

LES **AVIS**
DU CONSEIL
ÉCONOMIQUE,
SOCIAL ET
ENVIRONNEMENTAL

Les enjeux
de la prévention
en matière de santé

Jean-Claude Etienne
Christian Corne

2012

2012-03

NOR : CESL1100003X

Mardi 21 février 2012

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mandature 2010-2015 - Séance du 14 février 2012

LES ENJEUX DE LA PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ

Avis du Conseil économique, social et environnemental

présenté par

MM. Jean-Claude Etienne et Christian Corne, rapporteurs

au nom de la

section des affaires sociales et de la santé

Question dont le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par décision de son bureau en date du 22 février 2011 en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au Conseil économique, social et environnemental. Le bureau a confié à la section des affaires sociales et de la santé la préparation d'un avis sur *Les enjeux de la prévention en matière de santé*. La section des affaires sociales et de la santé, présidée par M. François Fondard, a désigné MM. Jean-Claude Etienne et Christian Corne comme rapporteurs.

Sommaire

■ Synthèse de l'avis	4
■ Avis	8
■ Introduction	8
■ La prévention : une exigence première de santé publique	9
■ La prévention : en amont de toute nouvelle politique globale de santé	9
■ La prévention : réponse obligée en France aux problématiques de santé et de société	10
✎ Des indicateurs d'inégalités sociales et territoriales persistantes sur l'état de santé de la population	10
✎ Une approche collective de la prévention, l'impact de l'environnement, des conditions de vie et de travail	11
■ La prévention en France : un manque de stratégie globale	14
✎ Une politique de prévention aux contours mal définis	14
✎ Une politique encore mal coordonnée	16
■ Préconisations : perspectives	18
■ Initier et diffuser une culture collective de la prévention et accompagner son appropriation par chacun	18
✎ La prévention, élément clef du système de santé	18
✎ Les préconisations	19
■ Fonder de nouvelles approches en prévention et santé publique	22
✎ Des nouvelles approches fondées sur l'apport des techniques modernes et des connaissances nouvelles	22
✎ Les préconisations	23

■ Initier une gouvernance nationale de la prévention et une déclinaison territoriale adaptée	25
↘ Initier l'indispensable action interministérielle	26
↘ Mieux coordonner le sanitaire, le social et le médico-social	26
■ Renforcer le volet prévention de la prochaine loi de santé publique	27
↘ Nécessité de cibler les programmes de prévention	27
↘ Les préconisations	27
■ Déclaration des groupes _____	29
■ Scrutin _____	48
Annexes	50
<i>Annexe n° 1 : liste des personnes auditionnées</i>	50
<i>Annexe n° 2 : glossaire</i>	51
<i>Annexe n° 3 : table des sigles</i>	52
<i>Annexe n° 4 : bibliographie</i>	53

LES ENJEUX DE LA PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ

Synthèse de l'avis¹

La prévention en matière de santé est l'un des défis majeurs d'une politique sanitaire encore trop centrée sur le curatif.

Pour le Conseil économique, social et environnemental, plusieurs raisons militent pour qu'aujourd'hui la France donne *un nouvel élan à sa politique de prévention* :

- **Au niveau individuel**

Les lacunes de sa politique de santé perdurent : en dépit d'indicateurs de santé globalement bons, la mortalité prématurée est plus élevée et l'espérance de vie sans incapacité plus faible que dans les autres pays de l'Union européenne. Les inégalités sociales et régionales d'accès à la santé persistent. L'espérance de vie d'un cadre à 35 ans est ainsi de 6,3 ans supérieure à celle d'un ouvrier.

- **Au niveau collectif**

L'impact de l'environnement et des conditions de vie est encore trop peu pris en compte. Les pollutions atmosphériques seraient ainsi responsables de 30 000 décès prématurés en France, les pathologies comme le saturnisme perdurent. Les conditions de travail ont également un impact d'autant plus préoccupant que la démographie des médecins du travail s'annonce défavorable.

La nécessité d'apporter des réponses aux nouveaux défis sanitaires : progression des maladies chroniques, niveau élevé des addictions et une consommation de médicaments supérieure à celle de nos voisins européens.

Les leviers existent pour mettre en œuvre une politique de prévention plus efficace :

- **en apportant des réponses concrètes aux lacunes de notre dispositif**

à savoir :

- une recherche encore à développer, en épidémiologie notamment ;
- une difficile identification des financements affectés à la prévention faute de distinction suffisante entre curatif et préventif (5,9 milliards d'euros ont été consacrés à la prévention en 2010 auxquels s'ajoutent des dépenses estimées à 5,7 milliards et comptabilisées au titre du curatif) ;
- une évaluation lacunaire et surtout une gouvernance complexe en raison d'une pluralité d'acteurs nationaux et locaux, aux compétences souvent mal définies.

- **en tirant pleinement parti des potentialités ouvertes par les nouvelles approches (neurosciences, télémédecine...).**

¹ L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public par 194 voix et 1 abstention (voir le résultat du scrutin en annexe).

Les principales préconisations

➤ Initier et diffuser une culture collective de la prévention et accompagner son appropriation par chacun.

