportunité de son évaluation *a posteriori*.

Actuellement l'évaluation, *a priori* ou *a posteriori*, est une démarche peu utilisée dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé. Lorsqu'elle l'est, on note un manque d'homogénéité qui ne permet pas de comparer les actions entre elles.

Une réflexion ambitieuse, sur la faisabilité, la nature et la pertinence d'indicateurs utiles aux décideurs publics paraît donc souhaitable.

Une réflexion méthodologique a été initiée par l'Anaes (guide méthodologique). La poursuite de cette réflexion méthodologique, notamment orientée vers des méthodes plus légères, adaptées par exemple à l'élaboration des politiques de santé publique régionales et sur l'évaluation *a posteriori* serait souhaitable.

Il paraît souhaitable également de mettre en place un certain nombre d'actions pour développer l'évaluation dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé :

- nécessité d'une réflexion nationale et consensuelle sur les méthodes, les critères d'évaluation, les indicateurs et les seuils de décision utiles aux décideurs publics tant nationaux que locaux (notamment régionaux),
- élaboration d'un panier d'actions de santé publique à évaluer prioritairement en partant des objectifs et des plans de la loi de santé publique,
- favoriser la recherche sur l'évaluation des actions de prévention.

7.3 Recherche

L'état des lieux actuel fait apparaître :

- un potentiel de recherche réparti entre plusieurs disciplines : économie, sociologie, épidémiologie, sciences politiques, histoire, psychologie, ergonomie, recherche bio-médicale, avec peu de dialogue entre elles,
- des outils puissants encore insuffisamment exploités,
- aucun programme de grande ampleur depuis plusieurs années,
- un déficit d'évaluation des politiques publiques.

Cependant des programmes de recherche sont actuellement développés par la DREES-MiRe, l'Inpes, l'IVRSP, l'ANRS.

Compte tenu de ce manque, il serait intéressant de soutenir un programme pluridisciplinaire de recherches qui pourrait se structurer autour de l'institut virtuel de recherche en santé publique (IVRSP) et comprendre des appels à projets annuels. A terme, on peut envisager qu'il s'insère dans un programme de grande ampleur de l'agence nationale de la recherche sur les questions de santé publique, dont le volet prévention serait confié à l'IVRSP.

Les thèmes et axes de travail pourraient être les suivants :

- l'évaluation des pratiques professionnelles des politiques publiques,
- les indicateurs, systèmes d'observation et méthodologies,
- les analyses médico-économiques,
- l'analyse des processus éducatifs,
- les acteurs et les structures : leur coordination, leurs cloisonnements,
- la régulation du marché de la prévention,
- les conceptions, croyances et représentations de la prévention,
- les relations entre prévention, risques, précaution, veille et vigilance,
- les variations des comportements de prévention selon l'âge, le milieu...
- les déterminants individuels et collectifs,
- la réceptivité aux politiques et incitations,
- les échecs de la prévention.

8. SANTE ET ENVIRONNEMENT

Synthèse

Les risques émergents (préexistants mais jusqu'alors indétectables, nouveaux ou réémergents) sont difficiles à apprécier : l'incertitude scientifique peut être source d'inquiétude dans une population qui perçoit mal l'information. Par ailleurs, le risque environnemental, considéré comme imposé, est moins bien accepté que le risque lié à des comportements individuels supposés choisis et assumés, tels que le fait de fumer.

Enfin ce domaine est soumis à la difficulté d'établir rapidement des liens fiables de cause à effet notamment pour les dangers potentiels liés à une exposition chronique de populations entières à de faibles doses.

Or pour s'assurer de la participation des populations, la qualité de l'information délivrée est essentielle.

Les milieux concernés sont l'air et l'eau (incluant l'impact des perturbations climatiques majeures), les sites et les sols (Figure 4).

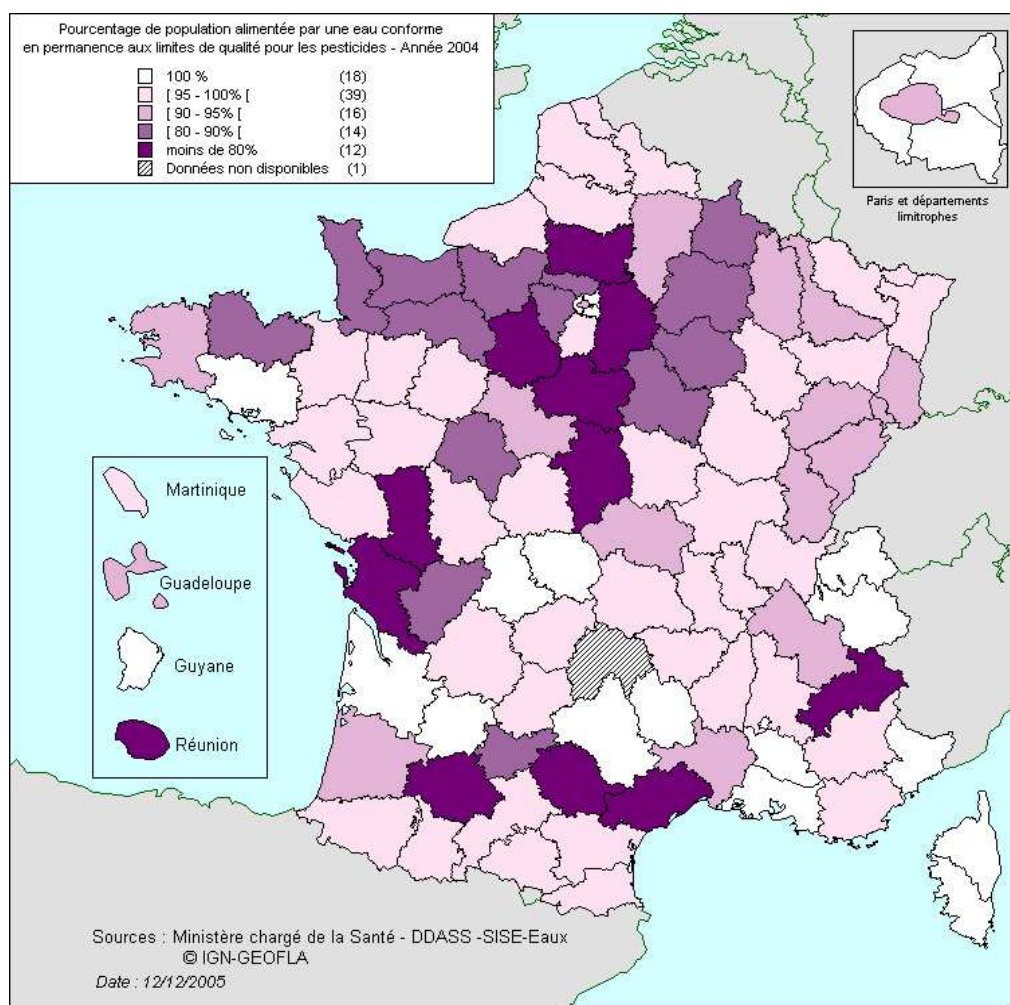


Fig.4 Pourcentage de la population alimentée par une eau conforme

Les pathologies sont multiples : infections respiratoires ou digestives - maladies cardio-vasculaires - cancers - maladies respiratoires chroniques (aggravation ou nouveaux cas) - intoxications chroniques - accidents domestiques - troubles de la santé mentale - conséquences des transmissions vectorielles (tiques et maladie de Lyme, moustiques).

Recommandations

- Suivi des mesures déjà mises en œuvre (PNSE, PNNS)
- Organisation de la veille sur les risques émergents et la toxicovigilance
- Étiquetage des produits de consommation courante
- Adaptation des mesures aux populations vulnérables : les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées.
- Création d'unités fonctionnelles hospitalo-universitaires en Santé et Environnement

Exposé

8.1 Bases de réflexion

Plusieurs définitions ont été avancées pour caractériser les liens entre Santé et Environnement. « L'Environnement c'est tout ce qui n'est pas moi », phrase attribuée à Einstein. Pour d'autres, l'environnement c'est tout ce qui n'est pas génétique. On peut également proposer, pour circonscrire le domaine de manière plus large, les résultantes du croisement entre d'une part la Santé au sens OMS, c'est-à-dire le diagnostic et le traitement des maladies, mais aussi l'accession au bien-être et l'épanouissement de l'individu. Dans le domaine de l'environnement, la prévention se situe entre la prévoyance du XIX^{ème} siècle et la précaution du 21^{ème} qui conduit, dans une situation d'incertitude scientifique, à prendre une décision basée sur une hypothèse de risque, lorsque celui-ci est jugé grave, irréversible et coûteux pour la société. Là encore, **l'évaluation et la gestion du risque** sont les deux composantes fondamentales de la prévention.

