

Sous la direction de
François Bourdillon

Traité
de prévention

Médecine-Sciences

Flammarion

Traité de prévention

Dans la collection « Traités »

Traité de santé publique, par F. Bourdillon, G. Brücker et D. Tabuteau
Traité de médecine hospitalière, par J.-P. Grünfeld
Traité d'addictologie, par M. Reynaud
Traité des maladies et syndromes systémiques, par L. Guillevin, O. Meyer et J. Sibilia
Médecine cardiovasculaire du sujet âgé, par P. Assayag, J. Belmin, J.-M. Davy, J.-N. Fiessinger, P. Friocourt, G. Jondeau, J. Puel et Ch. Tivalle
Traité de thérapeutique cardiovasculaire, par P. Ambrosi
Traité d'endocrinologie, par Ph. Chanson et J. Young
Traité de diabétologie, par A. Grimaldi
Traité de nutrition clinique de l'adulte, par A. Basdevant, M. Laville et É. Lerebours
Médecine de l'obésité, par A. Basdevant et B. Guy-Grand
Maladies métaboliques osseuses de l'adulte, par M.-C. de Vernejoul et P. Marie
Traité de thérapeutique rhumatologique, par Th. Bardin et Ph. Orcel
Traité de pancréatologie clinique, par Ph. Lévy, Ph. Ruzniewski et A. Sauvanet
Traité de gastro-entérologie, par J.-C. Rambaud
Hépatologie clinique, par J.-P. Benhamou, J. Bircher, N. McIntyre, M. Rizetto et J. Rodes
Traité de psychiatrie, par M. Gelder, R. Mayou et P. Cowen
Traité d'allergologie, par D. Vervloet et A. Magnan
Traité d'immunologie, par J.-F. Bach
Traité de gynécologie, par H. Fernandez, C. Chapron et J.-L. Pouly
Traité d'obstétrique, par D. Cabrol, J.-C. Pons et F. Goffinet
Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique, par S. Mimoun
Médecine de la reproduction : gynécologie endocrinienne, par P. Mauvais-Jarvis, G. Schaison et Ph. Touraine
Médecine de la reproduction masculine, par B. Bouchard, F. Labrie, J. Mahoudeau et G. Schaison
Thérapeutique dermatologique, par L. Dubertret
Pneumologie, par M. Aubier
Chronobiologie médicale, chronothérapeutique, par A.E. Reinberg
Anesthésie-réanimation chirurgicale, par K. Samii
Réanimation médicale, par J.-F. Dhainaut et C. Perret
Traité d'imagerie médicale, par H. Nahum
Médicaments anti-infectieux, par C. Cabron, B. Rénier, A.-G. Saimot, J.-L. Vildé et P. Yeni
L'hématologie de Bernard Dreyfuss, par J. Breton-Gorius, F. Reyes, H. Rochant et J.-P. Vernant
Traité de médecine physique et de réadaptation, par J.-P. Held et O. Dizien
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, par P. Banzet et J.-M. Servant
Traité de médecine, par P. Godeau, S. Herson et J.-Ch. Piette
Principes de médecine interne Harrison, par E. Braunwald, A.S. Fauci, D.L. Kasper, S.L. Hauser, D.L. Longo et J.L. Jameson

Chez le même éditeur

L'évaluation médicale : du concept à la pratique, par Y. Matillon et P. Durieux
Évaluation, qualité, sécurité dans le domaine de la santé, par P. Durieux
La formation médicale continue : principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation, par P. Gallois
Infections nosocomiales et environnement hospitalier, par G. Brücker
Précarité et santé, par J. Lebas et P. Chauvin
Médecine humanitaire, par J. Lebas et G. Brücker
Les mégapoles face au défi des nouvelles inégalités, par I. Parizot, P. Chauvin, J.-M. Firdion et S. Paugam
Collection « Journées d'éthique Maurice Rapin »
Collection « Les dossiers de l'Institut d'étude des politiques de santé »

La petite encyclopédie médicale Hamburger, par M. Leporrier
Guide du bon usage du médicament, par G. Bouvenot et C. Caulin
Le Flammarion médical, par M. Leporrier
Dictionnaire français-anglais/anglais-français des termes médicaux et biologiques et des médicaments, par G.S. Hill
L'anglais médical : *spoken and written medical english*, par C. Coudé et X.-F. Coudé

Sous la direction de

François Bourdillon

Traité
de prévention

préface de Maurice Tubiana

Médecine - Sciences

Flammarion

87, quai Panhard et Levassor, 75013 Paris

<http://www.medecine.flammarion.com>

Direction éditoriale : Andrée Piekarski
Secrétariat d'édition : Béatrice Brottier
Fabrication : Carine Weber
Couverture : Studio Flammarion

Pour recevoir le catalogue Flammarion Médecine-Sciences,
il suffit d'envoyer vos nom et adresse à :
Flammarion Médecine-Sciences
87, quai Panhard-et-Levassor
75013 Paris

Pour être informé(s) de **nos nouvelles parutions** et des événements
auxquels nous participons, abonnez-vous gratuitement
à notre **Newsletter mensuelle** sur le site :
www.medecine.flammarion.com

ISBN : 978-2-2570-0041-5

© 2009, Flammarion SA.

À Évelyne, Nicolas et Pierre

Liste des collaborateurs

- AÏNA Élodie, Coordinatrice du programme national de prévention du VIH-SIDA, chargée de mission en direction des migrants et des DOM, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Saint-Denis.
- ALLA François, Médecin, spécialiste en Santé publique, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, faculté de Médecine, Nancy-Université.
- ANCELLE-PARK Rosemary, Médecin, spécialiste en Santé publique, chargée de mission sur le dépistage des cancers à la Direction générale de la santé, ministère de la Santé et des Sports, Paris.
- ANTOUN Fadi, Pneumologue, cellule « tuberculose », centre de lutte antituberculeuse de Paris.
- AQUINO Jean-Pierre, Gériatre, médecin de Santé publique, clinique médicale de la Porte verte, Versailles ; président du plan national « bien vieillir ».
- ARWIDSON Pierre, Directeur des Affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Saint-Denis.
- BASSET Bernard, Médecin, spécialiste en Santé publique.
- BANTUELLE Martine, Directrice de l'association « Santé, Communauté, Participation », présidente du Conseil supérieur de promotion de la santé de la communauté française de Belgique, administratrice de l'institut Renaudot, Présidente du Réseau francophone international pour la promotion de la santé.
- BAUDIER François, Médecin, spécialiste en Santé publique, Directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté.
- BELLAS-CABANE Christine, Pédiatre et Anthropologue, exerçant dans le cadre de la protection maternelle et infantile.
- BERNARD Catherine, Médecin inspecteur de Santé publique, adjointe au directeur et responsable du pôle santé publique, DASS de Paris.
- BOUMENDIL Ariane, Épidémiologiste, Inserm, unité de recherche en Épidémiologie-Systèmes d'information et Modélisation (U707), université Pierre et Marie-Curie, Paris.
- BOURDELAIS Patrice, Directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales, Paris.
- BOURDILLON François, Médecin, spécialiste en Santé publique, Praticien hospitalier, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris ; Président de la Société française de santé publique.
- BOVET Martine, Diffusion des données sur les causes médicales de décès, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc, Inserm), Le Vésinet.
- BRIANÇON Serge, Médecin, spécialiste en Santé publique, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, École de santé publique, faculté de Médecine, Nancy-Université.
- BRIXI Omar, Médecin épidémiologiste, enseignant de Santé publique, responsable du département Prévention à l'INCa (Institut national du cancer), Boulogne-Billancourt.
- BRODIN Marc, Médecin, spécialiste en Santé publique, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, hospitalisation à domicile de l'AP-HP, Paris.
- BURY Jacques, Directeur de l'Agence pour l'évaluation des politiques de santé (ADSAN), Genève ; ancien Professeur de Santé publique (Éducation pour la santé), université catholique de Louvain.
- CAAMAÑO Delphine, Ingénieur du génie sanitaire, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France ; ancienne responsable de l'unité d'Évaluation des risques liés à l'eau de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, Maisons-Alfort.
- CAILLARD Jean-François, spécialiste en Médecine du travail, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, CHU, Rouen.
- CARLET Jean, Chef de service de la mission Prospective et Recherche, chargé de mission sur la sécurité des soins, Haute Autorité de santé (HAS), Saint-Denis.
- CARMÈS Joëlle, Adjointe au chef du département des Urgences sanitaires (DUS), Direction générale de la santé, ministère de la Santé et des Sports, Paris.
- CHARPAK Yves, Directeur des Affaires internationales, institut Pasteur, Paris.
- CHAULIAC Michel, spécialiste en Santé publique, Médecin inspecteur de Santé publique, Direction générale de la santé, ministère de la Santé et des Sports, Paris.
- CICOLELLA André, Conseiller scientifique, Direction scientifique, Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS), Verneuil-en-Halatte.