La prévention en matière de santé repose à la fois sur la sensibilisation et l'implication de chaque individu, la formation de l'ensemble des professionnels concernés mais aussi la promotion par la collectivité des conditions de vie et de travail propices à un bon état de santé de la population. Le succès de cette politique de prévention s'appuie donc sur trois piliers :

L'implication de tous les citoyens à chaque étape de leur vie :

- en assurant le suivi de chaque individu en construisant un véritable parcours de prévention « citoyen ». Il pourrait prendre appui sur des échéances médicales programmées. L'atteinte de cet objectif suppose que la Protection maternelle infantile (PMI) et les services de médecine scolaire, universitaire et du travail puissent jouer pleinement leur rôle et donc disposer des moyens nécessaires. Ce suivi sera également assuré à travers la traçabilité des informations notamment en prévoyant un volet prévention dans le Dossier médical personnel (DMP) ;
- en promouvant la sensibilisation de chacun, à l'école, notamment par l'inscription de la prévention dans les programmes de sciences et technique du vivant dans le cycle préélémentaire et élémentaire ;
- en encourageant les organisations professionnelles à accompagner les entreprises, en particulier les TPE et les PME dans le déploiement d'actions de prévention et en soutenant les initiatives des Caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) dans ce domaine. Enfin la sensibilisation à la prévention des acteurs du domaine social (assistantes sociales...) et l'amélioration de leur collaboration avec les personnels soignants apparaît comme un enjeu essentiel en matière de prévention.

La formation des professionnels de santé :

- en inscrivant la prévention dans les questions soumises au contrôle de connaissance afin d'en promouvoir l'apprentissage, de renforcer les enseignements sur le diagnostic clinique et sur la connaissance des médicaments dans les études médicales et paramédicales ;
- en veillant à intégrer la prévention dans les orientations annuelles du Développement professionnel continu (DPC) fixées par le ministre.

➤ Fonder de nouvelles approches en prévention et santé publique

Accroître l'efficacité des politiques de prévention suppose :

- de développer des campagnes d'information qui favorisent une meilleure appropriation des messages de prévention par la prise en compte des aspirations, des réticences voire des refus de la population. Leur impact serait accru par l'usage des bonnes pratiques, tirées notamment des neurosciences, et regroupées dans une charte dont la rédaction serait confiée à l'INPES ;

- de partager la connaissance en temps utile notamment :
- les nouveaux outils comme la cartographie des pathologies en progression de manière à faire apparaître des facteurs de risques sanitaires ;
- en renforçant la capacité épidémiologique de la France et la qualité des politiques d'évaluation (notamment en confiant au Haut Conseil de la santé publique (HSCP) et à la Haute autorité de santé (HAS) le soin de codifier la méthodologie et en permettant à l'INPES de mettre son expertise au service de la prévention dans le domaine de la santé au travail).

La meilleure responsabilisation de la collectivité

- dans les activités économiques, par exemple en renforçant le respect des normes de rejet et de nuisances ou le contrôle des produits chimiques toxiques ou allergènes dans les marchandises importées ;
- au niveau de l'habitat ou du cadre de vie en pensant, par exemple, les mobilités douces et en rendant accessible une alimentation saine, en donnant les moyens de respecter les engagements du Grenelle.

➤ Initier une gouvernance nationale de la prévention et une déclinaison territoriale adaptée

La définition d'une nouvelle gouvernance interministérielle est indispensable pour remédier à la très forte dispersion des acteurs. En effet, la prévention en matière de santé ne relève pas de la seule sphère de la santé mais implique plus largement l'ensemble des politiques publiques (habitat, éducation nationale, travail et emploi...).

Aussi le CESE préconise un schéma d'organisation souple :

- un ou deux objectifs annuels prioritaires en matière de prévention seraient fixés, sous l'égide du Premier ministre, aux ministres concernés.

Le Secrétaire général du gouvernement (SGG) validerait la cohérence interministérielle de ces objectifs et de leur déclinaison opérationnelle.

Le Comité d'animation du système d'agences (CASA) inscrirait dans son programme de travail un nouveau thème relatif à l'articulation de la Direction générale de la santé (DGS), des autres ministères et des agences sanitaires. Ce groupe serait piloté par la DGS qui inviterait les ministères concernés.

Par ailleurs, cette gouvernance ne saurait être efficace sans une meilleure coordination du sanitaire, du social et du médico-social afin de favoriser la continuité entre les soins et la prévention. Cette mission relève en grande partie des Agences régionales de santé (ARS).

Aussi le CESE préconise d'enrichir ses travaux par une étude particulière sur ce nouveau rôle des agences dans le cadre de la loi Hôpital-patients-santé-territoires (HPST).

Renforcer le volet prévention de la prochaine loi de santé publique qui pourrait voir le jour en 2012.

Le Conseil économique, social et environnemental préconise :

- de sélectionner et de hiérarchiser des objectifs évaluables ;
- de sélectionner les stratégies les plus efficaces ciblant au plus près les populations à risque ;
- de mettre en place un pilotage clair assorti des financements nécessaires ;
- de relayer ces objectifs par des campagnes d'information nationales et locales.

Le dispositif législatif devra comporter un volet de prévention dédié aux jeunes.

Avis

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

La prévention associe une implication personnelle, une vigilance des professionnels de santé et une responsabilité collective.

L'OMS distingue trois types d'actions de prévention.

- *La prévention primaire* qui a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur ses causes.
- *La prévention secondaire* qui vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où la prise en charge efficace des individus malades peut intervenir utilement.
- *La prévention tertiaire* qui a pour objectif de diminuer la prévalence des récidives et des incapacités conséquentes.

Des études récentes ajoutent la prévention quaternaire, non encore reconnue par l'OMS. Elle se caractérise par l'ensemble des activités de santé destinées à atténuer ou à éviter les conséquences de l'intervention inutile ou excessive du système de santé. Elle recouvre par exemple la prévention de la surmédicalisation. Elle mérite, sans doute à elle seule, un avis complémentaire notamment à la lumière des technologies nouvelles, des dispositions législatives récentes et de l'éthique.

Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) s'est, en 2003, déjà très largement impliqué sur la prévention (Rapport et avis sur *La prévention en matière de santé*, M. Guy Robert, rapporteur). De propos délibérés, l'avis n'avait pas abordé les questions devenues de plus en plus prégnantes que sont les risques environnementaux et la médecine prédictive. Le présent avis inclut ces enjeux :

- en faisant de la prévention une exigence de santé publique ;
- en définissant la prévention comme un élément clé pour une meilleure gestion de la santé tout au long de la vie ;
- en donnant à chacune et à chacun les moyens d'être acteur de sa propre santé ;
- en étudiant l'impact de l'environnement et les conditions de vie ;
- en prenant en compte l'apport récent de la génétique ;
- en approchant la problématique des nécessaires investissements et en évaluant leur efficacité tant au plan humain qu'économique ;
- en organisant de nouvelles approches de la prévention et les nouveaux outils nécessaires à la prochaine loi de santé publique.

La prévention : une exigence première de santé publique

La prévention : en amont de toute nouvelle politique globale de santé

La formalisation d'une politique publique de prévention, dans un système de santé longtemps construit autour d'une démarche essentiellement curative, est récente. Les progrès techniques médicaux sont souvent privilégiés au regard de la promotion de la santé. Or, la prévention comme les soins curatifs font nécessairement partie d'une politique globale de santé. Cette complémentarité fondamentale se trouve progressivement traduite dans le droit.

Inscrite dans la loi en 2002, la prévention entre clairement avec la loi du 9 août 2004 dans le champ de la santé publique. La politique de prévention « *s'étend à toutes les dimensions de l'état sanitaire de la population, qu'elles soient préventives ou curatives* ». Cette approche collective de la santé est confortée en 2009 (loi Hôpital-patients-santé-territoires (HPST) - 21 juillet 2009). La loi définit un cadre d'actions pour développer la promotion de la santé, de la prévention et de l'éducation thérapeutique. Les Agences régionales de santé (ARS) deviennent les pilotes régionaux de ce développement. Le Plan santé au travail n° 2 est également l'un des déterminants d'une politique globale de prévention et de santé.

Une bonne politique de prévention trouve ses racines dans la mise en œuvre effective des missions des PMI que ce soit au sein des centres de consultation ou des écoles préélémentaires par la réalisation de bilans. Les schémas départementaux de PMI négligent bien souvent cette compétence et cette exigence fixée par la loi, faute de moyens suffisants pour mener à bien cette politique auprès des tout-petits.

La médecine scolaire, par la réalisation de bilans de santé chez les jeunes, participe également à cet objectif. Pour autant, la situation démographique des professionnels de santé (1 478 médecins scolaires et 8 429 infirmier(e)s en 2011) est préoccupante. Au 1^{er} janvier 2011, la moyenne d'âge des médecins scolaires atteint 53,5 ans et les trois quarts d'entre eux partiront à la retraite dans les quinze prochaines années.

La convention médicale prévoit de renforcer l'implication des médecins dans les campagnes de prévention (vaccinations, pathologies infectieuses aiguës, chroniques, programmes spécifiques à certaines populations, tabac chez la femme, obésité de l'enfant) et met en place des mesures en faveur de l'accompagnement des patients pour prévenir les aggravations et améliorer leur qualité de vie.

La prévention : réponse obligée en France aux problématiques de santé et de société

Certains domaines de la santé, dont les affections chroniques, exigent un dispositif cohérent de prévention. C'est un enjeu fort pour la France où, si la situation sanitaire est globalement favorable, trois difficultés majeures subsistent.

Des indicateurs d'inégalités sociales et territoriales persistantes sur l'état de santé de la population

❑ *Une mortalité prématurée évitable plus élevée en France que dans les autres pays européens*

L'état de santé des Français apparaît globalement bon, mais la mortalité prématurée, c'est-à-dire survenant avant l'âge de 65 ans, reste l'une des plus élevées de l'Union européenne (Rapport 2011 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). En outre, des disparités sensibles perdurent entre hommes et femmes, entre territoires ou entre catégories sociales et dans certains groupes de population. À cette mortalité prématurée évitable s'ajoute une espérance de vie sans incapacité plus faible en France que dans d'autres pays. Certains facteurs de risque sont désormais bien identifiés par les études épidémiologiques : tabac, nutrition, sédentarité, alcool, expositions professionnelles, environnement, produits illicites... La réduction des facteurs de risques et des comportements à risque qui peuvent en découler, en tenant compte des contextes sociaux de consommation, des conditions de travail et de l'environnement s'avère un enjeu de première importance, gage d'efficacité dans les actions de santé.

❑ *Des disparités régionales et intra régionales*

La déclinaison territoriale des objectifs de santé nationaux a permis de mettre en lumière les différences de mortalité et de morbidité entre, mais également au sein même, des régions françaises métropolitaines (Drees - janvier 2011). Lorsque ces données régionales ou départementales existent, ces différences territoriales sont sensibles pour de nombreux problèmes de santé. En Picardie, région qui présente - hors Outre-mer - les indicateurs de santé les plus défavorables, après le Nord-Pas-de-Calais, l'écart d'espérance de vie à la naissance est de plus de deux ans pour les femmes et de trois ans pour les hommes entre le sud et le nord de la région. La situation est analogue en ÎledeFrance entre les départements des Yvelines et de Seine-Saint-Denis.

Ces disparités trouvent également une traduction dans les fortes variations régionales de la densité médicale (370 médecins pour 100 000 habitants en région PACA et 251 pour la Martinique).