Dans le domaine santé et environnement, la difficulté fréquente de l'exercice réside dans la complexité à établir la preuve de liens de cause à effet entre certaines caractéristiques de l'environnement et leurs effets néfastes sur la santé humaine. L'établissement de la cause du dommage n'offre pas de difficulté quand il s'agit de catastrophes, naturelles ou induites par des activités humaines, ou bien de phénomènes aigus d'origine toxique ou infectieuse, ou bien encore, en milieu de travail, de risques de dangers liés à l'activité professionnelle. Dans ces cas, les dangers sont en général bien identifiés et les risques correctement circonscrits à certaines régions, lieux et groupes de personnes. Il en va tout autrement quand il s'agit de danger potentiellement, possiblement ou probablement lié à une exposition chronique de populations entières à de faibles doses d'agents d'agression. Pour ce dernier cas, qui fait toute la particularité de l'évaluation et de la gestion du risque en santé et environnement, les méthodes avancées par les pays les

plus en pointe dans le domaine sont complexes, car elles impliquent d'une part la participation de professionnels d'horizons très divers, d'autre part celle du public des populations concernées. Dans la qualité des résultats intervient aussi pour une grande part la qualité de l'information délivrée aux uns et aux autres, en amont et tout au long de la démarche d'évaluation et de gestion. Enfin dans la décision politique, notamment quant aux moyens à déployer, pour la mise en œuvre d'une prévention efficace (théoriquement efficace, pratiquement appliquée et améliorant la santé publique) interviendra le rang de priorité attribué à un risque plutôt qu'à un autre. Force est de constater qu'en ce domaine joue un rôle non négligeable le « politiquement correct » où il est souhaité que les effets d'une décision se fassent plutôt sentir à court terme, ce qui va à l'encontre de ce qui est par nature attendu en santé et environnement, à savoir les effets sur le long terme (23-24).

Les risques émergents (*risques préexistants mais jusqu'alors indétectables, risques nouveaux, risques ré-émergents*) représentent un domaine un peu spécifique en matière de prévention telle que définie ci-dessus puisque, par nature, ils sont mal connus. Ce manque de connaissance est très souvent dû aux imperfections de nos systèmes de veille : veille scientifique, économique, sur l'évolution des modes vie, de l'environnement, du vivant...veille sanitaire enfin. De nombreux organismes se sont emparés de cette thématique et développent des travaux sur les risques sanitaires émergents sans pour autant que l'Etat gestionnaire dispose d'une visibilité globale sur ce sujet, alors qu'il sera le premier sollicité lorsque le risque se concrétisera. La prévention dans ce domaine passe avant tout par l'anticipation.

Enfin **la perception du risque environnemental** est une composante essentielle de l'évaluation et de la gestion. Le contexte d'incertitude scientifique dans le domaine Santé et Environnement est générateur bien souvent d'un sentiment d'inquiétude au niveau de la population générale qui se sent mal informée. Le risque environnemental est considéré comme un risque « subi » (involontairement) ou « imposé ». Il est moins bien accepté ou compris par le grand public qu'un risque lié à un comportement considéré comme « assumé » (tel que le choix de fumer), quels que soient les niveaux réels de risques encourus (23).

8.2 Les grands problèmes de santé liés à l'environnement en France

Les infections respiratoires aiguës, liées à la pollution de l'air et/ou à la promiscuité :

- bronchiolites aiguës virales du nourrisson : contages réitérés en crèches, garderies et milieu hospitalier, lors des saisons à risque (automne et hiver),
- pneumopathies communautaires : forte densité de population sur les lieux de travail, dans les transports publics, dans certains logements,
- légionelloses : mauvais entretien des canalisations, tours aéroréfrigérantes,

- infections nosocomiales.

Les gastro-entérites aiguës, liées à la contamination de l'eau et/ou des aliments, à la promiscuité :

- mauvaises conditions d'hygiène dans certains habitats insalubres, ou certaines collectivités (restaurations scolaires ou d'entreprises, colonies de vacances, maisons de retraite, ...),
- gastro-entérites aiguës virales du nourrisson : contages réitérés en crèches, garderies et milieu hospitalier lors des saisons à risque (hiver).

Les maladies cardio-vasculaires, liées au tabagisme actif (et passif), à la pollution de l'air intérieur (produits de combustion, monoxyde de carbone), à la pollution de l'air extérieur (dioxyde de soufre, particules de très petite taille [ultrafines] produites notamment par le trafic automobile), à une alimentation déséquilibrée, à l'absorption de plomb ou d'arsenic (sols contaminés), aux nuisances sonores.

Les cancers :

- tabagisme, radon résidentiel (cancers des voies aériennes), alcool (cancers des voies digestives), modes particuliers d'alimentation (cancer de l'estomac et viandes ou poissons fumés), expositions solaires (mélanome), nitrates (cancer des voies urinaires), radiations ionisantes (cancer de la thyroïde, hémopathies malignes),
- amiante (cancer de la plèvre : mésothéliome pleural),
- autres polluants, autres cancers ...

Les maladies respiratoires chroniques :

- aggravation de maladies préexistantes telles que la bronchite chronique, l'asthme ou l'emphysème, liée aux expositions aux polluants de l'air extérieur et intérieur,
- génération de nouveaux cas d'asthme ou d'allergie respiratoire, notamment chez l'enfant, liée à l'exposition aux particules de très petite taille (ultrafines)

Les intoxications chroniques :

- par le CO (chaudières mal entretenues) : troubles neuro-comportementaux,
- par le plomb (eau contaminée par des conduites anciennes, écailles de peinture au plomb absorbées par les enfants dans les habitats non réformés) : saturnisme,
- par les phytosanitaires, les phtalates, les dioxines, les PCB : perturbations endocriniennes ; les éthers de glycol : reprotoxicité.

Les accidents domestiques :

- liés à des manques d'information et/ou des comportements individuels inadéquats,
- liés à des défauts de conception intérieure des locaux.

Les troubles de la santé mentale :

- liés à des conditions de vie stressantes,
- liés aux nuisances sonores,
- liés à certaines expositions polluantes.

Les affections secondaires à des transmissions vectorielles (tiques, moustiques)

- liées à des problèmes de salubrité ou
- à des conditions d'exposition favorisantes.

Il peut aussi être intéressant d'adopter, à titre complémentaire, un autre type d'entrée par **milieux contaminants**, ce qui permet d'individualiser, pour les actions de prévention, certains sites ou modes de contamination, y compris ceux qui sont transfrontaliers :

- sites et sols pollués, notamment sur d'anciennes friches industrielles,
- rayonnements ionisants (notamment nucléaires) ou non,
- pollutions par nanoparticules issues des nanotechnologies.

Enfin il sera certainement utile de tenir compte à l'avenir des **conséquences sanitaires des perturbations climatiques** (froid, canicule).

8.3 Recommandations du groupe de travail

Démarche conceptuelle (tableaux empruntés à « Environnement et Santé publique. Fondements et pratiques » Editions TEC et DOC. 2003 Edisem inc. Québec-Canada. p 76 et 78) en termes de Prévention primaire, secondaire et tertiaire et de Continuum d'intervention sur la durée, en fonction des modifications de l'Environnement et de l'évolution des Risques.

Organisation de la veille sur les risque sanitaires émergents. La première étape pourrait consister en une expertise collective sur l'organisation de la veille (outils d'observation à mettre en place, organismes à associer, proposition d'organisation).

Mise en œuvre d'une participation effective du public (25).

Actions de prévention au cas par cas sur les grands problèmes de santé liés à l'environnement (extérieur et intérieur aux habitations) en réservant une place particulière à la toxicovigilance.

Information du public sur les produits de consommation courante

Il convient de mettre à la disposition du grand public une information claire et accessible concernant les risques sanitaires liés à l'utilisation des produits de consommation courante. D'une part, il est de la responsabilité des producteurs de mettre en place un étiquetage systématique notifiant le contenu de ces produits. D'autre part, il est de la responsabilité des pouvoirs publics de réglementer cet étiquetage et d'informer, en temps réel, la

population de l'état des connaissances sur l'impact sanitaire éventuel des divers composants et du mélange constituant le produit fini.