- COINÇON Yvonne, Pédiopsychiatre. Praticien hospitalier, centre hospitalier de Saint-Égrève ; Présidente de l'Association des psychiatres de secteur infantojuvénile (API).
- COLLIN Jean-François, Pharmacien, Maître de conférences des Universités, École de santé publique, faculté de Médecine, Nancy-Université.
- CRAPLET Michel, Psychiatre, médecin délégué de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), Praticien hospitalier, hôpital de Saint-Cloud.
- DECCACHE Alain, Professeur de Santé publique et d'Éducation pour la santé, faculté de Médecine, université catholique de Louvain.
- DÉCAILLET François, Représentant du Bureau régional pour l'Europe de l'OMS auprès des institutions européennes, Bruxelles, Belgique.
- DESCHAMPS Jean-Pierre, Professeur honoraire des Universités, ancien Directeur de l'École de santé publique, faculté de Médecine, Nancy-Université.
- DUGNAT Michel, Pédiopsychiatre, Praticien hospitalier, responsable de l'unité d'Hospitalisation conjointe parents-enfant du service de Pédiopsychiatrie, consultant à l'unité d'Hospitalisation conjointe parents-bébé du pôle Nord-Vaucluse de psychiatrie infanto-juvénile, centre hospitalier, Montfavet ; président de la commission régionale de la naissance, PACA.
- DUMAY Marie-Françoise, Présidente de la SoFGRES, gestionnaire de risques, hôpital Saint-Joseph, Paris.
- ELIASZEWICZ Muriel, Médecin interniste, Praticien hospitalier, Directrice médicale, institut Pasteur, Paris ; ancienne Directrice de l'évaluation des risques nutritionnels et sanitaires, Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), Maisons-Alfort.
- FERRON Christine, Psychologue, Directrice du Collège régional d'éducation pour la santé de Bretagne, Rennes.
- FOUCAUD Jérôme, Docteur en Sciences de l'éducation, chercheur associé au laboratoire de Psychologie « santé et qualité de vie », Bordeaux 2 ; chargé d'expertise scientifique en promotion de la santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Saint-Denis.
- GARROS Bertrand, Président de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), conseiller santé-protection sociale du Directeur général de la mutuelle Préviadiès.
- GODARD Jean, Médecin spécialiste en Médecine générale, chargé de mission « santé publique », MG France.
- GOT Claude, Anatomopathologiste, Professeur honoraire des Universités.
- HAGUENOER Jean-Marie, Professeur émérite de l'université Lille 2 ; président de l'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique, Le Kremlin-Bicêtre.
- JOBIN Lyne, Chef du service des Orientations en santé publique, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- JOUBERT Pierre, Directeur, Direction recherche, formation et développement, Institut national de santé publique du Québec.
- JOUGLA Éric, Directeur du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc, Inserm), Le Vésinet.
- JOURDAN Didier, Professeur, laboratoire PAEDI EA4281, IUFM d'Auvergne, université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand.
- LA VIEILLE Sébastien, Médecin, spécialiste en Santé publique, adjoint à la Direction de l'évaluation des risques nutritionnels et sanitaires, Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), Maisons-Alfort.
- LAMOUR Patrick, Médecin, spécialiste en Santé publique, Directeur du comité régional et départemental d'éducation et de promotion de la santé (CREDEPS), Nantes.
- LAMOUREUX Philippe, Inspecteur général des affaires sociales (IGAS), ancien Directeur général de l'Institut national de promotion et d'éducation pour la santé (INPES), Saint-Denis.
- LANGLOIS Gaëlle, Psychosociologue, coordinatrice méthodologique à l'institut Renaudot, Paris.
- LEVY-JURIN Valérie, Présidente du Réseau français des villes-santé de l'OMS, adjointe au maire de Nancy.
- LOMBRAIL Pierre, spécialiste en Santé publique et Médecine sociale, Professeur des Universités, faculté de Médecine, université de Nantes ; Praticien hospitalier, Directeur du pôle d'information, d'évaluation et de santé publique, CHU, Nantes.
- LOUBIÈRE Sandrine Docteur en Économie, post-doctorat, Inserm U912 (SE4S) ; université Aix-Marseille, IRD, UMR-S912, Marseille ; Observatoire régional de la santé PACA (ORS PACA), Marseille.
- MALLET Henri-Pierre, Médecin, spécialiste en Santé publique, cellule « tuberculose », centre de lutte antituberculeuse de Paris.
- MÉLIHAN-CHEININ Pascal, Direction générale de la santé, Chef du bureau des Pratiques addictives, ministère de la Santé et des Sports, Paris.
- MÉNARD Joël, Cardiologue, spécialiste en Santé publique, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris ; ancien Directeur général de la santé, ministère de la Santé et des Sports, Paris.
- MAITROT Claire, Médecin, conseiller du recteur de l'académie de Rennes.
- MOATTI Jean-Paul, Professeur d'Économie, Inserm U912 (SE4S) ; université Aix-Marseille, IRD, UMR-S912, Marseille ; Observatoire régional de la santé PACA (ORS PACA), Marseille.
- MOREL Alain, Psychiatre, spécialiste des Addictions, Directeur médical du centre spécialisé en addictologie Le Trait d'Union, Boulogne-Billancourt ; Directeur général de l'association Oppelia.
- MORISSET Josée, coordonnatrice à la planification et à l'évaluation, Direction recherche, formation et développement, Institut national de santé publique du Québec.
- PASCAL Jean, spécialiste en Santé publique et Médecine sociale, Praticien hospitalier, Attaché universitaire, pôle d'information, d'évaluation et de santé publique, service d'Information médicale, CHU, Nantes.
- PAPIERNIK-BERKHAUER Émile, Gynécologue-Obstétricien, Professeur émérite à l'université Paris V-Descartes.
- PAVILLON Gérard, Directeur du centre OMS pour la famille des Classifications internationales en langue française, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc, Inserm), Le Vésinet.

- PIETTE François, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Chef du service de Médecine interne et Gériatrie, Responsable médical de pôle, hôpital Charles-Foix, Ivry-sur-Seine.
- POMMIER Jeanine, MD, PhD, Enseignant-Chercheur, École des hautes études en santé publique ; chercheur associé au laboratoire PAEDI EA4281, IUFM d'Auvergne, université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand.
- POTELON Jean-Luc, Enseignant-Chercheur, École des hautes études en santé publique, Rennes.
- REBOULOT Brigitte, Médecin, Directeur du centre régional d'information et de prévention du SIDA (CRIPS) Provence-Alpes-Côte-d'Azur.
- REY Grégoire, Biostatisticien, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc, Inserm), Le Vésinet.
- RIGAUD Alain, Psychiatre des hôpitaux, Chef de service, intersecteur d'Alcoologie Reims 51 A01 (EPSD Marne), président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA).
- ROBIN Alban, Ingénieur du génie sanitaire, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Val-d'Oise ; précédemment au bureau de la qualité des eaux de la Direction générale de la santé, ministère de la Santé et des Sports, Paris.
- ROMATET Jean-Jacques, Directeur général du CHU de Toulouse.
- SAN MARCO Jean-Louis, Professeur de Santé publique, Président de la Fédération nationale de l'éducation pour la santé, Président du CODES 13, Marseille.
- SAOUT Charles, adjoint au sous-directeur de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation ; précédemment responsable du bureau de la qualité des eaux de la Direction générale de la santé, ministère de la Santé et des Sports, Paris.
- SAOUT Christian, Président du Collectif interassociatif sur la santé, Président d'honneur d'AIDES, Président de la Conférence nationale de santé, Paris.
- SCHOENE Marc, Médecin généraliste, Directeur de la santé à la ville de Saint-Denis ; Président de l'institut Renaudot, Paris.
- SICARD Didier, Professeur émérite de Médecine interne, ancien Président du Comité consultatif national d'éthique (CCNE).
- SUESSER Pierre, Pédiatre en protection maternelle et infantile (PMI) et spécialiste en Santé publique.
- TABUTEAU Didier, Conseiller d'État, responsable de la chaire « santé » de Sciences Po et du Centre d'analyse des politiques publiques de santé (CAPPs) de l'École des hautes études en santé publique, Professeur associé et co-directeur de l'Institut droit et santé à l'université Paris V-Descartes, vice-président de la Société française de santé publique.
- TORNY Didier, Sociologue, chargé de recherche à l'Institut national de la recherche agronomique (INRA), Ivry-sur-Seine.
- TUBIANA Maurice, Directeur honoraire de l'institut Gustave-Roussy, Villejuif ; Professeur émérite à la faculté de Médecine Paris-Sud ; membre de l'Académie des sciences et de l'Académie nationale de médecine.
- URBAN Soizic, Ingénieur sanitaire chargé de la prévention des accidents de la vie courante et des intoxications oxycarbonées, Direction générale de la santé, ministère de la Santé et des Sports, Paris.
- VALENTINI Hélène, coordonnatrice à la collaboration internationale, Institut national de santé publique du Québec ; Présidente du Réseau francophone international pour la promotion de la santé, section des Amériques.
- VEÏSSE Arnaud, Médecin, Directeur du Comede (Comité médical pour les exilés), Le Kremlin-Bicêtre.
- VIGUIER Jérôme, Responsable du département Dépistage, adjoint du Directeur de la santé publique, Institut national du cancer (INCa), Paris.

Sommaire

Préface, par M. TUBIANA.....	XXI
Avant-propos, par F. BOURDILLON.....	XXVII

LA PRÉVENTION : FONDEMENTS ET MÉTHODES

Chapitre 1	Définitions , par J.-L. SAN MARCO	3
	La prévention correspond à des notions diverses et de nature différente.....	3
	Principales classifications.....	4
	Conclusion	7
Chapitre 2	L'histoire de la prévention : hygiénisme et promotion de la santé , par P. BOURDELAIS.....	9
	Le virage de l'hygiénisme	9
	Médecins, santé publique et pouvoir politique	10
	L'hygiénisme libéral	10
	Vers la promotion de la santé.....	11
	Le grand combat contre la tuberculose : prévention, dépistage, promotion de la santé.....	11
	La santé envahit le corps social	12
	Conclusion	12
Chapitre 3	Les inégalités sociales de santé , par P. LOMBRIL et J. PASCAL	14
	Une répartition des problèmes de santé suivant un gradient social.....	14
	Des inégalités sociales par sous-groupes spécifiques de populations	15
	Les déterminants des inégalités sociales de santé.....	17
	Conclusion	18
Chapitre 4	La mortalité prématurée , par É. JOUGLA, G. REY, M. BOVET et G. PAVILLON	20
	Sources de données, indicateurs de mortalité et méthodes d'analyse	20
	Résultats	21
	Conclusion	24
Chapitre 5	La qualité de vie , par S. BRIANÇON	27
	Concept de qualité de vie.....	27
	Mesure de la qualité de vie.....	28
	Recherche en prévention et qualité de vie.....	29
	Conclusion	33
	Annexe : questionnaire MOS-SF-36.....	33
Chapitre 6	Les déterminants de santé , par F. ALLA.....	36
	Définition	36
	Modèles conceptuels.....	36

	Classifications des déterminants de la santé	38
	Conclusion	39
Chapitre 7	La notion de risque , par C. GOR.....	40
	L'importance des mots et des concepts	40
	Les formes du risque	40
	La connaissance du risque	42
	La conscience du risque.....	43
	Le principe de précaution.....	44
	Conclusion	45
Chapitre 8	L'évaluation des risques environnementaux , par A. CICOLELLA	46
	L'approche classique de la prévention et ses limites	46
	Évaluer les risques liés à l'environnement.....	47
	Développement du biomonitoring.....	48
	Penser la prévention à l'âge de la précaution.....	48
	Conclusion	49
Chapitre 9	La prévention et la rationalité économique , par S. LOUBIÈRE et J.-P. MOATTI.....	51
	Rationalité économique dans la gestion des risques sanitaires	51
	De la rationalité individuelle à la rationalité collective	52
	Coût de la prévention.....	53
	Conclusion	54
Chapitre 10	La sécurité sanitaire : principes et organisation , par D. TABUTEAU.....	56
	Méthodologie de la décision sanitaire.....	56
	Un dispositif institutionnel original.....	58
	Un corpus législatif et réglementaire dense	61
	Un enjeu économique et politique majeur.....	63
	Conclusion	65
Chapitre 11	La communication en santé publique , par Ph. LAMOUREUX.....	66
	La communication en santé : de nombreux émetteurs.....	66
	La communication en santé : de nouveaux thèmes	67
	La communication en santé : de nouveaux supports.....	68
	L'analyse des enjeux.....	69
	Éviter la facilité de la création publicitaire.....	70
	Dépasser le rapport à la norme	70
	Mieux prendre en compte les objectifs de réduction des inégalités de santé	71
	Tenir compte de l'efficacité de la communication par rapport au but recherché.....	71
	Conclusion	72
Chapitre 12	La place de l'éducation pour la santé en prévention , par P. LAMOUR et O. BRIXI.....	73
	Faut-il éduquer pour la santé, pour prévenir l'apparition de maladies ?.....	73
	Dans quel cadre éduquer pour la santé et comment « éduquer » ?.....	74
	L'éducation pour la santé est-elle faite par tous et pour tous ?.....	78
	Pour conclure	79
Chapitre 13	L'éducation thérapeutique , par J.A. BURY et J. FOUCAUD.....	81
	Lien entre les dimensions clinique et politique.....	81
	Relation soignant-soigné et stratégies institutionnelles.....	83
	Différents modèles théoriques.....	83
	Conclusion	86
Chapitre 14	La promotion de la santé , par J.-P. DESCHAMPS.....	88
	La charte d'Ottawa : un plus grand contrôle sur la santé.....	88
	Le refus de la promotion de la santé en France.....	91