La situation sanitaire plutôt favorable de la France ne doit pas cacher d'importantes inégalités sociales en santé. L'espérance de vie d'un cadre à 35 ans est de 6,3 ans supérieure à celle d'un ouvrier. Cette inégalité accentuée allie une vie plus courte et un taux d'incapacité plus fréquent. Néanmoins ce sont les déterminants liés à l'environnement, à l'éducation, aux conditions de vie et de travail et les comportements plus que l'accès aux soins qui expliquent ces écarts. La Drees souligne, en 2011, des disparités régionales importantes pour de nombreux indicateurs de santé et ce, dès le plus jeune âge. Aussi, les politiques

dans le domaine de la lutte contre les inégalités sociales de santé doivent s'attacher à agir précocement sur l'offre alimentaire, l'absence d'exercice physique, les addictions, l'insalubrité de l'habitat et l'exposition à des agents toxiques et infectieux. Les inégalités perdurent tout au long de la vie, en fonction des conditions même de vie associées aux catégories professionnelles. Dès lors, la définition d'une politique de prévention sanitaire doit associer l'ensemble des politiques publiques : logement, éducation, environnement, emploi et conditions de travail. Elle doit prendre en compte les besoins spécifiques des publics concernés en fonction de leur âge, de leur isolement éventuel... Ainsi, par exemple, la prévention en matière de santé psychique, de sexualité ou de conduite à risque est essentielle pour les jeunes.

Au Royaume-Uni, les autorités locales de santé disposent d'une large autonomie pour adapter les objectifs à leurs spécificités. Les acteurs de santé définissent une stratégie commune dans les régions frappées par des difficultés socio-économiques (les *Health action zone* - zones d'actions de santé prioritaires). Ces zones comprennent des *Healthy living centers*, dotés d'objectifs précis en matière de promotion de la santé. Ces centres, financés par les recettes de la Loterie nationale, conduisent des actions complémentaires aux autres institutions. Ils offrent des accompagnements ciblés à la population, donnent par exemple des conseils en matière de nutrition et de santé et proposent des exercices physiques pour diminuer la prévalence des affections chroniques. Par ailleurs, dans le cadre de la lutte contre le tabagisme, certaines régions ont mis en place des services d'aide aux personnes souhaitant arrêter de fumer.

Une approche collective de la prévention, l'impact de l'environnement, des conditions de vie et de travail

L'explicitation des liens de causalité entre l'environnement, les conditions de vie et de travail et la santé permet d'agir plus efficacement sur les déterminants de santé et contribue à apporter des réponses aux défis sanitaires.

□ *La place des déterminants de santé, l'impact de l'environnement et des conditions de vie*

L'impact de l'environnement n'est plus à démontrer : par exemple, les relations entre la pollution de l'air et les insuffisances respiratoires, notamment chez l'enfant. Les pollutions atmosphériques sont considérées comme responsables de plus de 30 000 décès prématurés par an en France. Autre exemple, selon l'OMS, 19 % des cancers à l'échelle mondiale peuvent être attribués à l'environnement, y compris en milieu professionnel. La pollution de l'air intérieur résultant des matériaux utilisés par les métiers du bâtiment, de l'usage de produits d'entretien, etc. ne doit pas être sous-estimé.

Pour d'autres pathologies (dérèglements hormonaux, atteinte du système nerveux...), même s'il n'existe pas de consensus scientifique sur leur cause génétique et/ou environnementale, personne ne nie plus l'impact de certaines pollutions sur la santé (sonore, ondes, etc.).

L'un des axes du Plan national santé environnement II (2009-2013) prend en compte certaines de ces dimensions et propose des actions de prévention adaptées.

L'impact des conditions de vie sur la santé est également indéniable : saturnisme lié à la présence de plomb, pathologies respiratoires, infections dermatologiques dues à des problèmes de ventilation et de chauffage, autant d'effets sanitaires du mal logement (Fondation Abbé Pierre, rapport annuel 2010).

❑ *L'impact des conditions de travail*

En 2008, le CESE, (avis sur le *Projet de loi de programme relatif à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement*), soulignait, dans la plupart des cas, la faiblesse de la marge de manœuvre individuelle face à l'exposition aux risques environnementaux. Elle l'est particulièrement dans le milieu professionnel, où les employeurs ont une obligation de résultat au regard des conditions de santé et de sécurité des salariés. Le CESE souhaitait renforcer les structures d'expertise des risques professionnels actuels et émergents (médecine du travail, ANACT, INRS, INSERM...) et mieux adapter les tableaux des maladies professionnelles aux risques actuels.

La prévention dans les entreprises ne relève pas des seuls médecins du travail, les Intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) peuvent jouer un rôle important. Ces préventeurs (technicien ou ingénieur) sont dotés des compétences techniques, organisationnelle, voire médicale qui leur permettent de participer à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail.

Les salariés sont inégaux au regard de la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail. Dans les entreprises de moins de 50 salariés, il n'existe pas de CHSCT ; de plus, les TPE-PME ne disposant pas de leur propre service de santé au travail, doivent s'appuyer sur les Services interentreprises de santé au travail (SIST) ; or, ceux-ci ne sont parfois pas en mesure d'assurer les visites obligatoires périodiques des salariés en raison notamment de la pénurie de médecins. En effet, si 5 600 médecins du travail suivent environ 3 000 salariés chacun, ces ratios se dégradent. 60 % des médecins du travail ont aujourd'hui plus de 55 ans et leur nombre devrait se stabiliser à 3 000 dans 10 ans. Dès lors, les disparités se creuseront encore entre les gros bassins d'emplois et les départements éloignés.

❑ *Les défis sanitaires*

📖 *Agir en amont sur les affections chroniques*

L'augmentation du nombre d'affections chroniques n'est pas uniquement liée à l'allongement de l'espérance de vie. Elle intervient au titre de « *l'usure physiologique des composants de l'organisme humain* » dont les facteurs déterminants immédiats sont souvent à chercher dans les conditions de vie et de travail. Leur importance dans la survenue de ce type d'affection (exemple : la maladie arthrosique) doit être soulignée. L'une de ces affections, l'obésité, est aujourd'hui une priorité sanitaire et politique. Ses causes sont complexes, elle touche aussi les enfants qui pourraient développer des risques associés comme les maladies métaboliques, les affections cardiovasculaires, neurologiques et endocriniennes. Le rôle joué par la nutrition comme facteur de protection ou de risque des pathologies les plus répandues en France est important, qu'il s'agisse du cancer, des maladies cardiovasculaires, de l'obésité, de l'ostéoporose ou du diabète de type 2. Une politique nutritionnelle ambitieuse constitue une priorité de santé publique.