Adaptation des mesures de prévention aux populations « sensibles » : 1/ au plan de l'information et de la formation non professionnelle, citoyenne, en tout premier lieu les enfants, 2/ au plan de la vulnérabilité biologique, les enfants, notamment les plus jeunes, les femmes enceintes et les personnes âgées.

Mise à la disposition de la population des portails d'information, contrôlés par des professionnels.

Eclairage sur le système d'évaluation des mesures mises en œuvre (déjà élaboré, en cours d'élaboration ou à créer).

Engagement des Institutions de Santé Publique et des Professionnels de Santé.

Point sur les mesures réglementaires et législatives déjà mises en œuvre, dans le cadre notamment du PNSE et du PNNS, et décision des mesures à adopter. Sur ce plan, la prévention des risques environnementaux dépend initialement, plus que de comportements individuels, d'une réglementation adaptée et du contrôle de son application, agissant comme un soutien permanent de l'action d'une population par ailleurs correctement informée et sensibilisée à la problématique.

Création d'Unités fonctionnelles en Santé et Environnement

Signification

Le domaine Santé et Environnement est particulièrement concerné par la prévention : amélioration de la qualité de l'air, distribution d'eau potable, assainissement des sols pollués, évitement des sources de radiations, notamment ionisantes, recyclage des déchets, pour prévenir l'impact des perturbations, souvent anthropiques, des milieux concernés sur la santé humaine : en exemple, l'asthme, dont la fréquence augmente, comporte dans sa prise en charge thérapeutique l'aménagement d'un environnement le moins néfaste possible sur la santé respiratoire du patient ; il en va de même des allergies.

La nouvelle gouvernance hospitalière, dans le cadre du Plan Hôpital 2007, et de la Loi de Santé Publique, incite notamment à la création d'activités nouvelles en milieu hospitalier. Par ailleurs, l'unité fonctionnelle représente en milieu hospitalier, dans le cadre des « pôles » d'activité, la structure de base pour une activité donnée, nouvelle en l'occurrence s'agissant du domaine Santé et Environnement. Le Plan National Santé et Environnement (PNSE), actuellement à mi-parcours, prévoit la création d'un enseignement spécifique et de filières de formation dans le domaine, avec la collaboration des universités. Au regard du contexte décrit précédemment, la création d'UFSE en CHU permettrait de passer du stade de la conception au stade de la réalisation des textes votés et des nouveaux objectifs.

Contenu

Au plan des soins, tant curatifs que préventifs, les UFSE pourraient être créées dans les services hospitalo-universitaires (pédiatrie orientée en asthme et allergologie, pneumologie pour enfants ou adultes, gastro-entérologie pour enfants, dermatologie). Dans ces domaines de spécialité, l'activité des UFSE serait dédiée aux affections dont l'émergence ou l'évolutivité sont particulièrement liées aux perturbations environnementales.

Au plan de l'enseignement et de la formation, ces UFSE pourraient être rattachées à une coordination d'enseignants en Santé et Environnement, au niveau universitaire et inter-universitaire, combinant des enseignants de chimie, physique, sciences de la vie, épidémiologie, sociologie, économie...

Au plan de la recherche, les UFSE participeraient à la constitution ou au renforcement des laboratoires universitaires en Santé et Environnement, points de convergence des travaux menés dans le domaine, en collaboration avec les unités des autres organismes déjà impliqués tels que le CNRS, l'INSERM, l'INRA, l'IFREMER. Ceci permettrait d'enrichir l'enseignement et d'alimenter la recherche dans un domaine où beaucoup reste à préciser ou à découvrir.

Mesures complémentaires.

Au plan institutionnel, les UFSE doivent être précisées dans le cadre du PNSE, afin de positionner en interface les professionnels de soins par rapport aux autres secteurs concernés par le domaine.

Quelle que soit la thématique, le domaine Santé et Environnement implique le citoyen. Une communication spécifique, en lien avec l'INPES, devrait donc être envisagée.

Dans des domaines spécifiques, tels que le saturnisme lié à la persistance d'habitats où les peintures au plomb et les canalisations restent contaminantes, une démarche spécifique devrait être soutenue en partenariat avec le ministère de la cohésion sociale et du logement, associant la délégation interministérielle à la ville.

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION

Les enjeux de santé actuels (vieillesse de la population, maladies chroniques, mortalité prématurée évitable, inégalités de santé...) nécessitent davantage d'équilibre et de complémentarité entre stratégies curatives et préventives. La commission souligne l'enjeu que constitue le développement de la prévention et de la promotion de la santé. Le système de soins n'étant pas le seul facteur de la santé des individus, il convient donc d'agir sur l'ensemble des éléments permettant aux Français de rester en bonne santé.

En effet, si les progrès accomplis par les politiques de prévention et d'éducation pour la santé ces dernières années sont manifestes dans de nombreux domaines : lutte contre le tabagisme ou la consommation excessive d'alcool, nutrition, accidents de la vie courante, politiques de dépistage organisé des cancers, de nombreux efforts restent encore à faire grâce notamment à une plus grande coordination des acteurs et l'adoption de comportements plus adaptés. La recherche d'équité implique que chacun ait l'opportunité de faire les bons choix pour sa santé.

Dans cette perspective, les recommandations suivantes prennent en compte trois conditions temporelle, spatiale et humaine, et trois niveaux d'action : le champ éducatif, les pratiques médicales et l'organisation du dispositif. La dernière partie est consacrée à l'un des objectifs majeurs de ces travaux : la réduction des inégalités de santé.

Le temps

Dans une approche centrée sur les différents âges de la vie et la prévention de leurs risques, la commission recommande de considérer trois périodes principales : la grossesse (période de réceptivité optimale aux messages de prévention pour la mère ET le père), l'enfance (période de vulnérabilité essentielle mais aussi phase d'acquisition des notions fondamentales de santé et des comportements), la cinquantaine (qui prépare le bien vieillir).

Le lieu

La commission recommande de s'appropriier pleinement les outils nouveaux proposés par la loi et de renforcer le cadre régional des politiques de prévention et d'éducation pour la santé. En effet, la loi de santé publique met l'accent sur une régionalisation accrue des politiques de santé publique et instaure dans ce but le groupement régional de santé publique (GRSP). De plus, la loi de cohésion sociale fait une place importante aux thématiques de santé considérées comme l'un des thèmes prioritaires de la politique de la

ville. Au moment, où les GRSP se mettent en place, la commission d'orientation recommande :

- de conforter les GRSP dans leur rôle de financeurs des acteurs de prévention en encourageant la constitution de pôles régionaux de compétence;
- de développer des approches communautaires dans le cadre de territoires géographiquement définis, en utilisant de préférence les zonages existant (type territoire de santé des SROS).
- de développer le dispositif des villes-santé de type OMS et d'en faire un fer de lance du développement des activités de prévention en lien avec les conseils généraux et régionaux.

Toutefois, l'importance du niveau régional comme cadre de décision ne doit pas faire oublier l'importance du milieu de vie, d'éducation ou de travail, comme cadre d'action.

Les acteurs

L'acteur principal de la prévention est le citoyen.

Pour l'aider dans cette démarche un ensemble de professionnels sont appelés à se mobiliser. Parmi eux, le médecin traitant paraît aujourd'hui comme l'un des deux piliers du système de prévention. C'est avec lui que se construit chaque parcours individuel. Il s'appuie sur un réseau de partenaires (éducateurs, paramédicaux, associations de patients, plateaux techniques, hôpital ...) qui participent de sa démarche et facilitent l'appropriation par le citoyen des choix qui le concernent. Il ne s'agit pas de réduire la prévention à sa dimension biomédicale, mais de tirer les conclusions du constat qu'il n'y aura pas de véritable développement de la prévention en France sans évolution des pratiques médicales.

Le second pilier est chronologiquement le premier : l'éducateur, au sens large du terme, appelé à instruire les notions fondamentales de santé dès le plus jeune âge, avec la volonté de transmettre les clefs qui permettront à l'enfant et à son milieu familial de construire au mieux leur cadre de vie.

A. Éducation à la santé

Ainsi dans une logique de promotion de la santé visant à donner à chacun les moyens d'être acteur de sa santé, la prévention et l'éducation pour la santé, y compris l'éducation du patient, doivent être mieux prises en compte. L'action de prévention ne saurait être ponctuelle ; elle s'inscrit dans un processus continu.