Chapitre 15	La démarche communautaire en santé , par M. BANTUELLE, G. LANGLOIS et M. SCHOENE	94
	Qu'est-ce qu'une démarche communautaire en santé ?	94
	Qu'est-ce qui caractérise une démarche communautaire en santé ?	94
	Quels acteurs dans les démarches communautaires en santé ?	95
	Quels territoires pour les démarches communautaires en santé ?	96
	Participation, réseau, partenariat et santé communautaire ?	97
Chapitre 16	Le dépistage , par F. BOURDILLON	100
	Définition	100
	Les diverses formes de dépistage	100
	Les prérequis pour mettre en place une stratégie de dépistage	101
	Conclusion	103
Chapitre 17	Éthique et prévention : la médecine prédictive , par D. SICARD	104
	Quand la prédiction est synonyme de prévention	104
	Quand la prédiction s'invite au meilleur choix thérapeutique	105
	Quand la prédiction n'ouvre que sur une information	106
	Prédiction et assurances	107
	Médecine prédictive et travail	107
	La prédiction et la dimension familiale	107
	Médecine prédictive et stockage des données	107
	Conclusion	107
Chapitre 18	La prévention et les lobbies , par B. BASSET	109
	Le lobbying économique et commercial	109
	Le lobbying de la prévention en santé	112
	Conclusion	113
Chapitre 19	L'évaluation en prévention. Exemples dans le domaine du tabac, de l'alcool et de la nutrition , par P. ARWIDSON et P. MÉLIHAN-CHEININ	115
	Contexte	115
	Évaluation des campagnes de prévention : l'exemple du tabac	115
	Évaluation réalisée dans des conditions expérimentales	117
	Évaluation des politiques publiques	119
	Problème du transfert de la recherche vers la pratique	120
	Évaluation en pratique	121
	Conclusion	121

LA PRÉVENTION : MISE EN ŒUVRE

Chapitre 20	La prévention dans les politiques de santé , par F. BAUDIER	125
	Quelques éléments politiques à prendre en compte	125
	Évolution des approches au fil du temps	127
	Organisation actuelle	128
	Perspectives	131

PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT

Chapitre 21	Prévention de la qualité de l'eau , par A. ROBIN, D. CAAMAÑO, J.-L. POTELON et Ch. SAOUT	132
	Évolution historique des principaux concepts sanitaires en matière d'eau et d'alimentation	132
	Risques sanitaires liés à l'eau d'alimentation	133
	Concepts sanitaires de prévention de la qualité de l'eau distribuée	135
	Conclusion	136
	Annexe 1 : agents microbiologiques d'intérêt pour l'eau d'alimentation	138
	Annexe 2 : épidémies d'origine hydrique survenues en France depuis 2000 et investiguées par l'InVS	139

	Annexe 3 : fixation des limites de qualité pour les paramètres physicochimiques dans l'eau d'alimentation	139
	Annexe 4 : illustration d'une mesure de prévention des risques dans le domaine des eaux d'alimentation : les périmètres de protection des captages d'eau	140
Chapitre 22	Qualité de l'air , par J.-M. HAGUENOER.....	142
	Atmosphère	142
	Air	142
	Sources de pollution atmosphérique	142
	Principaux polluants.....	143
	Dispersion des polluants dans l'atmosphère	146
	Qualité de l'air intérieur	147
	Différentes échelles de pollution	148
	Effets sur la santé	148
	Effets à court terme	148
	Impacts sur les écosystèmes	149
	Impacts sur les bâtis.....	149
	Lutte contre la pollution atmosphérique	149
	Dispositifs réglementaires.....	150
	Mesure et surveillance de la qualité de l'air	151
	Actions de prévention	151
	Conclusion	153
	Annexe : valeurs limites, valeurs cibles, objectifs de qualité, seuils de recommandation et d'information, seuils d'alerte	153
Chapitre 23	Prévention des risques liés à l'alimentation et à l'environnement. Qualité des aliments , par S. LA VIEILLE et M. ELIASZEWICZ ..	155
	Outils de mesure et de contrôle des denrées alimentaires	155
	Surveillance des pathologies humaines d'origine alimentaire.....	157
	Sécurité nutritionnelle.....	158
	Conclusion	159
Chapitre 24	Nutrition : le programme national nutrition-santé , par M. CHAULIAC.....	160
	Contexte de la décision en 2000.....	160
	PNNS : orientations fondamentales.....	161
	Éléments de la mise en œuvre.....	162
	Surveillance	164
	En guise de conclusion.....	165
	Annexe : repères nutritionnels correspondant aux objectifs du PNNS	165
Chapitre 25	Prévention cardiovasculaire , par J. MÉNARD	168
	Bases épidémiologiques des politiques de prévention cardiovasculaires.....	168
	Politiques de prévention cardiovasculaires.....	169
	Mise en œuvre des politiques de prévention cardiovasculaires	171
	Résultats des politiques de prévention cardiovasculaires.....	172
	Conclusion	173
Chapitre 26	Prévention des cancers en France (Non pas une, mais plusieurs approches) , par O. BRIXI.....	175
	Prévention des cancers : une réalité	175
	Prévention des cancers : un objet de débats	180
	La prévention des cancers en France à l'épreuve	183
	En conclusion	184
Chapitre 27	Politiques de prévention des addictions (Tabagisme, alcoolisme, toxicomanie) , par A. MOREL, A. RIGAUD, M. CRAPLET et F. BOURDILLON	187
	Conception générale de la prévention des addictions et de son organisation	187
	Politique publique de prévention : réglementations et stratégies	188
	Éducation pour la santé et prévention de proximité.....	191
	Accroître les capacités de changements d'attitude et de comportements et diminuer les conséquences nocives des consommations	191
	Soins et prévention.....	193
	Pour une prévention globale, humaine et raisonnée	194

Chapitre 28	Prévention des accidents de la vie courante , par S. URBAN et J. CARMÈS	197
	Accidents de la vie courante.....	197
	Politique de prévention des accidents de la vie courante.....	197
Chapitre 29	Prévention en milieu de travail , par J.-F. CAILLARD	200
	Champ d'application de la prévention en milieu de travail.....	200
	Risques professionnels et évolution du travail.....	200
	Atteintes à la santé en lien avec le travail.....	201
	La stratégie de prévention des risques professionnels et de promotion de la santé au travail et sa traduction dans la réglementation	202
	Organisation et acteurs	203
	Intégration de la santé au travail dans la politique de santé publique et de sécurité sanitaire du pays.....	204

PRÉVENTION DES RISQUES INFECTIEUX

Chapitre 30	Politiques vaccinales , par D. TORNY	206
	Histoire et évolution des vaccins	206
	Importance des mouvements et arguments antivaccinaux.....	207
	Politiques vaccinales contemporaines : l'exemple français	207
	Deux cas exemplaires : le BCG et le vaccin anti-HPV	208
	Conclusion : un geste simple, un outil complexe.....	211
Chapitre 31	Prévention du VIH/SIDA , par B. REBOULOT et F. BOURDILLON	212
	Histoire de la prévention du SIDA.....	212
	Dépistage.....	213
	Réduire les complications chez les personnes séropositives pour le VIH.....	214
	Prévention du SIDA aujourd'hui.....	214
	Limites et nouvelles problématiques de la prévention.....	217
	Conclusion	218
Chapitre 32	Prévention et dépistage de la tuberculose en France , par F. ANTOUN et H.-P. MALLET.....	220
	Épidémiologie de la tuberculose en France	220
	Dispositif de prévention et réglementation	221
	Stratégies de lutte antituberculeuse	221
	Sensibilisation et information.....	223
	Prévention de la transmission	224
	Dépistage.....	224
	Perspectives et conclusion.....	226
Chapitre 33	Prévention du risque d'infections liées aux soins , par M.-F. DUMAY et J. CARLET.....	228
	Nouvelle gestion des risques	228
	Événements graves liés aux soins.....	229
	Spécificité des risques	229
	Hygiène et gestion des risques.....	229
	Conclusion	230

DÉPISTAGE

Chapitre 34	Les grandes stratégies de dépistage en France , par F. BOURDILLON et M. BRODIN	232
	Dépistages en prénatal et à la naissance	232
	Dépistages aux différents moments de la vie	236
	Dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires.....	239
	Dépistage des cancers.....	240
	Dépistage des maladies transmissibles	242
	Dépistages effectués sur les dons du sang	245
	Conclusion	247

Chapitre 35	Prévention et dépistage du cancer du sein , par R. ANCELLE-PARK	251
	Incidence et mortalité du cancer du sein	251
	Facteurs de risque du cancer du sein	252
	Programme de dépistage organisé du cancer du sein	252
	Conclusion	255
Chapitre 36	Prévention et dépistage du cancer colorectal , par J. VIGUIER	257
	Rappel épidémiologique	257
	Prévention et chimioprévention	258
	Justification du dépistage	258
	Études prospectives	259
	Programmes pilotes et généralisation	259
	Stratégie	259
	Encadrement et pilotage du programme	261
	Financement	261
	Évaluation	261
	Qualité	262
	Évolution du dépistage du cancer colorectal	262
PRÉVENTION ET POPULATIONS		
Chapitre 37	Prévention en périnatalogie , par É. PAPIERNIK	265
	Histoire de la prévention de la prématurité	265
	Développement de la réanimation néonatale	266
	Premier plan de périnatalité (1971-1976)	266
	La prématurité est partiellement prévisible et partiellement évitable	267
	Enquêtes nationales représentatives de l'Inserm et dernier plan de périnatalité (2005-2007)	267
	Enquête EPIPAGE	268
	Autres travaux associant périnatalogie et santé publique	268
	Action en périnatalité en Seine-Saint-Denis : savoir et agir	269
	Conclusion	269
Chapitre 38	Prévention et petite enfance , par C. BELLAS-CABANE et P. SUESSER	271
	Prévention et enfance, une préoccupation qui vient de loin	271
	Prévention en périnatalité et petite enfance : un décor multimodèle	271
	Prévention en périnatalité et petite enfance : les détours nécessaires	271
	Prévention et petite enfance : le dispositif de la protection maternelle et infantile (PMI)	273
	Pratiques et modalités d'intervention de la PMI	275
	Prévention et petite enfance, un champ d'actions en questions	276
	Conclusion	279
Chapitre 39	Entretien prénatal précoce. Une contribution à la prévention prévenante en période périnatale , par M. DUGNAT	280
	L'émergence du terme « parentalité »	280
	La famille entre privé et public, entre individuel et collectif	280
	Une prévention prédictive	281
	Une prévention prévenante	281
	Une profonde évolution de la grossesse et la naissance en France	281
	L'entretien prénatal précoce	281
	Conclusion	283
Chapitre 40	Prévention et éducation à la santé en milieu scolaire , par D. JOURDAN	285
	École et santé publique	285
	Prévention, éducation à la santé et mission de l'école	286
	L'éducation à la santé dans les activités pédagogiques	287
	L'éducation à la santé à l'école : une dynamique collective	288
	Une réalité contrastée	288
	Une contribution spécifique de l'école	289