📄 Agir contre les addictions

La prévention des comportements addictifs est complexe. L'addiction peut être vécue sous différentes formes : alcool, tabac, médicaments, drogue, jeux... et pour différentes raisons : précarité, économie souterraine, mal-être, accidents de la vie, politique de la performance... Alors que l'économie d'aujourd'hui propose une société de consommation sans limite, il est urgent, dans l'intérêt général et pour l'avenir, de réagir à des situations où des catégories de la population sont particulièrement vulnérables, en l'occurrence les jeunes. Déjà en 2003, le CESE avait souligné que la prévention des comportements addictifs exige un approfondissement de la connaissance des déterminants économiques et sociaux de la santé. En 2011, qu'en est-il ? Les neurosciences permettent une meilleure compréhension des ressorts des décisions individuelles et favorisent le développement de moyens susceptibles d'induire des changements de comportements, « *en laissant toutefois à l'individu la liberté de ne pas adhérer à la direction suggérée* ». D'une façon générale, il est nécessaire d'associer sciences médicales et sciences humaines pour une prise en charge plus efficace des addictions et de renforcer les politiques de santé s'y rapportant.

📄 Renforcer le contrôle sur les médicaments

L'efficacité et l'innocuité des médicaments participent à la prévention sanitaire. Pour être effectif ce postulat doit s'accompagner d'une pharmacovigilance opérante. En effet, les récentes affaires ont révélé au grand jour les défaillances du dispositif français de sécurité sanitaire.

La loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé récemment adoptée par le Parlement, propose une nouvelle gouvernance des produits de santé et vise à renforcer la transparence dans le processus de décision.

📄 Sortir de la surconsommation de médicaments

Personne ne nie les progrès considérables que les médicaments ont permis au cours du siècle écoulé : vaccins, prise en charge de la douleur, etc. Les médicaments ont contribué de manière décisive au recul de la maladie et à la hausse de l'espérance de vie en bonne santé. Cependant, l'offre médicale doit répondre aux besoins réels des usagers, être de qualité et faire l'objet d'évaluations régulières. Les Français sont de grands consommateurs de médicaments. En France, 9 consultations sur 10 donnent lieu à une ordonnance, ce taux est de 7/10 en Allemagne et de 4/10 aux Pays-Bas. Pourtant, les Allemands et les Néerlandais ne sont pas en moins bonne santé que les Français.

Le « tout médicament » français pose question en termes de financement mais également de sécurité sanitaire : les accidents iatrogènes (complications provoquées par la prescription ou les conditions de prise d'un traitement médicamenteux) sont responsables de 130 000 hospitalisations et 10 000 décès chaque année dont les personnes âgées sont les premières victimes.

La consommation d'antibiotiques, au vu de la croissance des résistances bactériennes, pose une grave question de santé publique. En Europe, 25 000 décès par an sont dus à des bactéries résistantes. Or, la France consomme annuellement 2 à 4 fois plus d'antibiotiques que les autres pays européens comparables.

En France, une personne sur quatre consomme au moins une fois par an des médicaments psychotropes (somnifères, antidépresseurs, anxiolytiques et neuroleptiques), une sur dix en consomme régulièrement (plus de trois mois).

Les anxiolytiques et les hypnotiques (benzodiazépines) sont parmi les médicaments les plus consommés en France et leur prescription excessive tend à les banaliser. Pour les benzodiazépines, les trois quarts des usagers en consomment pendant plus de six mois, ce qui est très au-delà des recommandations actuelles. Pour les psychotropes, la consommation française est plus élevée que celle des autres pays européens, de 5 à 10 fois plus pour les anxiolytiques et les hypnotiques, l'écart étant moins marqué pour les antidépresseurs. Ces deux exemples montrent la nécessité d'offrir des alternatives au tout médicament : la HAS a publié, en 2011, un rapport pour sortir de la prise en charge centrée sur le médicament en développant une offre de thérapeutiques non-médicamenteuses validées.

Réduire l'exposition aux toxiques

L'exposition à une multitude de composés chimiques (pesticides, plastifiants etc.) a des effets sur la santé incontestables mais difficiles à comptabiliser : perturbations endocriniennes, atteintes du système nerveux central, allergies, cancers... Les études d'impact lors de la préparation du règlement *Reach* faisaient état d'une diminution possible de 10 % des maladies causées par les substances chimiques (4 500 décès annuels par cancer), soit de 0,1 % de l'ensemble des maladies. La réduction des dépenses de santé induite par l'application de ce règlement est ainsi estimée à 50 milliards d'euros dans l'Union européenne sur 30 ans (cf. PNSE II).

Cette exposition aux toxiques peut résulter de l'usage ou de l'absorption de produits importés. En effet, conformément aux règles communautaires, le marquage « Communauté européenne (CE) » par exemple incombe au fabricant du produit. Un dommage sanitaire peut survenir entre la mise sur le marché et le retrait d'un produit qui se révélerait non conforme.

Le champ de la santé publique est progressivement investi par le principe de précaution. Il se définit par l'attitude de toute personne qui prend une décision concernant une activité dont on peut raisonnablement supposer qu'elle comporte un danger grave pour la santé ou la sécurité des générations actuelles ou futures, ou pour l'environnement. Il commande de prendre toutes les dispositions permettant, pour un coût économiquement et socialement supportable, de détecter et d'évaluer le risque, de le réduire à un niveau acceptable et, si possible, de l'éliminer. Ce dispositif de précaution doit être proportionné à l'ampleur du risque et peut être à tout moment révisé. La vaccination contre la grippe H1N1 offre un exemple de la mise en œuvre de ce principe.