Concernant l'enfance, les secteurs principaux d'intervention sont les écoles et les centres de loisirs. Ces structures sociales importantes fournissent des voies et des mécanismes pour influencer positivement les comportements de santé.

Pour la commission, il s'agit :

- d'affirmer dans le Code de l'Éducation que l'éducation pour la santé fait partie des missions de l'école ;
- d'intégrer la formation en éducation et promotion de la santé dans la formation initiale et continue des personnels de l'éducation nationale ;
- d'inscrire un volet éducation pour la santé dans chaque projet d'établissement scolaire dans le cadre de la loi de 2005. Le suivi de ces projets pourrait être porté par le recteur dans le cadre du GRSP.

Par ailleurs, la mise en place d'un système de valorisation des élèves impliqués dans des actions de promotion de la santé pourrait être mis à l'étude.

Enfin, dans le respect des engagements internationaux de la France, au regard de la charte de Bangkok ou de la CCLAT, la commission préconise la mise en conformité de la vie quotidienne dans les établissements avec les principes de promotion de la santé (application de la réglementation sur les cantines scolaires, sur l'interdiction de fumer, installation de distributeurs d'eau, renforcement de la pratique de l'activité physique ...).

Dans ce dernier cadre, un programme d'ampleur nationale pourrait être proposé, à tous les âges, ayant pour objectif de resituer les activités physiques à leur juste valeur. Dans un domaine où fort peu de pays ont réussi, il est important de redonner une impulsion nouvelle et forte à une mesure qui apporte un bénéfice indéniable, tant physique que psychique, à chacun de ses participants et permette à la société de réduire le poids des maladies cardio-vasculaires, des cancers et de l'ostéoporose.

Par ailleurs, la formation initiale et continue des professionnels de santé doit faire une place accrue à l'éducation pour la santé et plus particulièrement à l'éducation du patient. A cette fin, des programmes d'enseignement en éducation du patient doivent être mis en place et l'obtention du diplôme professionnel comporter une évaluation des acquis. De même les pratiques préventives et la promotion de la santé entrent dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Dans le champ environnemental, le caractère récent du plan national santé - environnement amène à recommander dans un premier temps un travail de sensibilisation du public sur les grands problèmes de ce cadre. Cette démarche doit notamment reposer sur la participation du public aux mesures à mettre en œuvre. La création d'unités fonctionnelles en santé - environnement en milieu hospitalier peut être mise à l'étude. Dans ce domaine aussi, l'accent sera mis sur l'évaluation des politiques menées.

Des programmes de recherche en lien avec l'ANR, l'IvRSP (Inserm), la DREES, l'HAS et l'INPES doivent soutenir et justifier ces démarches tant en terme d'éducation à la santé ou d'adhésion thérapeutique que pour l'étude des pratiques de prévention, les interactions santé-environnement ou encore l'évaluation des politiques de santé. La structuration de ces nouvelles équipes de recherche pourrait être proposée en GHU, dans les EPST, ainsi qu'à l'EHESP. La commission propose de lancer en 2007 un programme pluridisciplinaire de recherche faisant place à toutes les disciplines concernées. A cette fin, une réflexion consensuelle sur les méthodes et le cadre de ce programme devrait être engagée rapidement.

B. Pratiques médicalisées

Dans ce domaine, la commission recommande l'instauration d'un « rendez-vous santé » proposé régulièrement à chaque Français, en dehors de toute situation pathologique et hors d'un contexte de prescription. Ce rendez-vous permettrait une évaluation des besoins de prévention avec, si besoin, l'orientation vers des dispositifs spécifiques (dépistage, vaccination, etc). Sa fréquence augmente aux trois périodes préalablement définies. Ce moment d'échange permet de faire le point sur les besoins de santé spécifiques de chacun selon son âge et son environnement familial, social ou professionnel. En fonction de l'évaluation des besoins, il peut déboucher sur des mesures individuelles, médicalisées (consultations spécifiques de prévention, vaccination, dépistage, éducation thérapeutique, etc..) ou non (éducation à la santé, éducation nutritionnelle, etc..).

Dans le cadre des maladies chroniques, la commission recommande le développement de l'éducation du patient et de son entourage, dans le cadre d'un parcours de soins coordonné.

Un travail d'expertise associant les régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie à la Haute autorité de santé doit permettre de déterminer quels éléments de ces soins de prévention peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie. Les mesures qui sont retenues sont celles dont le rapport coût – efficacité est établi à un niveau de preuve suffisant. En parallèle, la rémunération des professionnels doit évoluer vers un intéressement aux résultats en termes de prévention et d'éducation pour la santé. Pour le citoyen, des mesures incitatives favorisant la participation aux dépistages organisés pourrait aussi être proposées (forfait de responsabilisation).

C. Organisation du dispositif

Conformément à la loi du 9 Août 2004, le cadre de l'action doit être régional, autour du GRSP. Compte tenu de l'importance de l'implication des collectivités territoriales dans ce domaine, il pourrait d'ailleurs être envisagé de réunir sous un label unique des villes-santé valorisant leurs objectifs de prévention.

Dans le cadre des dépistages, gérés par le médecin traitant, une méthodologie nouvelle est proposée : lorsque les données de la littérature (méta-analyses) justifient la mise en place, le dispositif est expérimenté à l'échelon régional avec une évaluation *a priori*, puis généralisé et organisé à l'échelon national avec une démarche d'assurance-qualité et une validation *a posteriori* grâce notamment à un système d'information interactif, finalement inclus dans le DMP.

Concernant la santé en milieu professionnel, la commission a pris acte du Plan santé et travail 2005-2009. L'un de ses objectifs consiste à « encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail ». La commission invite le ministère de la santé et celui de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement à se rapprocher afin d'enrichir cet axe et d'y intégrer plus largement la démarche préventive (une labellisation conjointe « entreprise - santé » par les deux ministères pourrait favoriser l'émergence d'une attitude encore plus engagée en ce sens).

Enfin, le développement de la recherche, des études, de l'évaluation et de la formation dans le champ de la prévention doit être significativement renforcé : de nombreuses données épidémiologiques restent encore parcellaires et limitent notre estimation des besoins (c'est le cas notamment, du recueil et de l'exploitation des informations en médecine du travail, des interactions santé - environnement ou pour évaluer les méthodes de lutte contre les inégalités). Il est nécessaire de trouver les conditions permettant de réunir au mieux ces données (réseau de médecins, systèmes interopérables) afin de comprendre par exemple les implications sanitaires à distance des expositions aux toxiques, et le retentissement à moyen terme sur la santé des situations de violence subies par les travailleurs au travail. La mise en place de plate-formes régionales d'observation sanitaire et sociale doit être soutenue et rattachée aux organismes nationaux, notamment l'INVS.

À plus long terme, des métiers innovants peuvent être envisagés : éducateurs à la santé, éducateurs thérapeutiques, infirmières expertes en prévention. L'ensemble de ces activités viendraient s'inscrire en complément de l'activité des médecins du travail ou des médecins scolaires ou de PMI dont les missions pourraient être redéfinies en synergie avec le travail de fond du médecin traitant et l'épaulant dans sa démarche d'information quant aux programmes personnalisés de prise en charge.

D. Réduction des inégalités de santé

La commission considère que la lutte contre les inégalités de santé doit être une priorité des politiques publiques, conformément aux recommandations de l'OMS, et à l'instar de nos voisins européens, et doit faire l'objet d'une approche spécifique. Cette proposition implique la conduite d'actions partenariales à tous les niveaux (national, régional, local) et la volonté d'aider le citoyen à faire des choix sains par des actions sur son environnement de vie.

Afin de mettre en œuvre cette priorité, la commission propose de :

- mettre en place des études ainsi qu'une conférence sur les modes d'intervention efficaces en direction des populations vulnérables, impliquant le secteur de la santé et les partenaires en charge de l'ensemble des déterminants,
- en attendant leur conclusion, privilégier l'équité de démarches de proximité basées sur une approche populationnelle (appliquée avec succès pour réduire la transmission du VIH dans les groupes les plus à risque),
- mettre en œuvre un programme national centré sur la petite enfance dont l'objectif est de rompre le cercle générationnel des inégalités,
- inclure dans l'évaluation *a priori* des programmes de prévention, l'évaluation de leur impact sur les inégalités sociales de santé,
- conduire des appels à projets régionaux sur ce thème, qui pourrait constituer un axe obligatoire des programmes régionaux de santé publique (PRSP).