Chapitre 41	Prévention en santé mentale chez les enfants , par Y. COINÇON.....	291
	Détour par des définitions.....	291
	Politiques sanitaires.....	293
	Soins, prévention, promotion de la santé.....	294
	Conclusion.....	296
Chapitre 42	Prévention en gérontologie et plan national « bien vieillir » , par J.-P. AQUINO.....	298
	Ne vieillissons-nous pas de mieux en mieux ?.....	298
	Plans de santé publique.....	299
	Le vieillissement et le « bien vieillir ».....	300
	Comportement et prévention.....	301
	Le « trépied préventif ».....	302
	Plan national « bien vieillir ».....	302
	Les attentes.....	304
	Conclusion.....	305
Chapitre 43	Prévention de la dépendance , par F. PIETTE et A. BOUMENDIL.....	307
	Qu'est-ce que la dépendance ?.....	307
	Lien entre maladie et dépendance.....	308
	Facteurs de risque de dépendance.....	309
	Conséquences de la dépendance.....	310
	Prévention de la dépendance : généralités.....	310
Chapitre 44	Prévention pour les populations migrantes , par A. Veïsse et É. AÏNA.....	314
	Évolution de l'immigration en France.....	314
	Caractéristiques démographiques.....	315
	Vulnérabilité et épidémiologie.....	315
	Prévention individuelle et éducation pour la santé.....	316
	Dépistage et bilan de santé.....	317
	Accès aux soins et accès aux droits.....	317
	Enjeux de la communication santé pour les migrants.....	318
	Conclusion.....	318
LA PRÉVENTION : ACTEURS ET INSTITUTIONS EN FRANCE		
Chapitre 45	Prévention et assurance maladie , par F. BAUDIER.....	323
	Des lois fondatrices aux orientations déjà marquées.....	323
	Des évolutions qui se concrétisent à la fin du xx ^e siècle.....	323
	Santé, maladie et gestion du risque : place de la promotion de la santé et de la prévention.....	325
	Prévention et assurance maladie.....	326
	Des perspectives nouvelles autour de la loi de 2004 relative à l'assurance maladie.....	327
	Complémentarité et cohérence des approches.....	329
Chapitre 46	Prévention et complémentaires santé : de la prévoyance à la prévention , par B. GARROS.....	331
	Le marché de la complémentaire santé.....	331
	Des raisons différentes d'agir en prévention.....	333
	Un développement inégal des actions de prévention portées par les structures fédératives des complémentaires santé.....	335
	L'intégration grandissante de la prévention dans l'activité de chaque organisme complémentaire santé.....	337
	Conclusion.....	340
Chapitre 47	Le réseau des comités d'éducation pour la santé , par C. FERRON.....	342
	Une conception de l'éducation pour la santé inscrite dans une démarche éthique.....	342
	Une organisation en réseau ouverte au partenariat.....	343
	Une implication du niveau local au niveau national : les missions des comités d'éducation pour la santé.....	343
	Des facteurs de vulnérabilité, mais aussi des atouts et des ressources.....	344
	Des pistes de développement.....	345
	Conclusion.....	345

Chapitre 48	Santé scolaire , par J. POMMIER, C. MAITROT et D. JOURDAN	347
	Santé et éducation : des liens forts	347
	La santé scolaire dans l'histoire.....	347
	L'action de la santé scolaire contribue à la mission de l'école en matière de santé.....	348
	Cadre général de l'action de la santé scolaire	349
	Les missions de la santé scolaire	351
	Une contribution spécifique des personnels de santé et sociaux... ..	351
	Organisation de la santé scolaire	352
	Des partenariats formalisés	353
	L'avenir de la santé scolaire.....	353
Chapitre 49	Médecine générale et prévention , par J. GODARD	356
	Principaux déterminants de l'évolution du système de santé.....	356
	Place de la médecine générale dans le système de santé	358
	Médecine générale et prévention	359
	Conclusion	363
Chapitre 50	Hôpital et prévention , par J.-J. ROMATET	364
	Soins et prévention, une interpénétration qui progresse.....	364
	Plans et programmes nationaux sur le terrain hospitalier.....	365
	Hôpital et démarche régionale de santé publique	365
	Prévention en milieu hospitalier, des dépenses difficiles à estimer.....	365
	Rééquilibrage au profit des pratiques cliniques préventives dans un continuum de prise en charge	366
	Facilitation de l'implication des usagers	366
	Des plateformes de santé publique favorisant la coopération des acteurs locaux et une approche territoriale.....	366
	Formations en prise avec les besoins de prévention et les problèmes démographiques.....	367
	Des systèmes d'information adaptés	367
	Conclusion	367
Chapitre 51	Villes-santé et prévention , par V. LEVY-JURIN	369
	Le projet ville-santé	369
	L'action des villes-santé.....	369
	Conclusion	370
Chapitre 52	Prévention et associations de malades , par Ch. SAOUT.....	371
	Déploiement des actions associatives sur toute la « chaîne » de prévention	371
	Formation des acteurs et généralisations des actions.....	372
	Articulation des acteurs associatifs avec les autres intervenants dans le champ de la prévention	372

REGARDS INTERNATIONAUX ET ENJEUX

Chapitre 53	Prévention et politiques européennes , par Y. CHARPAK et F. DÉCAILLET	377
	Prévention et grands « challenges »	377
	Politiques européennes	378
	Exemples du poids de l'Union européenne dans des politiques de prévention impliquant d'autres acteurs.....	379
	Conclusion	381
Chapitre 54	Élargir les paradigmes : l'organisation du système belge francophone (Ne dites pas prévention, mais promotion de la santé) , par A. DECCACHE	382
	La prévention et la promotion de la santé sont devenues communautaires ou régionales.....	382
	La médecine scolaire est, avec la protection maternelle et infantile, le pilier du système préventif.....	382
	Deux particularités.....	383
	« Promotion de la santé, y compris la prévention... » : une rupture novatrice de paradigme	384
	Des découpages malheureux de compétences et de responsabilités dans le système de santé.....	384
	Éducation thérapeutique du patient : initiatives précoces et approches multidisciplinaire.....	384

Chapitre 55	La prévention dans le système québécois , par J. MORISSET, L. JOBIN, H. VALENTINI et P. JOUBERT	386
	Évolution de la prévention et de la santé publique	386
	Introduction de la santé communautaire dans le système de santé.....	387
	La prévention dans la gestion même du système.....	389
	Des enjeux reliés à la prévention.....	390
	Conclusion	392
Chapitre 56	Quelle politique de prévention pour demain ? , par J.-F. COLLIN, C. BERNARD et F. BOURDILLON.....	394
	La loi comme levier.....	394
	Trois niveaux d'intervention.....	395
	Une gouvernance à imaginer.....	396
	Conclusion	400

ANNEXES

Annexe 1	Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé	403
Annexe 2	Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation	406
	Liste des abréviations	409
	Index	413

Préface

Enfin, est-on tenté de dire, enfin un livre global, embrassant tous les aspects de la prévention. Certes, de nombreux ouvrages sur la santé publique et l'histoire de la médecine en ont déjà beaucoup parlé, mais nous n'avions pas de traité présentant ses avantages, ses insuffisances, ses inconvénients. Il faut donc saluer cet effort et féliciter grandement son coordinateur et les nombreux auteurs qui y ont contribué.

Je suis de ceux qui pensent qu'on comprend mieux le présent, si l'on connaît le passé. Depuis le XVIII^e siècle, la prévention a eu une place majeure dans les progrès de la santé que l'on peut mesurer grâce à la croissance de l'espérance de vie (Figure 1). Au début du XVIII^e, celle-ci était de 25 ans, proche de celle estimée depuis la préhistoire et l'Empire romain grâce à l'étude des ossements dans les sépultures. Dans la seconde moitié du XVIII^e, une tendance à la hausse s'observe dans les régions les plus avancées d'Europe grâce à un effort pour rendre plus saines les conditions de vie : l'hygiénisme. Celui-ci marque une prise de conscience ; on a compris que le dynamisme d'une société, la capacité de travail de ses membres dépendent de leur santé et que celle-ci peut être améliorée. Elle n'est ni un don de Dieu, ni inscrite dans notre génome. Elle se mérite. C'est l'idée qui inspire Disraeli, l'influent Premier Ministre de la reine Victoria, dans une déclaration célèbre : « La santé d'une nation est le socle sur lequel s'édifie sa prospérité. » L'État, la société peuvent et, donc, doivent agir en ce domaine. De plus, au XXI^e siècle, avec l'augmentation du nombre de sujets âgés, donc fragiles, la prévention devient plus complexe et encore plus importante.

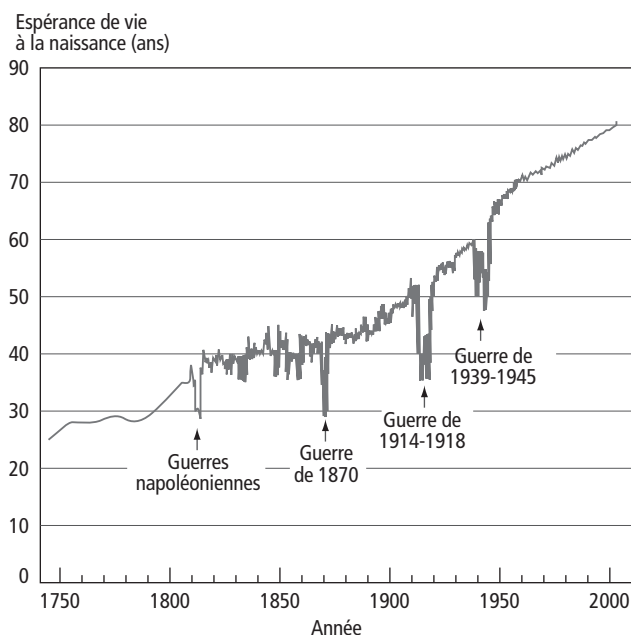


Figure 1 Évolution de l'espérance de vie à la naissance en France de 1740 à 2005. (Source : INED.)

Au début du XIX^e siècle, on observe dans les pays européens un gain de 10 ans, malgré les guerres du Consulat et de l'Empire. Celui-ci semble être dû à la découverte, par Jenner en 1798, de la vaccination contre la variole qui, au XVIII^e, causait environ 15 p. 100 des décès et frappait indistinctement toutes les classes sociales. Ensuite, jusqu'au dernier tiers du XIX^e, l'espérance de vie n'augmente que très lentement, puis sa croissance s'accélère grâce à Pasteur qui donne à l'hygiène une base scientifique. Ces deux exemples montrent l'étroite liaison entre progrès scientifique, prévention et espérance de vie. L'espérance de vie était en 1900 de 45 ans, avec les progrès de la médecine et l'amélioration du niveau de vie, elle dépasse 81 ans en 2007 en France (hommes : 77,6 ans, femmes : 84,5 ans). Les Françaises sont, dans le monde, celles qui, immédiatement après les Japonaises, ont l'espérance de vie la plus longue

et l'un des taux de mortalité par cancer les plus petits, ce qui montre que l'environnement, l'alimentation et les soins doivent y être parmi les meilleurs. Saluons cette réussite, mais beaucoup reste à faire car la France est l'un des pays industrialisés où les écarts entre les femmes et les hommes et entre les ouvriers et les cadres supérieurs sont les plus grands (environ 7 ans dans les deux cas).