La prévention en France : un manque de stratégie globale

Une politique de prévention aux contours mal définis

Une recherche à amplifier

L'épidémiologie qui permet de définir la relation entre une maladie et des facteurs supposés intervenir est essentielle à la détermination de cibles de prévention pertinentes.

Au-delà des seules données d'ordre épidémiologique, les activités de recherche dans le domaine de la prévention sont dispersées (exemple : les données sociologiques, utiles à la définition d'une politique de prévention, proviennent de sources multiples et sont rarement colligées et exceptionnellement synthétisées).

❑ *Les évolutions de la perception de la génétique*

La médecine prédictive permet de rechercher parmi les individus sains ceux qui sont susceptibles de développer une affection déterminée et, *a contrario* ceux qui sont protégés, donc résistants à certaines affections. La mise en évidence, dans les années 1980, du rôle du génome dans la survenue des maladies a permis de mettre en lumière « ces gènes de susceptibilité ». Pour autant, cette expression de certains gènes apparaît de plus en plus conditionnée dans son mode de régulation par les conditions environnementales et par les comportements : la génétique de chacun d'entre nous propose mais c'est l'épigénétique (l'environnement) qui dispose.

Ces avancées scientifiques suscitent des espoirs mais aussi des inquiétudes sur des possibles dérives : sélection des clients par les assureurs sur la base de tests génétiques ou, comme parfois aux États-Unis, sélection des salariés sur les mêmes bases. Autre effet pervers, les risques de dérapage des diagnostics préimplantatoires permettant de sélectionner des embryons et de supprimer ceux qui sont porteurs de gènes susceptibles de provoquer le développement d'une maladie.

L'éthique ne peut se concevoir que comme un « humanisme » qui est souvent incompatible avec l'économie politique basée, surtout actuellement, sur la finance.

❑ *Les insuffisances d'évaluation des politiques de prévention*

L'évaluation est un élément central de la politique de prévention mais les différents types d'évaluation mis en œuvre par les pouvoirs publics sont perfectibles (Cour des comptes - 2011).

D'une part, l'évaluation effectuée avant la mise en œuvre de l'intervention publique, en faisant appel à de nombreux experts, peut conclure à des expertises parfois contradictoires. Elle nécessite une approche globale et pluridisciplinaire pour appréhender les aspects scientifiques, économiques et financiers, sociaux et sociétaux d'un programme de prévention. Cette approche, mise en œuvre par la Haute autorité de santé (HAS) et le Haut conseil de la santé publique (HCSP) reste embryonnaire, comme le souligne la Cour des comptes.

D'autre part, l'évaluation effectuée après cette mise en œuvre de l'intervention publique révèle également ses limites. La Drees assure le suivi des objectifs de la loi de santé publique de 2004 et le HCSP en réalise l'évaluation. La Cour démontre que ces deux évaluations sont assez similaires et peu conclusives sur le bilan à tirer de l'évolution des objectifs de la loi.

❑ *Une estimation encore partielle des financements affectés à la prévention*

La traçabilité des financements consacrés à la prévention s'avère complexe.

Ils sont partiellement retracés par les comptes nationaux de la santé qui agrègent :

- les crédits de l'État (crédits délégués aux ARS, subventions aux opérateurs...). Les crédits consacrés à la médecine scolaire et aux programmes en faveur de la qualité de l'alimentation ne sont pas pris en compte ;
- les crédits des départements et des communes selon une clef de répartition qui s'affine mais reste encore approximative ;
- les dépenses de l'assurance maladie isolées dans les fonds nationaux de prévention, d'éducation et d'information sanitaire. Ces fonds ne retracent pas la

totalité des dépenses de prévention, certaines étant comptabilisées au titre des dépenses générales de santé.

La dépense ainsi calculée s'élève à 5,9 milliards d'euros en 2010 (rapport de la Cour des comptes précité et comptes nationaux de la santé 2010) financée par l'État et les collectivités territoriales (60 %) et par l'assurance maladie (16 %). Elle exclut toutefois les actions de prévention réalisées lors des consultations et des courts séjours hospitaliers qui ont été estimés à 5,7 milliards d'euros en 2002 (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé - IRDS -2005) lors d'une enquête non reconduite à ce jour.

Une politique encore mal coordonnée

❑ *Au niveau collectif, une pluralité d'acteurs insuffisamment coordonnés*

Le système français associe des instances :

- dédiées à la prévention en matière de santé, au niveau national, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), le Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) ou la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES) et, au niveau local, les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS), les Comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES) ou les Comités régionaux d'éducation pour la santé (CORES), les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé, les observatoires régionaux de santé ;
- chargées de la santé qui ont progressivement investies le champ de la prévention : la Direction générale de la santé (DGS), les Agences régionales de santé (ARS), les centres de santé, les services de santé au travail et les services de médecine scolaire, les organismes de sécurité sociale et d'assurances complémentaires, les établissements sanitaires et médico-sociaux, la Protection maternelle infantile (PMI) et les associations. Ces structures sont en outre rattachées à divers acteurs, État, collectivités territoriales, Sécurité sociale...

Cette pluralité d'acteurs, aux compétences parfois mal définies, débouche sur une absence de *continuum stratégique* en prévention pour une partie de la population, notamment les jeunes ou les personnes au-delà de leur activité professionnelle.