PROPOSITIONS D' ACTIONS

1. Suppression effective du tabagisme dans les lieux publics, les lieux de travail et d'enseignement
2. Inscription d'un volet éducation pour la santé dans les projets d'établissement scolaire
3. Mise en place d'un programme national d'activité physique, à tous les âges, intégrant plus directement les acteurs du monde sportif et éducatif
4. Expérimentation d'une Consultation Familiale de Prévention
5. a. Labellisation « Prévention Ville – Santé », autour de critères établis de Promotion de santé, d'Éducation à la santé et d'organisation territoriale de la prévention (vaccination, dépistage, ...) reposant sur un programme d'évaluation et de validation des sites et b. « Entreprise Prévention – Santé » sur des critères de promotion et d'éducation à la santé, de restauration collective et d'activité physique
6. Mise en place d'un système d'information des risques professionnels à partir des données des services santé travail
7. Lancement d'un programme de recherche sur les actions et l'économie de la prévention et l'évaluation des politiques publiques
8. Création d'un réseau national de recherche et d'intervention en prévention
9. Optimisation du dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire en application des recommandations
10. Intégration de modules de prévention dans le DMP permettant de personnaliser le parcours de prévention
11. Lancement d'un programme centré sur la jeune mère et la petite enfance
12. Relance des programmes de vaccination incluant de nouvelles campagnes de communication

Certaines régions, départements, villes ou entreprises pourraient être plus particulièrement intéressés pour mettre en place ces actions ou tester ces expérimentations nouvelles.

CONCLUSION

Les propositions de ce rapport ont pour objet de renforcer la dynamique de prévention en santé en s'appuyant sur deux piliers majeurs : éducatif et médical. La commission établit la nécessité d'agir sur l'ensemble des facteurs concernés et de rapprocher les différents acteurs, en insistant sur le décroisement nécessaire entre les nombreux partenaires.

Le fil conducteur est le développement d'une culture de prévention dès le plus jeune âge ; la prévention permanente, à tout âge, afin de préserver ses capacités d'adaptation, physiques et intellectuelles ; et l'association d'une démarche personnelle, avec un effort collectif de pilotage s'appuyant sur les collectivités territoriales (GRSP), l'assurance maladie et les mutuelles.

Plaçant le citoyen au centre de son action, elle fonde aussi sa démarche sur la motivation des acteurs éducatifs, médicaux et paramédicaux, de voir évoluer leurs pratiques vers plus d'anticipation et de collaboration.

De nouvelles évaluations doivent maintenant pouvoir nous indiquer la hauteur des bénéfices à attendre quant à la qualité de vie des Français.

BIBLIOGRAPHIE

1. Swynghedauw B. Introduction à la médecine évolutionniste ; à paraître
2. van Amelsvoort LG, Spigt MG, Swaen GM, Kant I. Leisure time physical activity and sickness absenteeism; a prospective study. *Occup Med (Lond)*. 2006;56:210-2
3. Santé à l'école : tout un programme. *Santé de l'homme* n°380. Ed Inpes, Saint Denis, nov-déc 2005
4. Décret n°2006-57 du 16 janvier 2006 relatif aux programmes de formation à l'éducation à la santé. *JO* n°16 du 19 janvier 2006.
5. Premiers éléments pour un état des lieux. Annick Fayard, Directrice et Nathalie Houzelle, chargée de mission, INPES, Direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, Juillet 2006
6. Avenant à la convention signée le 6 août 2003 entre le ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : programme de travail 2006.
7. Contrat cadre de partenariat en santé publique, entre le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, le ministre délégué à l'enseignement scolaire et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Signé le 17 juillet 2003
8. Fiches thématiques Desco B4
 - Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)
 - Prévention des conduites addictives
 - Prévention des conduites addictives : action spécifique de lutte contre le tabagisme
 - Formation aux premiers secours
 - Souffrances psychiques des enfants et des adolescents
 - Comité de pilotage du contrat cadre santé / éducation nationale
 - Publications / Direction de l'enseignement scolaire : 2005-2006
 - Protocole de soins d'urgence dans les écoles et les établissements scolaires (administration de médicaments)
 - Collaboration entre la DESCO et l'INPES
 - Education à la sexualité
 - Education à la nutrition
 - Cycle triennal d'enquêtes
9. De quoi parle-t-on ? Christelle Senterre, chercheur en santé publique Ecole de Santé publique - Université libre de Bruxelles, Département d'épidémiologie et des traumatismes, Document de travail dans le cadre du partenariat Refips – Inpes
10. Décret n°2005-1145 du 9 septembre 2005, article 20 concernant le CESC, modifiant le décret n° 85- 924 du 30 août 1985, relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. *JO* n°212 du 11 septembre 2005. cf article 20.
11. Promotion et education, Global school health promotion, volume XII, number 3-4 2005
12. www.bdsp.tm.fr
13. OMS – Europe. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Disease. 1998. 76p (www.euro.who.int/document/e63674.pdf)
14. Anaes. Information du patient. 2000
15. HAS. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. 2005
16. Education pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? 2002 (www.educmot.univ-montp1.fr/DocumentsPESAP/BSB2002.pdf)
17. Anaes. L'éducation thérapeutique chez la personne asthmatique. 2004
18. ANAES – Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ? mai 2004
19. Principes et pratique du dépistage des maladies. OMS. 1970

20. Moatti JP. Contribution de l'analyse économique au débat sur le dépistage des cancers : des faux alibis aux vrais dilemmes. In : Sancho-Garnier H, Béraud C, Doré JF, Poierret J, Schaffer P, ed. Dépistage des cancers. De la médecine à la santé publique. Paris, Editions Inserm 1997
21. Godlee F. Count the harms. *BMJ* 2006; 332: 689-92
22. <http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/rbp/dysreco.pdf>
23. AFSSET. Santé et Environnement. Enjeux et clés de lecture, 2005.
24. Gerin M, Gosselin P, Cordier S, Viau C, Quenel P, Dewailly E. Environnement et Santé Publique. Fondements et pratiques. Ed. Tec & Doc. Edisem inc. Québec 2003.
25. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/public-consult/2000decision/index_f.html
Niveau 5 : Groupe d'action mixte sur la dépollution de l'environnement

Références Complémentaires

- Rapport britannique du Département de la Santé : « Choosing health : Making healthy choices easier ». U.K, 2004
- Mackenbach JP. Health inequalities : Europe in profile. European Union, 2006
- Judge K et al. Health inequalities : a challenge for Europe. European Union, 2006
- Wilkinson R, Marmot M, Ed. Social determinants of health. The solid facts. Second edition. OMS; bureau regional Europe 2003
- Jong-wook J. Public Health is a social issue. *Lancet*, 2005;365:1005-6
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 2005;365:1099-1104
- Exworthy M, Bindman A, Davies H, Washington E. Evidence into Policy and Practice? Measuring the progress of US and UK Policies to Tackle Disparities and Inequalities in US and UK Health and Health Care. *The Milbank Quaterly*, 2006; 84(1): 75-109
- Mackenbach J, Bakker M. Reducing inequalities in Health. A european perspective. Routledge, 2002
- Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health (second edition). Oxford, 2006
- Sir Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health (Report). 1998