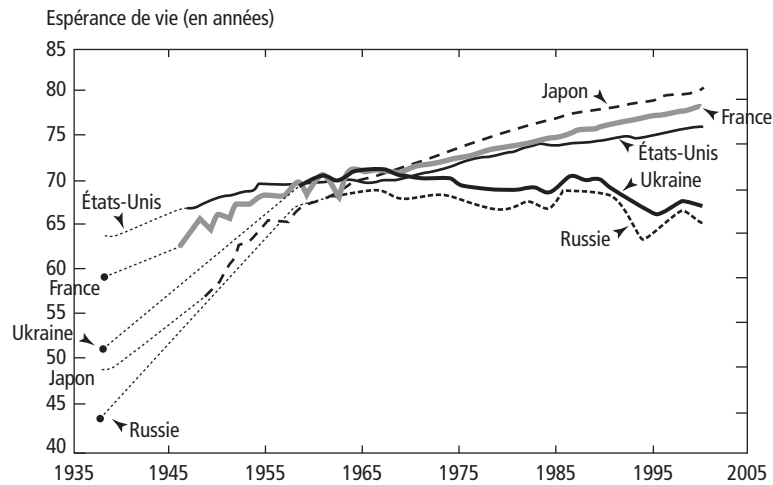


Figure 2 Évolution de l'espérance de vie à la naissance depuis la fin des années 1930 en Ukraine, en Russie, en France, aux États-Unis et au Japon, d'après les données disponibles avant reconstitution pour les années antérieures à 1959. (Source : Meslé F, Vallin J. Mortalité et cause de décès en Ukraine au xx^e siècle. Paris, INED, PUF, 2003, cahier n° 152.)

Avant-guerre, les États-Unis avaient, de loin, l'espérance de vie la plus longue (Figure 2), c'était aussi le pays le plus prospère, celui où l'effort pour l'instruction était le plus grand. Après guerre et jusqu'en 1960, le tableau change. Les espérances de vie s'égalisent. Russes et Japonais rattrapent leur retard. On semble tendre vers une égalisation des espérances de vie dans tous les pays industrialisés. Puis brusquement, à la fin des années 1960, alors que l'espérance de vie s'envole au Japon, croît rapidement en France, elle augmente plus lentement aux États-Unis. Fait extraordinaire, elle stagne puis diminue en Russie et en Ukraine. Est-ce la marque d'une détérioration de la qualité des soins médicaux ? Je ne le crois pas. J'ai été de la fin des années 1960 et à la fin des années 1970 membre, et un temps président, du comité Cancer France-URSS qui se réunissait tous les ans soit à Paris, soit à Moscou. Je n'ai pas eu l'impression que les hôpitaux russes aient été en régression pendant cette période, même s'ils ne progressaient que très lentement. La diminution de l'espérance de vie me paraît plutôt avoir été due à la perte de confiance des Russes en leur système de gouvernement et donc en leur avenir. Après l'euphorie des années d'après-guerre, le retard croissant par rapport aux pays occidentaux les inquiétait. Face à ces préoccupations et pour lutter contre le stress, les consommations de tabac et d'alcool augmentaient, on se gavait d'aliments médiocres, riches en graisses saturées (lard, saindoux) qui sont moins coûteuses. Ces différences d'évolution entre pays illustrent le rôle des facteurs psychologiques et sociologiques sur la santé physique, ce que l'OMS appelle la santé mentale et la santé sociale.

Ces facteurs existent aussi en France et je les ai affrontés pendant plus de 30 ans au cours de la lutte contre le tabac dont on peut tirer quelques leçons. J'étais, en 1975, président de la commission cancer au ministère de la Santé, ce qui me donnait l'occasion de voir régulièrement Simone Veil, alors ministre de la Santé. Celle-ci fumait beaucoup et en toutes circonstances. Prenant mon courage à deux mains, je lui dis un jour qu'en tant que ministre de la Santé, elle devrait donner l'exemple et ne plus fumer en public. Elle fut choquée par cette remarque, mais m'interrogea longuement ; puis après une discussion animée, elle décida avec courage et panache de lancer une action contre le tabac. Il est intéressant que l'initiative d'une mesure de santé publique aussi essentielle ne soit pas venue des services du ministère, mais d'un clinicien inquiet devant l'accroissement rapide de la fréquence des cancers du poumon. On pourrait prendre d'autres exemples. Ainsi, le rôle de Claude Got, qui constatait, dans les hôpitaux, les catastrophes causées par les accidents de la circulation, a été crucial pour la lutte pour la sécurité routière. Les administrations sont handicapées par le poids de la hiérarchie, les préoccupations politiques à court terme du ministre et de son cabinet. Les personnalités extérieures ont les coudées plus franches, mais il est indispensable qu'elles agissent en étroite liaison avec les administrations et non en s'opposant à elles.

La loi Veil (1976) prévoyait des campagnes d'information et, pour lutter contre la désinformation, l'interdiction de la publicité. Hélas, nous étions encore naïfs et n'avions pas prévu que celle-ci allait continuer en faveur d'allumettes, de vêtements, portant le même nom et utilisant le même logo que les cigarettes. Néanmoins, l'information eut une certaine efficacité. Elle arrêta la progression de la vente du tabac et induisit une prise de conscience de ses

dangers. En 1975, 70 p. 100 des hommes fumaient, quelle que soit leur classe socioprofessionnelle. La lutte contre le tabac était très impopulaire, même dans les milieux médicaux qui jugeaient, pour la plupart, inconvenant que des médecins (et a fortiori l'État) interviennent dans la vie privée, idée que répandait habilement le lobby pro-tabac. Lutter contre le tabac avait un relent moralisateur qui déplaisait. La campagne d'information entreprise par Simone Veil, puis relancée par l'Action européenne contre le cancer⁽¹⁾, fit lentement évoluer les attitudes. Dès le début des années 1980, le corps médical avait massivement pris position en faveur de la lutte contre le tabac. En 1988, le tabac était devenu si impopulaire, qu'avec quatre collègues (le groupe des cinq tantôt qualifiés de sages, tantôt d'ayatollahs : G. Dubois, C. Got, F. Grémy, A. Hirsch et moi-même), à l'occasion de l'élection présidentielle, nous interrogeâmes les candidats sur leur position en ce domaine. Le candidat Mitterrand ayant répondu positivement, nous fumes amenés à entourer C. Évin pour la préparation de sa loi, si efficace. Elle introduisit une interdiction réelle de la publicité et une autre mesure à laquelle personnellement je tenais beaucoup, l'exclusion du tabac de l'indice des prix, ce qui permit l'augmentation de celui-ci sans craindre de favoriser l'inflation. Ces deux mesures furent combattues avec une violence inouïe par le lobby pro-tabac qui trouva des alliés jusqu'à l'intérieur du ministère des Finances (souvenir des liens avec la Seita ?) et des représentants des gouvernements britannique et allemand à la Commission européenne. La prévention demandait du sang-froid et de la persévérance face à la désinformation répandue par les fabricants de cigarettes qui avaient l'impudence de nier les effets du tabac sur la santé.

On retrouve une même position chez les industriels de l'alcool ou les industriels de l'automobile (surtout les Allemands) pour la sécurité routière et, aujourd'hui, certains industriels de l'agro-alimentaire qui pèsent de tout leur poids pour empêcher en France, et dans d'autres pays de l'Union européenne, de mettre en place un étiquetage des produits alimentaires indiquant clairement les teneurs en calories, en graisses saturées et insaturées, en glucides lents et rapides et en sel. On demande aux mères de famille de surveiller l'alimentation de leurs enfants pour éviter l'obésité et l'on ne leur donne pas, ainsi qu'aux médecins qui les conseillent, les informations nécessaires sur la composition des aliments. On demande aux gens âgés de réduire leur consommation de sel (moins de 8 g par jour), alors que la teneur en sel des conserves et des plats surgelés n'est pas connue. Cette absence de transparence est déplorable, comme le sont les sinistres publicités à la télévision pour des produits, souvent d'une exécration qualité, qui favorisent l'obésité infantile. Ces actions de désinformation montrent que, quand les intérêts financiers ou idéologiques d'un groupe sont menacés, celui-ci se défend par tous les moyens, oubliant toute éthique. On ne peut triompher de ces campagnes médiatiques qu'avec le temps et surtout des données scientifiques d'une extrême rigueur. En effet, les hommes politiques et la haute administration hésitent souvent à prendre des positions susceptibles de provoquer des réactions violentes et de nuire à leur carrière. La prévention, ou plus généralement la rationalité fondée sur la science, sont difficiles à promouvoir. Une ministre a récemment déclaré (à propos des OGM) devant l'Académie des sciences que le gouvernement doit suivre l'opinion qui est majoritaire dans le public. Je suis de ceux qui pensent que son rôle est d'abord d'informer loyalement celui-ci, qui est souvent manipulé par des intérêts contraires au bien public.

Il y a deux types d'actions préventives⁽²⁾ : les collectives dont les autorités ont la responsabilité, par exemple la construction du tout-à-l'égout dans les années 1860, et celles qui visent les comportements individuels. Les premières ont généralement la préférence des administrations et surtout du public auquel aucun effort n'est demandé. Mais dans les deux cas, il faut obtenir l'adhésion du public. Par exemple, de 1860 à 1880, la construction des égouts suscita d'importantes manifestations réunissant plusieurs dizaines de milliers de Parisiens qu'inquiétait cette concentration des excréments dans le sous-sol de la ville. On apprendra ultérieurement que ces manifestations étaient organisées et financées par la puissante corporation des vidangeurs des fosses septiques, qui utilisait tous les moyens pour contrer le tout-à-l'égout prôné par des ingénieurs désintéressés, stimulés par l'exemple de Londres et de Stockholm et qui finirent par convaincre les édiles. Dans le cas des comportements, l'action n'est efficace que si le public est convaincu de son bien-fondé. Dans ce conflit entre l'information et la désinformation, les organisations défendant des intérêts financiers ou idéologiques (qu'il s'agisse de rassurer ou d'inquiéter, à tort) n'ont aucun scrupule et disposent de moyens beaucoup plus importants que ceux qui luttent pour l'intérêt général et qui sont, par ailleurs, tenus de respecter la vérité scientifique.

Cependant l'aspect psychosociologique de la prévention dépasse ce conflit. Pour le tabac, par exemple, on le voit quand on se pose deux questions : qui fume ? et pourquoi ? Le fait primordial en France, comme dans les autres pays industrialisés, est que la proportion de fumeurs est d'autant plus basse que le niveau d'instruction est plus élevé ; alors que la proportion de fumeurs dépasse 60 p. 100 chez les moins instruits, elle est de l'ordre de 15 p. 100 chez ceux ayant fait des études supérieures. Corrélativement, le cancer du poumon est trois fois plus fréquent chez les ouvriers non spécialisés que chez les cadres. Ces faits suggèrent que l'instruction permet d'assimiler plus rapidement les messages sanitaires et renforce la capacité d'agir. Elle donne, par ailleurs, un atout essentiel : l'attachement à la vie ; ainsi, les suicides et les accidents mortels sont aussi trois fois plus fréquents chez les ouvriers que chez les cadres. Pour l'alcool, les différences sont plus grandes encore : la cirrhose alcoolique du foie, les cancers de

(1) Tubiana M. The European action against cancer. *Cancer Detection Prevention*, 1993, 17 : 521-528.