Cette difficulté de coordonner l'ensemble des acteurs nationaux et d'articuler leur action avec les acteurs locaux est particulièrement préjudiciable pour certaines pathologies notamment les pathologies professionnelles qui comportent un long degré de latence. L'obésité offre à cet égard un exemple éclairant. La prévention nutritionnelle commence très tôt, dès le suivi de la grossesse et au cours de la petite enfance. L'éducation à la nutrition se poursuit tout au long de la vie de l'individu. L'école, l'entreprise, les médias doivent relayer des messages de prévention. Il faut également prendre en compte les facteurs environnementaux. Priorité nationale, l'obésité comporte des spécificités territoriales et appellent donc la mise en place de stratégies globales adaptées.

Les pays en pointe dans le domaine de la prévention se caractérisent par une action transversale et interministérielle impulsée par un centre opérationnel coordonnateur spécifique en matière de prévention au plus haut niveau de l'État.

Ainsi en Allemagne toutes les institutions d'assurance sociale et les *Länder*, présentent un rapport sur la performance de leurs activités au regard de la prévention en santé. Le gouvernement fédéral établit sur cette base un rapport sur la prévention comprenant les avancées et les possibilités d'amélioration.

De même en Finlande, le gouvernement adresse au Parlement, tous les deux ans, un rapport sur l'état de santé de la population et les développements souhaitables en matière de santé publique et de protection sociale. Le ministère des Affaires sociales et de la santé, chargé de son élaboration, travaille en étroite collaboration avec les ministères chargés de l'éducation nationale, de l'aménagement du territoire, de l'emploi, de la construction et du logement, de la culture et des transports. En outre, le gouvernement finance des programmes destinés à promouvoir l'éducation à la santé (établissements de santé et de recherche, ONG).

Enfin, au Royaume-Uni, la prévention dépend des ministères de la santé, de l'éducation, de l'emploi, du commerce et de l'industrie. L'Agence de développement de la santé (*Health Development Agency*, HDA), placée auprès des pouvoirs publics, joue un rôle de conseil dans l'élaboration des mesures à promouvoir et, en contact étroit avec les professionnels de santé, s'attache à prendre en compte les facteurs d'ordre social, économique et environnemental qui influencent la santé. Elle intervient, au-delà du domaine de la santé, sur les secteurs du logement, de l'environnement, des transports, de la lutte contre la pauvreté, de l'éducation, des services sociaux et de l'aménagement urbain.

Au niveau individuel

L'implication de l'individu et pour l'enfant, de sa famille, est une garantie d'efficacité de l'action collective.

Aux confins de la responsabilité individuelle et collective : le dépistage

L'efficacité des dépistages tient en grande partie à leur organisation (Centre d'analyse stratégique 2010 et Cour des comptes - rapport d'évaluation du Plan Cancer I). Le non-remboursement des examens réalisés en dehors des programmes organisés, hors risques particuliers, permettrait d'augmenter l'efficacité sanitaire et économique des dépistages. Par exemple, pour le cancer du col de l'utérus certaines femmes sont « surdépistées » alors que d'autres ne font jamais de frottis. À l'exception du premier dépistage les renouvellements doivent reposer sur des résultats montrant un risque nécessitant un suivi itératif. Ceci permettrait de dégager des économies permettant de renforcer l'organisation du dépistage des femmes non régulièrement suivies.

Implication personnelle et communication

Bien au-delà des questions de responsabilité individuelle, beaucoup d'analystes évoquent les questions de responsabilisation et de culpabilisation de l'individu. Il nous faut, en matière de prévention, emprunter une approche totalement différente et parvenir à dépasser la responsabilisation et la culpabilisation individuelle par la notion d'implication de la personne. Une stratégie de prévention nouvelle pourra induire, chez elle, un désir et une volonté de mieux faire pour préserver son potentiel santé.

Les campagnes de prévention permettent d'informer les populations mais ne suffisent pas à changer les comportements. Pour être effective, la politique de prévention doit être assimilée par tous et prendre en compte les aspirations, les réticences ou les refus de la population. Il n'y a pas de stratégie collective gagnante sans adhésion des individus.

L'association du public à la définition et à la mise en œuvre d'une politique de prévention est nécessaire. Elle favorise l'acceptation de cette politique et la lutte contre la désinformation qui peut être propagée par les différents lobbys *via* des sites commerciaux sur internet.

Perception de l'information et comportement

L'individu est réceptif à l'information si elle répond à sa perception d'un besoin. Il faut créer le besoin, le désir et l'envie de prévention pour rendre réceptif les individus aux nécessaires pratiques de prévention. L'information sera alors perçue comme une réponse à un besoin et non pas comme une doctrine culpabilisante qui a montré ses limites, notamment pour le public adolescent. En la matière, l'obésité est sans doute un domaine privilégié d'innovation et d'optimisation des stratégies de communication et d'information qui s'appuient notamment sur les neurosciences. L'hypothèse actuellement la plus développée met en évidence que, dans le contexte de la préoccupation alimentaire, il faut susciter la volonté de l'individu et la substituer à une émotion culpabilisante.

Le cas particulier de la santé au travail

L'implication peut revêtir des formes diverses, selon le degré d'autonomie de l'individu. Ainsi, l'implication de la personne en milieu de travail se réalise dans le respect du principe de responsabilité de l'employeur.

Préconisations : perspectives

Le présent avis a pour objet de définir une nouvelle politique publique de prévention en matière de santé. Il poursuit quatre objectifs :

Initier et diffuser une culture collective de la prévention et accompagner son appropriation par chacun

La prévention, élément clef du système de santé

La santé appelle une politique de prévention efficace. À cette fin, une nouvelle culture de la prévention, ambitieuse et largement partagée, doit voir le jour. Elle serait fondée sur :

Une conception de la prévention tout au long de la vie

La prévention doit être fortement développée en phase de prévention primaire et couplée aux aspects curatifs dans leur dimension de prévention secondaire et tertiaire (voire quaternaire). Mais c'est une acception large de la prévention qui doit être adoptée, dépassant la seule maladie, elle vise beaucoup plus largement à la promotion de la santé et surtout à la bonne gestion de celle-ci tout au long de la vie.