ABRÉVIATIONS

AFSSET : Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail
 ALAT : ALanine AminoTransférase
 ALD : Affection de Longue Durée
 ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation des Établissements
 ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida
 ANRS : Agence Nationale de la Recherche
 ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
 ASV : Ateliers Santé Ville
 BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
 CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
 CCLAT : Convention-Cadre pour la Lutte Anti-Tabac
 CépiDC : Centre d'Épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm
 CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
 CMU : Couverture Médicale Universelle
 CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
 CNDP : Centre National de Documentation Pédagogique
 CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
 CNS : Conférence Nationale de Santé
 CO : Monoxyde de Carbone
 CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
 CPE : Conseiller Principal d'Établissement
 CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
 CRES : Comité Régional d'Éducation pour la Santé
 CRRMP : Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
 CRS : Conférence Régionale de Santé
 DESCO / DGESCO : Direction Générale de l'Enseignement Scolaire, MEN
 DGAS : Direction Générale des Affaires Sociales
 DGS : Direction Générale de la Santé, MSS
 DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, MSS
 DIV : Délégation Interministérielle à la Ville
 DMP : Dossier Médical Personnel
 DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
 DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
 DREES-MiRe : DREES - MIssion de la REcherche
 DRT : Direction des Relations du Travail, Ministère du Travail
 DSS : Direction de la Sécurité Sociale, au Ministère de la Santé et des Solidarités
 EDUSCOL : Site pédagogique du Ministère de l'Éducation Nationale <http://eduscol.education.fr>
 EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
 EPLE : Établissement Public Local d'Enseignement
 EPS : Éducation Pour la Santé
 EPST : Établissement Public à caractère Scientifique et Technologique
 ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
 FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé
 GHU : Groupements Hopitalo-Universitaires
 GRSP : Groupements Régionaux de Santé Publique
 HAS : Haute Autorité de Santé
 HCSP : Haut Comité de la Santé Publique
 IFREMER : Institut Français de Recherche pour l'Exploitation de la Mer
 IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
 INCA : Institut Nationale du CAncer
 INPES : Institut National de la Prévention et de l'Éducation à la Santé
 INRA : Institut National de Recherche Agronomique

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec
IVRSP : Institut Virtuel de Recherche en Santé Publique
IUFM : Institut Universitaire de Formation des Maîtres
IVS : Institut de Veille Sanitaire
MCP : Maladies à Caractère Professionnel
MEN : Ministère de l'Éducation Nationale
MPI : Maladies Professionnelles Indemnifiables
MSS : Ministère de la Santé et des Solidarités
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PACA : Provence - Alpes - Côte d'Azur
PCB : PolyChloroBiphényles
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PNSE : Programme National Santé Environnement
PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
PST : Plan national Santé au Travail (PST)
REFIPS: RÉseau Francophone International pour la Promotion de la Santé
RMI : Revenu Minimal d'Insertion
SICOM : Service de l'Information et de la Communication, MSS
SREPS : Schémas Régionaux d'Éducation Pour la Santé
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UIPES : Union Internationale de Promotion de la santé et d'Éducation pour la Santé
ULB-PROMES : Université Libre de Bruxelles – Unité de Promotion et d'Éducation à la Santé
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Annexes

Annexe 1a

Composition de la Commission d'Orientation

ARRETE DU 12 JUIN 2006 PORTANT CREATION DE LA COMMISSION D'ORIENTATION PREPARATOIRE DES ETATS GENERAUX DE LA PREVENTION

Le ministre de la santé et des solidarités

Vu le décret n° 89-271 du 12 avril 1989 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais de déplacement des personnels civils à l'intérieur d'un département d'outre-mer, entre la métropole et ces départements, et pour se rendre d'un département d'outre-mer à un autre, modifié par les décrets 98-843 du 22 septembre 1998 et n° 99-807 du 15 septembre 1999.

Vu le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 modifié fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France, lorsqu'ils sont à la charge du budget de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés, modifié par les décrets n° 99-744 du 30 août 1999 et n° 2000-98 du 22 septembre 2000.

Sur proposition du directeur général de la santé,

Arrête :

Article 1 : Il est institué, pour une durée de 1 an auprès du directeur général de la santé, une commission d'orientation interministérielle présidé par le Docteur Jean-François TOUSSAINT, maître de conférences universitaires, praticien hospitalier, cardiologue. Cette commission est chargée :

- de réaliser un diagnostic des actions de prévention actuellement en vigueur,
- de proposer des orientations et priorités d'actions,
- de définir les priorités à aborder lors des Etats généraux,
- d'assurer le suivi de la stratégie de prévention sous tous ses aspects.

Article 2 : Outre les représentants des directions du ministère de la santé et des solidarités, la commission d'orientation est composée des personnes suivantes :

- Catherine BISMUTH (Paris)
- Gilles BRÜCKER (Saint-Maurice)
- Jeanne BRUGERE-PICOUX (Maisons-Alfort)
- Yves CHARPAK (Bruxelles)
- Dominique CHOUDAT (Paris)
- Jean Pierre DAURES (Montpellier)
- Bertrand DAUTZENBERG (Paris)
- Jean-François DODET (Dijon)
- Gérard DURU (Villeurbanne)
- Bertrand GARROS (Paris)
- Jean-Pierre GIORDANELLA (Paris)
- Anne GOMPEL (Paris)
- Alain GRIMFELD (Paris)
- Serge HERCBERG (Paris)
- Philippe LAMOUREUX (Saint-Denis)
- Thierry LANG (Toulouse)
- Doina LAROQUE (Nice)
- Yves MATILLON (Paris)
- Philippe MOUROUGA (Boulogne)
- Christian PERRONNE (Garches)
- Alfred SPIRA (Le Kremlin Bicêtre)
- Jean-Louis TERRA (Bron)
- Jean-François TOUSSAINT (Paris)
- Alain TRUGEON (Amiens)

Article 9 : La commission précitée peut faire appel à des personnalités françaises ou étrangères dont la connaissance est utile à la conduite des travaux préparatoires à la tenue des Etats généraux de la prévention.

Article 10 : Les membres de la commission peuvent être remboursés de leurs frais selon les modalités prévues par les décrets du 12 avril 1989 et du 28 mai 1990 susvisés.

Article 11 : Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin Officiel du ministère de la santé et des solidarités.

Fait à Paris, le 12 Juin 2006

Le ministre de la santé et des solidarités

Pour le ministre et par délégation :

Annexe 1b

Composition de la Commission d'Orientation
Domaines d'Expertise des Membres

Cardiovasculaire	Jean-François Toussaint (Président)
Association de patients	Doïna Laroque
Economie	Gérard Duru
Environnement	Alain Grimfeld
Épidémiologie	Jean-Pierre Daures
Gynécologie	Anne Gompel
Infectiologie, vaccinations	Christian Perronne
Inégalités sociales	Thierry Lang
Nutrition	Serge Hercberg
Psychiatrie	Jean-Louis Terra
Qualité des soins	Yves Matillon
Tabac	Bertrand Dautzenberg
Santé au travail	Dominique Choudat

Directions, instituts, institutions associés

DGS	François Barastier (secrétaire technique)
OMS	Yves Charpak
CNAMTS	Catherine Bismuth
CPAM	Jean Pierre Giordanella
Académie de Médecine	Jeanne Brugère-Picoux
HAS	Philippe Martel
FNORS	Alain Trugeon
HCSP	Jean-François Dodet
INCA	Philippe Mourouga
INPES	Philippe Lamoureux
INSERM	Alfred Spira
INVS	Gilles Brucker
Mutuelles	Bertrand Garros

Annexe 2

Calendrier des sessions et des auditions

12 Juin 2006

- Présentation des missions de la Commission d'Orientation

Jean-François TOUSSAINT, Président de la Commission d'Orientation

Benoît LESAFFRE, Conseiller au cabinet, responsable du pôle santé publique

- Tour de Table

Membres de la Commission

26 Juin 2006

- Les Plans Régionaux de Santé Publique

Véronique MALLET, DGS

- Les objectifs et les indicateurs de la loi relative à la politique de santé publique

Alain FONTAINE, DGS

- Les indicateurs nationaux et régionaux

Sandrine DANET, Philippe CUNEO, DREES

- L'analyse économique des comportements de prévention : la contribution des comparaisons internationales

Stéphane JACOBZONE, OCDE

- Le bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé

Yves CHARPAK, OMS

10 Juillet 2006

- Missions et stratégies de prévention

Philippe LAMOUREUX, INPES

- Consultation familiale de prévention

Joël MENARD, Université Paris 5

- Pour une culture partagée de la prévention

Philippe MOUROUGA, INCA

24 Juillet 2006

- Présentation des rapports des groupe de travail

Coordonateurs des groupes

Annexe 3

Composition des groupes de travail

1 - parcours de prévention, protection sociale

Coordonateur : Bertrand Garros

CNAMTS Catherine Bismuth

Membres et experts : Catherine Bismuth, Yves Charpak, Yves Matillon

Directions et Instituts : CNAMTS – DSS (Pascal Perrot) - DHOS – DGS (SD2 Eric Waisbord) – HAS (Philippe Martel) – DRASS – DGAS – INPES (Philippe Lamoureux et Marie-Josée Moquet) - Marc Zamichiei (Mutuelles de France, Adm. CNAMTS) –