(2) Tubiana M, Legrain M. Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français. *Bull Acad Nat Méd*, 2002, 186 : 447-546.

l'œsophage et des voies aérodigestives supérieures (à l'origine desquels l'alcool joue un rôle prépondérant) sont dix fois plus fréquents chez les ouvriers que chez les cadres.

C'est pendant l'adolescence que se contractent les mauvaises habitudes qui altéreront la santé pendant le reste de l'existence. Chez les adolescents, les enquêtes confirment l'influence du niveau d'instruction, mais révèlent aussi l'influence de l'exemplarité et de facteurs psychosociologiques qu'il faut identifier afin de pouvoir les combattre⁽³⁾. Certes, malgré les efforts accomplis, une proportion notable des adolescents fument dans tous les milieux sociaux (la proportion de fumeurs à 18 ans est d'environ 50 p. 100), mais de façon inégale. Nombreux sont ceux qui commencent à fumer dès l'âge de 11-12 ans, donc pendant la pré-adolescence ; une enquête révèle même qu'une proportion notable de filles âgées de 12 ans sont déjà dépendantes à la nicotine et associent régulièrement tabac, alcool et cannabis ; hélas, elles ne parviendront pas à s'arrêter de fumer pendant leur future grossesse. Dans ces cas, c'est donc pendant l'enfance que s'est forgé le profil psychologique qui conduit aux addictions. Les enquêtes qui ont été effectuées montrent que chez les garçons, la proportion de fumeurs est plus grande chez ceux qui ont des mauvais résultats scolaires, qui habitent des quartiers difficiles (ZEP), qui appartiennent à des familles disloquées, recomposées, monoparentales ou vivant dans la précarité. Il semble que ce soit parce qu'ils n'ont pas confiance en eux et ont peur du futur. S'ils fument et y associent l'alcool et/ou le cannabis, c'est pour fuir un monde qu'ils ressentent comme hostile. Les traumatismes psychiques subis pendant la petite enfance semblent aussi avoir une grande influence sur les comportements ultérieurs. L'Académie nationale de médecine avait constitué un groupe de travail, associant pédiatres et pédopsychiatres, qui a souligné le rôle d'une mauvaise image de soi et de l'absence de repères et a préconisé l'approfondissement des recherches psychologiques, notamment auprès des enfants de 3-4 ans qui ne jouent pas avec les autres et ont du mal à se socialiser⁽⁴⁾, afin de voir s'il est concevable d'agir dès cet âge. Chez les filles, le tabac est plutôt le signe d'un refus des différences liées au sexe et d'une volonté de masculinisation de leur comportement dont les racines remontent, sans doute, à l'enfance ou la petite enfance.

Dans les deux cas, il faut donc agir à la fois sur le plan rationnel (informer sur les maladies provoquées par le tabac) et détruire l'image valorisante du fumeur construite par la publicité – l'élégance et la séduction du fumeur, la modernité et la minceur de la fumeuse, la convivialité qu'apporte à tous le tabac – et identifier à cette fin les arguments les plus efficaces susceptibles de réduire les inégalités liées à des facteurs sociologiques. Plusieurs enquêtes, aux États-Unis, ont montré que l'un des meilleurs moyens de dissuasion est d'expliquer aux jeunes comment ils sont (ou ont été) manipulés par les fabricants de cigarettes.

On a dit que le plan cancer avait accru les inégalités⁽⁵⁾, c'est à la fois préoccupant (les plus instruits en ont tiré plus de profit que les autres) et encourageant : l'information est efficace, mais les plus instruits en bénéficient plus rapidement, et il faut donc persévérer et compléter aussi par d'autres mesures protégeant les plus vulnérables (par exemple, dans le cas du tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux clos). En prévention, comme en tout domaine, il n'y a pas de solution idéale ; il y a souvent conflit entre l'hédonisme, le plaisir et la santé ; on doit peser les avantages et les inconvénients de chaque mesure avant de prendre une décision qui inévitablement ne plaira pas à tous et sera contestée. Quelquefois, d'ailleurs, le problème sera plus difficile encore : le risque de cancer du sein est augmenté d'environ 50 p. 100 chez les femmes qui ont leur premier enfant après 30 ans ; le médecin a-t-il le droit de conseiller à une femme de procréer avant 30 ans ? Je suis de ceux qui pensent qu'il a le devoir d'informer, mais ne doit pas aller au-delà. Il n'a pas à diriger le mode de vie.

L'instruction apparaît être la méthode de prévention la plus puissante (sans sous-estimer les autres) et la moins discutable : d'abord l'éducation à la santé à l'école, mais aussi l'instruction générale et l'éducation parentale. Celle-ci a un rôle capital : plus les parents sont attentifs, plus ils associent l'éducation (formation du caractère) à l'instruction, plus ils mettent en garde contre le tabagisme et l'alcoolisme, plus la proportion d'adolescents fumeurs ou buveurs est faible et plus ceux-ci commencent tard, donc l'addiction sera moins forte chez eux⁽⁶⁾. L'attitude du public, de l'État, a une grande influence. Il faut y veiller et notamment assurer une cohérence entre toutes les agences compétentes, ce qui n'est pas aisé, comme le montre l'exemple du cannabis pendant les années 1990 ; à ce propos, il serait intéressant d'analyser les facteurs qui ont favorisé la croissance rapide de sa consommation en France. L'étude des échecs de la prévention (le retour d'expérience) est généralement instructive.

On retrouve, hélas, une influence du niveau socioculturel pour l'obésité⁽⁷⁾. Chez les enfants, celle-ci est inversement proportionnelle au niveau d'instruction des parents. Elle est trois fois plus fréquente chez les enfants d'ouvriers que chez ceux de cadres. L'impact de l'attitude des parents, de l'attention avec laquelle ceux-ci entourent leurs enfants est mis en évidence par un critère simple, la prise du petit-déjeuner avant de partir à l'école :

(3) Tubiana M. La lutte contre le tabac. Bull Acad Nat Méd, 2004, 188 : 531-538.

(4) Académie nationale de médecine. Rapport sur la santé mentale de l'enfant de la maternelle à la fin de l'école élémentaire (M. Tubiana, M. Artuis, P. Jeammet, D. Marcelli, P. Parquet, J. Sénecal). Paris, Académie nationale de médecine, 2003, 27 pages (www.academie-medecine.fr/rapports).

(5) Menvielle G, Leclerc A, Chastang JF, Luce D. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. BEH, 2008, 33 : 289-292.

(6) Hanewinkel R, Morgenstern M, Tanski SE, Sargent JD. Longitudinal study of parental movie restriction on teen smoking and drinking. Addiction, 2008, 103 : 1772-1730.

(7) L'obésité : un problème d'actualité. Une question d'avenir. Colloque Institut Servier. Paris, Elsevier, 2006, 272 pages.

la proportion d'obésité et de surpoids est presque double chez ceux qui plusieurs fois par semaine ne prennent pas de petit-déjeuner.

Aussi la prévention est-elle un domaine complexe et difficile dans lequel la santé mentale et la santé sociale ont un rôle capital. L'action préventive ne saurait se limiter à une information assortie d'interdits, elle doit être modulée. Il faut tenir compte du psychisme et des facteurs familiaux et sociaux, en sachant associer campagnes générales et actions ciblées.

Le principe de précaution est mentionné plusieurs fois dans ce livre. En fait, il existe deux principes de précaution : celui de la loi Barnier qui propose une évaluation des avantages et inconvénients de toute mesure avant sa mise en œuvre. Ce principe, qui est celui auquel s'était référée la Commission européenne en 2000, est bien accepté par la communauté scientifique française. En revanche, le principe de précaution de la charte de l'environnement, inscrit dans la Constitution, ne prend en compte que les risques et ne tient pas compte des avantages. Nous sommes le seul pays où existe ce type de précaution. C'est celui qui a inspiré l'arrêt de la vaccination contre l'hépatite B, malgré son grand intérêt médical, en raison du risque putatif, et que l'on sait maintenant non fondé, d'induction d'une sclérose en plaques. Des dizaines de milliers d'hépatites graves seront causées par cette décision. Dans l'Union européenne, la jeunesse française est celle qui est la moins protégée contre l'hépatite B. Cette même déviation du principe de précaution a grevé la lutte contre la maladie de la vache folle : la prédominance de l'émotion sur la raison et la prise en compte insuffisante des données biologiques et épidémiologiques ont induit des mesures peu efficaces et coûteuses (telle l'interdiction totale des farines animales au lieu de l'amélioration des méthodes de fabrication). À un rapport conjoint des Académies des sciences et de médecine, auquel nos collègues vétérinaires avaient beaucoup contribué⁽⁸⁾, qui proposait d'introduire la rationalité dans cette lutte, les ministères ont répondu : ce n'est pas ce que demande l'opinion. La prévention ne doit pas être influencée par des considérations politiques ou morales. Comme le disait Pasteur, « c'est une question de faits ».

Ces exemples montrent la nécessité d'une grande rigueur scientifique et, quand il s'agit de risques hypothétiques, le rôle crucial de la recherche. La prévention doit être fondée sur des données scientifiques et évoluer avec elles. Cela est encore illustré par les récents travaux sur la cancérogenèse qui montrent la puissance et la multiplicité des mécanismes de défense qui existent dans les cellules et tissus contre les risques de transformation maligne⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾. Ces mécanismes, sélectionnés au cours de l'évolution, sont extrêmement efficaces contre des concentrations ou des doses faibles de cancérogène ; cette efficacité décroît rapidement pour des doses, ou concentrations, élevées auxquelles les êtres vivants n'ont pas été soumis pendant les temps géologiques. L'évolution ne pouvait pas prévoir la fumée du tabac avec son extraordinaire concentration de cancérogènes ou que des blancs à peau pâle iraient prendre des bains de soleil sous les tropiques. Les défenses sont beaucoup moins efficaces quand les agressions sont massives⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾. Ce sont ces mécanismes de défense qui expliquent que les risques cancérogènes induits par la pollution sont relativement faibles car les concentrations sont basses⁽¹⁰⁾. B. Ames avait déjà montré que les faibles concentrations de cancérogènes présentes dans les légumes n'ont pas d'effet cancérogène détectable chez l'homme⁽¹²⁾.

Selon les pays, les mesures de prévention diffèrent. Elles sont influencées par la mentalité du public. La France est un pays inquiet, fragile, qui a, plus que ses voisins, peur du futur et se méfie, plus qu'eux, de la science et des innovations technologiques. Le catastrophisme dont certains sont, en France, si friands ne saurait fonder une politique de prévention. Il faut construire celle-ci sur des données objectives et bien distinguer (comme l'ont fait le CIRC et les académies⁽¹⁰⁾) les risques avérés et les risques putatifs. En faisant peur avec tout, on risque de jeter le doute même sur les actions les plus efficaces.

L'objectivité de ce livre, la richesse de sa documentation devraient privilégier des attitudes rationnelles, fondées sur la hiérarchisation et l'évaluation des risques grâce à une coopération constante avec les chercheurs et tenant compte de l'impact de la santé mentale et de la santé sociale sur les attitudes. La prévention conduit inexorablement à une réflexion sur la société, elle souligne le rôle fondamental de l'instruction et de l'éducation.

Maurice TUBIANA

(8) Rapport conjoint de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie des sciences. Encéphalopathie spongiforme bovine et farines animales. Bull Acad Nat Méd, 1996, 186 : 291-304.