2 - inégalités de santé et organisation territoriale

Coordonateur Jean-François Dodet

DGS Hélène Khodoss

Membres et experts : Alfred Spira, Thierry Lang, Jean-Pierre Giordanella

Directions et Instituts : DRASS – DGAS - DREES - DGS (SD1 Hélène Khodoss – SD6 Bernard Basset) – ARH – DHOS – CNAMTS – DSS – INPES (Annie Claude Marchand et René Demeulemeester)

3 - promotion de la santé en milieu de travail

Coordonateur Dominique Choudat

DRT Catherine Tindillière

Membres et experts : Serge Hercberg, Alain Trugeon

Directions et Instituts : DSS - DGS (SD7 Jocelyne Boudot) – INPES (René Demeulemeester)

4 - promotion de la santé en milieu scolaire

Coordonateur Philippe Lamoureux

INPES Annick Fayard

Membres et experts : Anne Gompel, Jean-François d'Ivernois

Directions et Instituts : DGESCO (Christiane Veyret) – FNES (Jean-Pierre Deschamps - DGS (SD5 Patrick Ambroise, Zinna Bessa - SD6 Bernard Basset) – DRASS – DHOS – INPES (Annick Fayard)

5 - éducation du patient et maladies chroniques

Coordonateur Bertrand Dautzenberg

DGS - SD5 Martine Lequellec-Nathan

Membres et experts : Jean-Louis Terra, Jean-Louis San Marco

Directions et Instituts : DHOS (Eliane Apert) – ARH – CNAMTS - DGS (SD5D) - SICOM (campagnes métiers) – HAS – DSS – INPES (Annick Fayard, Pierre Arwidson et Isabelle Vincent)

6 - outils et méthodes de dépistage

Coordonateur Jean-Pierre Daures

HAS Anne-Françoise Pauchet-Traversat

Membres et experts : Philippe Mourouga, Anne Gompel

Directions et Instituts : CNAMTS – DHOS – DSS – ARH - DGS (SD5A + SD5D Martine Lequellec-Nathan / Renaud Morin / Carole Cretin) – INPES (Michel Dépinoy)

7 - recherche, évaluation, formation

Coordonateur Gérard Duru

INPES Pierre Arwidson, Isabelle Vincent

Membres et experts : Christian Perronne, Philippe Martel, Jean-François Toussaint

Directions et Instituts : DREES (Pierre Strobel) – DSS – DHOS - DGS (SD1 : Hélène Khodoss – SD2 : Eric Waisbord) - SICOM (campagnes métiers) – INPES (Annick Fayard, Pierre Arwidson, Philippe Guilbert et Isabelle Vincent)

8 - déterminants environnementaux

Coordonateur Alain Grimfeld

DGS - SD7 Jocelyne Boudot

Membres et experts : Jeanne Brugère-Picoux, Gilles Brücker, Benoît Vergriette

Directions et Instituts : DRASS - DGS (SD7) – ARH – INVS – AFSSET – INPES (Pierre Arwidson)

Annexe 4

Calendrier des Etats Généraux de la Prévention

LES ETATS GENERAUX DE LA PREVENTION

Un dispositif qui repose sur :

- La mobilisation d'un groupe de 25 experts, composant la Commission d'orientation, placée sous la présidence du Dr. Jean-François TOUSSAINT.
- La répartition des membres de cette commission, pour un travail d'expertise, en 8 ateliers thématiques. Y sont associées les directions du ministère, de la CNAMTS, de la HAS, les agences et instituts (InVS, Inserm, INCA, INPES), ainsi que la DRT et la DESCO (éducation nationale, enseignement scolaire).
- La mobilisation des directeurs d'administration centrale (+CNAMTS, conférence des DRASS et conférence des ARH), autour d'un comité de pilotage présidé par Didier HOUSSIN.

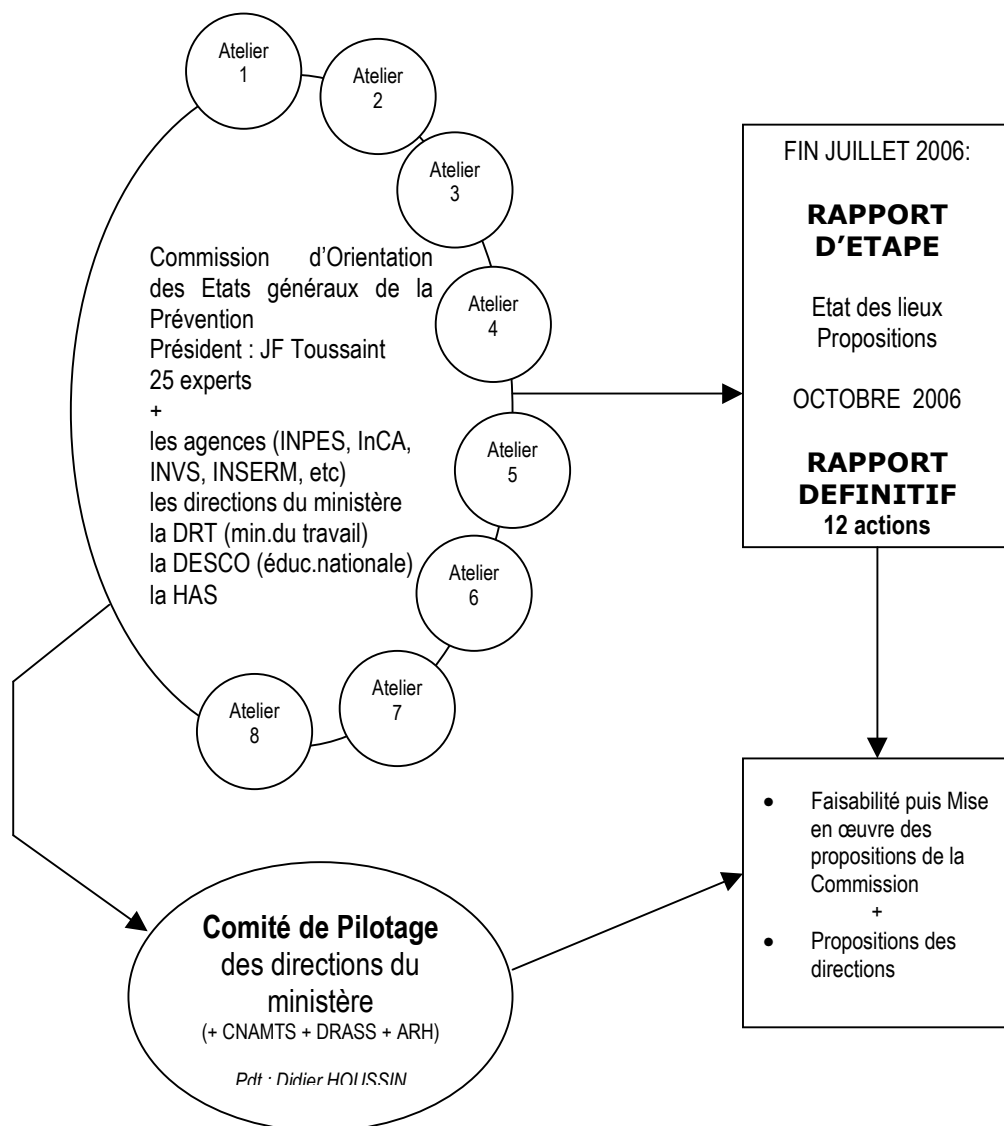
Un calendrier volontaire :

- La commission d'orientation s'est déjà réunie 3 fois depuis le 12 juin 2006.
- Les ateliers thématiques se sont mis en place dès le 10 juillet dernier ; une première restitution de leurs travaux est présentée lors de la séance du lundi 24 juillet.
- Le COPIL « directeurs », installé le 7 juillet dernier, se réunira pour la 3^e fois mercredi 26 juillet.

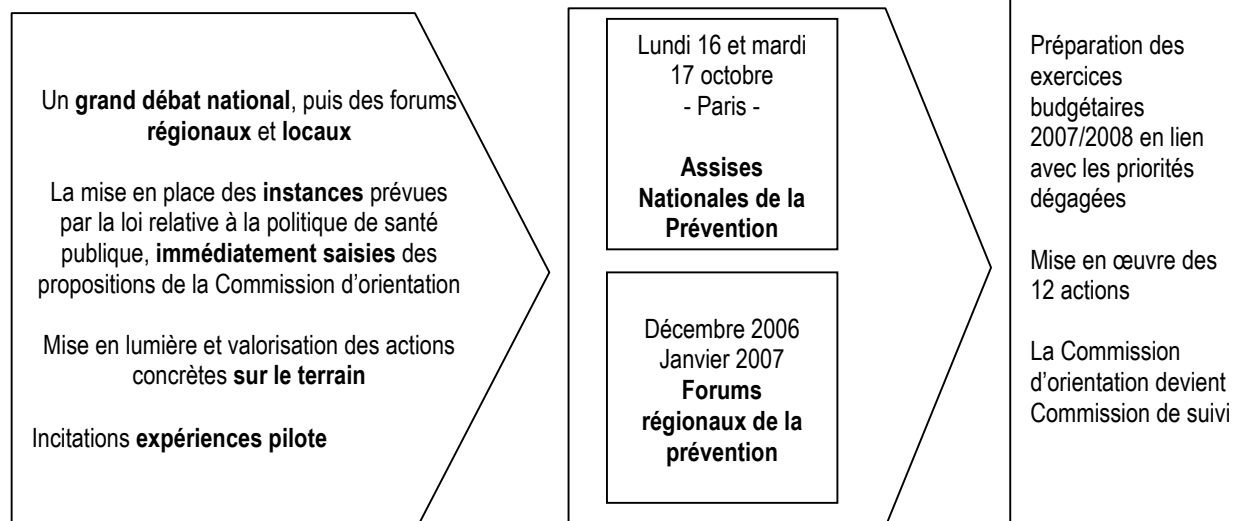
Des objectifs concrets :

- Jean-François TOUSSAINT remet au Ministre un rapport d'étape, le 28 juillet, présentant l'état des lieux et formulant des propositions d'évolution des dispositifs de prévention. Le rapport définitif sera remis au Ministre en octobre prochain.
- Les ateliers thématiques poursuivront leur travaux jusqu'au 9 octobre, pour préparer la tenue des Assises Nationales de la Prévention, prévus les 16 et 17 octobre prochain à Paris (Ministère, salle Laroque), puis des forums régionaux et locaux fin 2006-début 2007.
- Le Comité de Pilotage des Directeurs proposera un tableau de bord de la prévention, travaillera sur la mise en cohérence des réglementations actuelles (4 grands thèmes : alcool, tabac, produits toxiques, environnement) et saisira le Comité national de Santé Publique (instance interministérielle créée par la Loi relative à la politique de santé publique, installée par le Ministre le 12 septembre prochain) de ces questions, afin de les faire évoluer et d'aider les acteurs de terrain à poursuivre leurs actions. Il mettra en lumière des expériences pilotes, identifiées au niveau régional et local, et proposera la création d'un appel à projets « prévention » pour favoriser les initiatives en ce sens.

PREPARATION



REALISATION



Annexe 5

Recommandations de la HAS en matière de dépistage

Question posée	Date	Population cible	Modalités dépistage recommandées
Dépistage de l'hépatite C	Janv. 2001	1) Sujets exposés à des actes médicaux ou ayant des comportements à risque de contamination élevé <ol style="list-style-type: none"> a. Sujets ayant reçu des produits sanguins stables avant 1988 ou des produits sanguins labiles avant 1992 ou une greffe de tissu, de cellules ou d'organe avant 1992 b. Sujets ayant utilisé au moins une fois dans leur vie des drogues par voie intraveineuse c. Enfants nés de mère séropositive pour le VHC d. Patients hémodialysés e. Sujets découverts séropositifs pour le VIH 2) Sujets ayant un facteur d'exposition avec un risque non quantifié ou faible <ol style="list-style-type: none"> a. Partenaires sexuels de sujets contaminés par le VHC b. Membres de l'entourage familial des patients contaminés c. Sujets incarcérés ou ayant été incarcérés d. Sujets ayant eu un tatouage ou un piercing avec du matériel non à usage unique e. Sujets ayant eu de la mésothérapie ou de l'acupuncture sans matériel à usage unique f. Sujets chez lesquels est trouvé un taux élevé d'ALAT sans cause connue g. Sujets originaires ou ayant reçu des soins dans des pays à forte prévalence de VHC 	Dépistage proposé par les médecins traitants en cas de facteurs de risque, renforcé par une campagne grand public invitant les patients à risque identifié à se faire dépister par leur médecin traitant
Dépistage de l'hémochromatose génétique	Juil. 1999 Avril 2004	Apparentés du premier degré du sujet atteint (parents, frères et sœurs, enfants)	Systématisation du dépistage génétique familial de l'hémochromatose HFE1 au niveau national Mise en œuvre d'un dépistage pilote au niveau régional en population générale
Intérêt de la recherche des HPV dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus	Mai 2004	-	Intérêt potentiel du test HPV associé au frottis cervico-vaginal Pas de justification à l'utilisation du test HPV seul à la place du frottis cervico-vaginal
Dépistage de l'infection à CMV chez la femme enceinte	Sept. 2004	-	Pas de dépistage sérologique systématique de l'infection à CMV pendant la grossesse Pas de dépistage en préconceptionnel ou ciblé sur la population à risque

Dépistage des infections uro-génitales basses à <i>Chlamydia trachomatis</i>	Fév. 2004	Plusieurs scénarii envisageables : - Dépistage préférentiel des femmes âgées de moins de 25 ans (objectif de diminution des taux de complications) - Dépistage simultané des hommes de moins de 30 ans et des femmes de moins de 25 ans (objectif de diminution du portage de <i>C. trachomatis</i>) - Dépistage élargi aux sujets ayant plus d'un partenaire sexuel dans l'année précédant le dépistage quel que soit l'âge	Dépistage systématique opportuniste des infections uro-génitales à <i>C. trachomatis</i> dans les populations à risque identifiées dans les centres de planification et d'éducation familiale, les centres de dépistage anonyme et gratuit, les dispensaires anti-vénériens et les centres d'interruption volontaire de grossesse
Dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale Extension du programme national de dépistage du cancer du sein aux femmes âgées de 40 à 49 ans Place de la mammographie numérique dans le dépistage organisé du cancer du sein	Mars 1999 Mars 2004 En cours	Femmes âgées de 50 à 69 ans	Dépistage systématique du cancer du sein par mammographie tous les deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans Poursuite du dépistage entre 70 et 74 ans pour les femmes précédemment incluses dans le programme de dépistage systématique entre 50 et 69 ans Pas d'extension du dépistage systématique aux femmes de la tranche d'âge 40-49 ans
Dépistage du cancer de la prostate	Janv. 1999	-	Pas de dépistage systématique organisé du cancer de la prostate par dosage du PSA
Dépistage du diabète de type 2	Fév. 2003	Sujets de plus de 45 ans ayant au moins un des marqueurs de risque de diabète suivants : - Origine non caucasienne et/ou migrant - Marqueurs du syndrome métabolique (excès pondéral avec $IMC \geq 28 \text{ kg/m}^2$, HTA, HDL-cholestérol $\leq 0,9 \text{ mmol/l}$ et/ou triglycérides $\geq 2,3 \text{ mmol/l}$ et/ou dyslipidémie traitée) - Antécédents de diabète familial, de diabète gestationnel ou d'enfants de poids de naissance de plus de 4 kg, de diabète temporairement induit Sujets de plus de 45 ans en situation de précarité	Dépistage opportuniste ciblé du diabète de type 2 par un test de glycémie veineuse à jeun chez les sujets de plus de 45 ans ayant au moins un marqueur de risque de diabète, tous les 3 ans (entre 1 et 3 ans chez les sujets ayant plusieurs marqueurs de risque) Dépistage communautaire associé ciblé sur les sujets de plus de 45 ans en situation de précarité, au moyen d'un test de la glycémie veineuse à jeun ou une mesure de la glycémie par prélèvement capillaire, tous les 3 ans (entre 1 et 3 ans chez les sujets ayant plusieurs marqueurs de risque)
Dépistage du diabète gestationnel	Juil. 2005	Femmes enceintes entre la 24 ^e et la 28 ^e semaine d'aménorrhée	Pas de recommandations en l'attente d'études complémentaires
Dépistage de la syphilis	En cours	-	-
Dépistage de la trisomie 21	En cours	-	-
Dépistage néonatal des troubles de l'audition	En cours	-	-
Dépistage du glaucome	En cours	-	-