(9) Académie nationale de médecine, Académie des sciences. La relation dose-effet et l'estimation des effets cancérogènes des faibles doses des rayonnements ionisants. Rapport conjoint n° 2 (M. Tubiana, A. Aurengo, D. Averbeck et al.). Paris, Nucleon, 2005, 168 pages (www.academie-medicine.fr/rapports).

(10) IARC, Académie des sciences, Académie nationale de médecine, Fédérations nationales des centres de lutte contre le cancer. Attributable causes of cancers in France in the year 2000. IARC working group reports, vol. 3, Lyon, 2007, 172 pages. Boffetta P, Tubiana M, Hill C et al. The causes of cancer in France. Ann Oncol, sous presse.

(11) Monier R, Tubiana M. Cancérogenèse : accroissement des connaissances et évolution des concepts. Oncologie, 2008, 10 : 319-347.

(12) Ames B, Gold LS. Environmental pollution, pesticides and the prevention of cancer. FASEB J, 1997, 11 : 1041-1052.

Avant-propos

Ces dernières années, les politiques de prévention ont beaucoup évolué. Elles ont été marquées par plusieurs orientations. La loi sur les droits des malades a consacré la sécurité sanitaire et a créé un Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'INPES. La charte d'Ottawa de l'OMS a offert une perspective et un cadre de réflexion pour promouvoir la santé dont de nombreux principes se retrouvent dans la loi de santé publique de 2004. Enfin, une place plus importante a été donnée à la prévention médicale : les vaccinations sont, de nouveau, à l'ordre du jour, les dépistages organisés se mettent en place, il existe, enfin, une volonté politique de développer et d'encadrer l'éducation thérapeutique pour mieux prendre en charge les personnes atteintes de maladies chroniques.

Nous ne disposons pas, en France, d'ouvrage traitant de manière exhaustive de la prévention. Cet ouvrage se propose d'exposer les fondements et les méthodes de prévention, de décrire comment elle est mise en œuvre et par qui et, enfin, de souligner les enjeux à venir.

Les fondements et les méthodes

L'histoire nous rappelle que le projet de modifier l'environnement, les conditions de vie et les comportements individuels datent du mouvement hygiéniste et que notre système de Sécurité sociale, en favorisant l'accès aux soins pour tous, a fortement contribué à promouvoir la santé.

La charte d'Ottawa (1986) est actuellement le document de référence ; elle met l'accent sur un certain nombre de conditions et de ressources préalables : « l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ». Elle souligne l'importance de créer des environnements favorables à la santé et d'agir sur les déterminants. Elle incite à l'action communautaire, au développement d'une démocratie locale sur tout ce qui a trait à la santé. Elle encourage le développement des aptitudes personnelles par des actions d'éducation pour la santé en s'attachant à faire participer les individus à la construction même des messages qui leur sont destinés. Elle propose, enfin, une réorientation des services de santé trop centrés sur le curatif. Les soins curatifs permettent de promouvoir la santé, mais ils n'en sont qu'une composante ; le système de soins doit également s'intéresser aux modalités de vie des individus, aux contraintes de la maladie, aux effets secondaires des médicaments, à la qualité et aux choix de vie... La prévention se doit d'être globale et ne peut se référer qu'à la seule maladie.

L'analyse des risques permet de fonder une politique de prévention adaptée, allant de la suppression du risque à des politiques de réduction des risques. Une société fonde sa politique de prévention sur des critères multiples, notamment sur la distinction entre le risque pour soi et le risque pour les autres, sur la quantification du risque (sa probabilité de survenue ou parfois sur un seuil – alcoolémie et conduite automobile par exemple), sur sa gravité, sur l'analyse de tous les facteurs qui contribuent à ce risque, sur l'appréciation sociale du risque et son acceptabilité, enfin sur la volonté de la collectivité d'agir sur un risque. Il faut comprendre que le choix collectif est distinct du choix de l'individu qui décide de s'exposer ou non à un risque. La décision individuelle dépend, elle-même, également de nombreux facteurs, propres à l'individu ou à son environnement, qui vont conditionner soit la prise de risque soit le recours à la prévention pour maîtriser le risque. Pour l'avenir, l'enjeu en matière de prévention sera de prendre en considération, d'intégrer l'ensemble des facteurs de risque (qu'ils soient liés au mode de vie, à l'alimentation ou aux pollutions des milieux) et de tenir compte de facteurs intrinsèques aux individus. Une nouvelle évaluation des risques est donc à construire qui mesurera le poids et l'interrelation de l'ensemble des facteurs de risque. La sécurité sanitaire a, quant à elle, transformé le regard sur les risques en ouvrant le débat, au-delà de l'évaluation rationnelle des risques par les scientifiques, sur la question des choix permettant d'assumer les risques, choix qui prennent en compte les moyens que la collectivité peut consacrer pour prévenir ces risques et pour prendre en charge leurs conséquences. La gestion des risques sanitaires s'appuie dorénavant non seulement sur la rationalité économique, mais aussi sur la démocratie sanitaire.

Les méthodes de prévention sont multiples. Agir sur les choix collectifs relève de la politique publique, agir sur les choix individuels relève de l'éducation pour la santé. Les campagnes de communication sont un moyen d'intervention important pour modifier en profondeur les représentations et les connaissances, l'éducation pour la santé permet à un sujet de faire son choix de comportements en étant informé des risques éventuels pour sa santé,

tout en tenant compte de multiples autres facteurs tels que le plaisir, les contraintes et le compromis d'une vie en société. Les dépistages visent à identifier une maladie ou un problème de santé à son stade le plus précoce chez une personne ne présentant pas de symptômes et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes. La difficulté est d'intégrer l'ensemble des méthodes en articulation avec les stratégies de soins. Plusieurs évolutions récentes doivent être notées :

- l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) qui apparaissent aujourd'hui comme un moyen pour mieux individualiser les messages de santé selon la sous-catégorie de population que l'on veut atteindre ;

- le développement de l'éducation thérapeutique qui marque la reconnaissance de la dimension préventive dans la prise en charge des maladies chroniques. Intégrée aux soins, l'éducation thérapeutique permet d'aider les patients à mieux comprendre leur maladie et leur traitement, à être partie prenante de leur propre prise en charge et à apprendre à concilier leur projet de vie avec les contraintes de la maladie et du traitement ;

- le recours au lobbying des acteurs de prévention à l'instar de ce qui se passe aux États-Unis. Bien que les moyens du secteur économique soient, dans ce domaine, sans comparaison par rapport à ceux des acteurs de prévention, ces derniers développent une capacité à mobiliser la société civile pour amener l'État régulateur à prendre des décisions de protection pour la santé et de respect de l'environnement, pour préserver l'intérêt général ;

- enfin, la mise au point de nouveaux marqueurs qui poussent les professionnels de santé à vouloir « prédire le futur pour l'empêcher d'advenir⁽¹⁾ ». Les tests génétiques font, en particulier, le lit d'une médecine dite prédictive (d'ailleurs plus présomptive que prédictive). Régulièrement, les différentes spécialités médicales proposent le dépistage d'une nouvelle affection ou des dépistages en population aux différents âges de la vie, sans pour autant avoir analysé les avantages et les inconvénients de ces pratiques, ni la dimension éthique, ce qui a amené le Conseil national d'éthique à rendre de nombreux avis. Nous sommes confrontés, aujourd'hui, à une très forte méconnaissance des principes du dépistage. Ainsi, pour exemple, la proposition d'un dépistage systématique en population générale d'un trouble à expression comportementale chez les enfants de 3 ans comme facteur de prédisposition de la délinquance a-t-elle suscité un tollé ; sont confondues la notion de dépistage et de diagnostic précoce ainsi que celle d'identification de nouveaux cas et d'incidence.

La mise en œuvre

Le champ de la prévention est vaste.

Assurer la qualité de l'eau, de l'alimentation, de l'air et plus généralement du milieu est une fonction régalienne de la prévention, souvent méconnue, mais fondamentale.

La qualité des aliments nécessite aussi d'intégrer l'important problème des déséquilibres nutritionnels reconnus récemment en France comme un enjeu de santé publique pour la prévention cardiovasculaire et celle du cancer. Dans le domaine de la *nutrition*, la France s'est dotée d'une politique de santé publique ambitieuse déclinée à travers le programme national nutrition-santé, programme de promotion d'une alimentation et d'un mode de vie satisfaisants pour favoriser un bon état de santé. C'est un modèle d'intervention en population. Il convient de bien distinguer ces interventions des interventions individuelles. Les interventions en population visent à influencer, dans un sens considéré comme favorable, la valeur moyenne du facteur de risque dans la population considérée en jouant sur la composition en sel, en sucre, en graisse de l'alimentation ou en essayant de promouvoir certaines catégories d'aliments. L'intervention individuelle va s'intéresser, elle, à la réduction des facteurs de risque identifiés. La décision de traiter un individu se fait alors sur la base d'une évaluation du bénéfice et des risques liés à l'intervention. Cette prévention ne concerne qu'une partie de la population, essentiellement les personnes étiquetées comme malades : hypertension, diabète, hypercholestérolémie, etc. Les médecins vont rechercher, pour ces maladies, l'obtention des valeurs idéales, considérées comme des normes dont il faut souligner qu'elles ont évolué, au fil du temps, vers des valeurs de plus en plus basses, justifiant un plus grand interventionnisme médical...

La *prévention des conduites addictives* s'est beaucoup transformée ces dernières années. Le plan triennal 1999-2002 de la MILDT a constitué une rupture en proposant de développer un dispositif de prévention et de soins en « addictologie », fondé sur une approche globale des comportements de consommation de substances indépendamment de leur statut légal, plus que sur une approche par produit. La prévention, dans ce domaine, s'organise selon des axes aujourd'hui bien définis, complémentaires et indissociables. Cependant, la remise en cause régulière du volet sanitaire de la prévention au profit d'une approche de plus en plus répressive fragilise les acquis si difficilement obtenus.

La *mise en œuvre de la prévention du risque infectieux* est probablement la plus ancienne. Elle date des découvertes de Semmelweis (1818-1865) et de Pasteur (1822-1895) et reste d'actualité. Dans les hôpitaux, le nombre d'événements indésirables graves d'origine infectieuse liés aux soins reste important : un tiers est considéré comme évitable. Les maladies infectieuses nous apprennent aussi que, même en disposant de traitements efficaces, les politiques

(1) Didier Sicard.

de prévention doivent être maintenues en permanence. Ainsi la syphilis, malgré la disponibilité d'un traitement simple, est-elle loin de disparaître. Les données épidémiologiques récentes sur l'infection par le VIH montrent incontestablement un relâchement des protections individuelles. La tuberculose, quant à elle, a fait, à nouveau, l'objet d'un plan national élaboré en 2007. Pour les maladies transmissibles, le maintien de politiques de prévention apparaît fondamental en s'appuyant sur des campagnes générales d'information, mais aussi en ciblant les actions sur les populations les plus exposées et en essayant de valoriser des comportements de solidarité, de responsabilité et de citoyenneté.

En matière de *dépistage*, les politiques françaises de santé ont, ces dernières années, beaucoup évolué avec l'instauration d'un dépistage organisé du cancer du sein et du côlon. Outre leur complexité, la nouveauté est d'avoir organisé ces dépistages dans des programmes avec des objectifs et des actions d'évaluation préalablement définis dans le cadre d'un programme d'assurance de qualité.

Enfin, *la prévention en population s'affirme*. Traditionnellement axée sur la protection de l'enfance, depuis quelques années, la prévention s'installe dans le domaine gérontologique.

La prévention dans le domaine de la petite enfance est complexe et exigeante ; elle vise à favoriser l'environnement le plus propice au déploiement de sa santé et de son bien-être. Nous disposons en France de toute une gamme de services, d'offre de rencontre, de soutien, s'intéressant au développement de l'enfant : les PMI, la santé scolaire, les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED), l'aide sociale à l'enfance, les structures de pédopsychiatrie, les maisons vertes, les lieux de parentalité, les maisons passerelles pour l'exercice des droits de visite, les points écoutes... Paradoxalement, alors que nous disposons d'un maillage territorial fort de prévention, il existe une tendance à ne considérer aujourd'hui la prévention qu'à travers les seules actions de dépistage de facteurs de risque et de maladies, la dernière mode étant celle du repérage, terme flou, à la frontière du dépistage. Ainsi, pour mieux repérer des troubles ou plutôt des troubles à venir, l'entourage scolaire ou familial d'un enfant se voit-il proposer, au nom du repérage, des questionnaires, des grilles de cotations sur son comportement. Ces nouvelles pratiques, dont on ne sait si elles relèvent d'une démarche médicale ou non, méritent discussion en tout cas une clarification de leur but : que cherche-t-on ? Pour quelles raisons ? Quelles interventions sont envisagées ? Et dans quelles situations ? Ces pratiques par questionnaires s'éloignent de celles développées par les structures de prévention de la petite enfance qui relèvent d'un effort d'anticipation des difficultés possibles du développement de l'enfant et qui, face à des situations à risque, mettent en œuvre des actions ciblées de prévention en adoptant une attitude prévenante et ouverte. La distinction entre anticipation et prédiction apparaît alors fondamentale, tant la prédiction inscrit la prévention dans une dynamique déterministe « qui corsete le regard et l'action des acteurs vers un aboutissement prédéfini⁽²⁾ ». La prévention prévenante vise à proposer, a contrario, une offre de rencontre, d'aide, de soutien plus ou moins prolongé, sur laquelle les enfants et leurs familles peuvent s'appuyer. La prévention dans le champ de la santé mentale est proche de ces conceptions.

Chez les personnes âgées, il est aujourd'hui possible de limiter la dépendance ou de la retarder. Bien sûr, on ne peut réduire le premier facteur de risque de dépendance qu'est l'âge. Mais il est possible d'agir en prévention primaire en s'appuyant sur la nutrition, l'exercice physique et le lien social, de dépister très tôt les facteurs de risques et les déficits sensoriels, d'éduquer à la bonne observance des traitements (30 p. 100 des hospitalisations des personnes de 75 ans ou plus sont dues à des accidents iatrogènes ou à un défaut d'observance). De nombreux plans de santé publique ont pris en considération les personnes âgées. Parmi eux, le plan « bien vieillir » a pour ambition d'aider à un vieillissement réussi...

Les acteurs

À l'échelon national, c'est le ministère de la Santé qui a la charge de définir les politiques de prévention. Mais il faut savoir que les autres services de l'État sont tous très concernés : éducation nationale, agriculture, justice, police et gendarmerie, jeunesse et sport, travail, environnement, équipement, etc. Trois agences sont particulièrement impliquées par la prévention : l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et l'Institut national du cancer (INCa). Les organismes d'assurance maladie et les complémentaires « santé » sont aussi des acteurs majeurs de prévention.

À l'échelon régional, on retrouve les organismes de l'État et de l'assurance maladie qui devraient être en partie regroupés dans le cadre des futures agences régionales de santé (ARS). Les conseils généraux ont des attributions dans les domaines sanitaires et sociaux (PMI, école, personnes âgées, handicapés, personnes en situation de précarité, etc.). Ils peuvent se voir déléguer des compétences de l'État dans les domaines de la lutte antituberculeuse, des IST, du dépistage des cancers. Enfin, l'ensemble des régions dispose d'un comité régional d'éducation pour la santé

À l'échelon local, on retrouve les communes qui peuvent gérer un service municipal d'hygiène et de santé, mais surtout les associations qu'elles soient spécialisées (comités départementaux d'éducation pour la santé [Codes]), thématiques (VIH, cancer, toxicomanie, etc.) ou de patients, regroupant les personnes malades et leurs proches.

(2) Christine Bellas-Cabane et Pierre Suesser.

Si l'assurance maladie est un acteur de prévention parmi d'autres, il faut souligner que la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) est aussi un financeur important : le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) dont elle dispose est d'environ 500 millions d'euros par an. Elle est engagée dans de nombreux programmes : examens périodiques de santé, prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, programmes personnalisés de prévention où les professionnels de santé jouent un rôle majeur. Les axes de cette prévention sont très médicalisés

Les comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé constituent un réseau associatif bâti sur des valeurs communes de prévention et de promotion de la santé faisant référence à la charte d'Ottawa. Leurs missions sont larges et concernent la conception, la mise en œuvre, la planification et l'évaluation de programmes. Ils ont une fonction de conseil méthodologique et de formation. Ces comités apparaissent aujourd'hui comme un relais crucial pour décliner les actions de prévention et de promotion de la santé aux niveaux régional et local. Cependant, ce tissu est très fragile et a besoin de soutien financier pérenne pour inscrire dans le temps les programmes de prévention et pour professionnaliser durablement ce champ.

Le système éducatif est l'un des principaux acteurs de prévention des jeunes, avec bien entendu la famille. Les missions de promotion de la santé en faveur des élèves ont été définies, en 2001, et restent d'actualité. Les activités éducatives de l'école se distinguent des choix éducatifs des parents et ne sont pas du même ordre. L'école a pour mission de donner les moyens de faire des choix éclairés et responsables. L'éducation pour la santé est organisée autour du développement des compétences individuelles, de la transmission des connaissances et du développement d'un regard critique sur l'environnement social... Les questions d'éducation à la sexualité et de prévention des risques sont majeures à cet âge. Si le cadre est dressé, il reste actuellement beaucoup à faire dans ce domaine, notamment en formation et en appui aux politiques locales. Quant à la médecine scolaire, elle se centre, aujourd'hui, plus sur les bilans médicaux, la prise en compte des besoins d'élèves atteints de maladies chroniques et certaines situations d'urgence que sur l'éducation pour la santé. Il existe un écart considérable entre les missions qui lui sont confiées et les moyens alloués. L'avenir de la médecine scolaire est à discuter ; elle se situe entre un modèle centré sur les problématiques sanitaires et un modèle centré sur la population des élèves, axé sur les questions de promotion de la santé.

Les médecins généralistes contribuent, quant à eux, très largement à la prévention dite médicalisée. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, faisant référence au coût de la prévention, évoquait des dépenses visibles de prévention et des dépenses cachées, notamment pour ce qui concerne les activités réalisées en consultation principalement par les généralistes. Ces activités représenteraient deux tiers des dépenses de prévention en France évaluées à 10,5 milliards d'euros. Il s'agit de prévention médicalisée : activités de vaccination (prévention primaire), de repérage précoce et d'intervention brève (alcool, cannabis), de conseils minimaux pour le tabagisme, de dépistage... Toutes ces activités de prévention s'effectuent au fil des consultations. Elles sont le plus souvent effectuées de façon « opportuniste » par le médecin. Ces pratiques cliniques préventives gagneraient à être organisées à l'échelle d'une patientèle, d'un territoire donné. Elles prendraient alors une dimension collective et relèveraient de programmes de santé publique. C'est l'un des enjeux de la médecine ambulatoire de demain.

L'hôpital, qui a pourtant une mission de prévention, a une activité qui reste, dans ce domaine, très marginale. Le financement à l'activité apparaît, aujourd'hui, comme une contrainte supplémentaire à son développement. Seule embellie, la prise de conscience de la part des hospitaliers du besoin d'une prise en charge globale ; elle s'est traduite par leur inscription dans des réseaux de santé afin de faciliter le parcours de soins et de prévention de leurs patients et par le développement au sein des établissements de santé de nombreux programmes d'éducation thérapeutique, programmes qui apparaissent aujourd'hui comme le principal investissement en prévention des établissements hospitaliers.

Les médecins du travail évaluent les risques auxquels les salariés sont exposés, y compris les nouveaux risques résultant de nouvelles formes de travail, de l'évolution technologique, de l'intensité de la compétition économique. Ils planifient la prévention en développant des mesures de protection collective pour essayer d'adapter au mieux le travail à l'homme.

Enfin, les associations s'engagent de plus en plus en prévention dans le champ de l'éducation pour la santé en prévention primaire, mais aussi dans l'éducation thérapeutique du patient, notamment dans des actions d'accompagnement à l'observance. Les associations sont même devenues incontournables pour des actions ciblées en direction de groupes spécifiques, de populations difficilement accessibles. Elles relèvent actuellement le défi de la formation de leurs bénévoles ou de leurs salariés et s'engagent de plus en plus à respecter des référentiels de qualité. Un certain nombre d'entre elles sont agréées par les pouvoirs publics.

Les enjeux

Ils relèvent essentiellement de la gouvernance. Un regard sur les organisations de nos voisins européens et d'outre-Atlantique éclaire sur les modalités possibles d'organisation.

En Belgique, la politique de promotion de la santé est assurée par le gouvernement et la mise en œuvre est devenue communautaire et régionale. Le pilier du système préventif est la médecine scolaire et la protection maternelle

et infantile (PMI), ce qui contraste avec la France dont le réseau de PMI varie d'un département à l'autre et qui s'interroge sur l'avenir de sa médecine scolaire.

Au Québec, il existe une conception élargie de la prévention prenant en compte les déterminants de santé. La décentralisation des responsabilités afin de mieux adapter les services aux besoins des communautés est une réalité. Le Québec dispose de leviers majeurs, grâce à sa loi de santé publique et la responsabilité populationnelle des instances locales, pour structurer et coordonner une action concertée sur les déterminants de la santé. Il serait intéressant que notre prochaine loi de santé publique s'inspire de cette loi particulièrement structurante.

Notre système de santé est en plein bouleversement. De nombreuses réformes ont été engagées depuis maintenant presque trente ans : les réformes hospitalières, la création des agences de sécurité sanitaire, la loi sur les droits des malades (2002), la loi de santé publique (2004). Toutes ont contribué, par touches, à mieux structurer la prévention. Le prochain acte est une meilleure prise en compte de la prévention dans notre pays avec la création des agences régionales de santé (ARS), réforme majeure attendue depuis longtemps, qui vise notamment à mieux intégrer la prévention et le soin et à faire émerger la prévention dans les structures de décision. Le processus de régionalisation est en marche pour une meilleure prise en compte de la santé publique intégrant les dimensions collectives et individuelles de la santé.

Remerciements à Andrée Piekarski, directrice de Flammarion Médecine-Sciences, qui m'a incité à mettre en chantier cet ouvrage, attirant mon attention sur le fait que la prévention n'avait jusqu'à présent pas fait l'objet d'un ouvrage général abordant l'ensemble du champ.

Merci pour sa confiance.

François BOURDILLON
Patrimoine, Corse, été 2008