Une responsabilité et des déterminants collectifs

La responsabilité de la prévention incombe à la famille et à la collectivité. La promotion de la santé passe par l'accompagnement des parents et l'éducation donnée dès le plus jeune âge aux enfants pour une meilleure maîtrise de leur propre santé. Pour améliorer la transmission des conseils et des bonnes pratiques il est nécessaire de les expliquer puis de les mettre en œuvre en famille.

Elle doit limiter l'exposition aux risques (pollutions diverses...), notamment par la réglementation, vecteur efficace, bien qu'insuffisant de la prévention.

Elle doit surtout concilier la recherche d'efficacité des démarches de prévention et le respect de la liberté et de la responsabilité de chacun. En effet, aujourd'hui, certaines politiques de prévention « obligatoires », comme les vaccinations soulèvent des interrogations et risquent d'être remises en cause.

❑ *Une implication citoyenne et une appropriation individuelle*

Rien ne sera possible sans une appropriation de la prévention, où chacun devient acteur de sa propre santé. La collectivité doit mettre les moyens de prévention à disposition, elle doit accompagner, elle doit surtout convaincre par une pédagogie adaptée. C'est là l'enjeu principal de cette diffusion d'une large culture de prévention.

Les préconisations

❑ *Promouvoir la responsabilité collective*

- Dans les activités économiques
 - sensibilisation accrue des chefs d'entreprises par rapport à leurs responsabilités concernant les impacts de leur activité sur la santé (du public et des salariés) ;
 - contrôles renforcés du respect des normes de rejet et de nuisances et amendes dissuasives en cas de non-respect ;
 - contrôles renforcés des produits chimiques toxiques ou allergènes dans les marchandises importées ;
 - renforcer le volet sanitaire des études d'impact et mieux l'insérer dans le débat public.
- Au niveau de l'habitat et du cadre de vie
 - penser l'urbanisme et la rénovation énergétique des bâtiments en intégrant l'approche sanitaire, avec une priorité plus claire donnée à la lutte contre l'habitat insalubre ou trop sonore et une attention particulière portée à la qualité de l'air intérieur ;
 - penser la ville afin de promouvoir les mobilités douces - effets bénéfiques sur la qualité de l'air et sur la santé des modes actifs (marche à pied, vélo) - tout en assurant la sécurité de ses pratiquants.
- En rendant accessible une alimentation saine
 - donner les moyens pour respecter les engagements du Grenelle concernant la réduction de l'utilisation des pesticides et l'augmentation de l'agriculture biologique ;
 - réduction des déchets et des résidus de médicaments, en agissant sur la justesse de leur prescription et leur mode de conditionnement (cf. Plan national sur les résidus de médicaments dans l'eau).
 - renforcer la politique nutritionnelle déclinée dans différents plans, notamment le Plan national nutrition santé et le Plan obésité, en associant davantage les professionnels de santé et de l'éducation, les acteurs impliqués dans la qualité de l'alimentation, et les collectivités territoriales.

❑ Construire un parcours de prévention « citoyen » :

📅 en aménageant des rendez-vous de prévention tout au long de la vie :

L'objectif est d'intégrer, dans ces rendez-vous, un volet prévention. Les principaux thèmes abordés seraient :

- bien-être, santé, activité, travail, environnement... ; activité physique et sportive ; poids et nutrition ; addictions...

Le CESE insiste tout particulièrement sur les bienfaits de la pratique régulière et adaptée des activités physiques et sportives tout au long de la vie.

Ces rendez-vous pourraient avoir lieu à l'occasion d'échéances médicales programmées reposant sur une coordination des différents acteurs (secteur ambulatoire, secteur public). Pour la médecine du travail il pourrait être souhaitable de favoriser les conventions avec les professionnels de santé locaux afin de garantir un meilleur suivi des salariés.

- la visite du 1^{er} trimestre ou au plus tard du 4^{ème} mois de grossesse ;
- les visites de suivi des jeunes enfants. À cet égard, le CESE souhaite réaffirmer la vocation universelle, c'est-à-dire l'accessibilité à toutes les familles de la PMI et son rôle dans la prévention et l'organisation du système de soins dans le respect du principe d'égalité sur tout le territoire. Certaines PMI, faute de moyens, focalisent leur action sur les publics en situation de précarité. Par exemple, les PMI ont pour mission d'intervenir dans les écoles préélémentaires. Dans les faits, faute d'une priorité intégrée dans les schémas départementaux de PMI par les conseils généraux, les médecins de PMI peuvent être amenés à cibler leurs interventions. Or, les PMI jouent, pour les parents notamment, un rôle de première importance en matière de prévention à toutes les étapes de la petite enfance ;
- les visites de médecine scolaire : il convient d'assurer un meilleur suivi des bilans de santé obligatoires, en garantissant au moins une visite de prévention pendant l'enfance en CP ou en CM, et en spécifiant les éléments essentiels de prévention en l'occurrence chez l'enfant consulté. Le CESE soutient la proposition du CESR d'Île-de-France de créer un nouveau bilan de santé obligatoire en fin de scolarité obligatoire ;
- les visites de médecine universitaire : le CESE préconise de donner davantage de moyens aux Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) afin qu'ils soient en mesure d'assurer pleinement leur mission et en particulier la visite médicale préventive au cours des trois premières années d'études, dans le cadre de l'application du décret n° 2008-1026 du 07/10/2008 ;
- la prévention par les pairs, plus efficace et mieux ciblée doit être privilégiée. Les associations qui mobilisent les jeunes en ce sens et les mutuelles étudiantes, dont c'est en partie le rôle, doivent être soutenues et leur action favorisée. La prévention en matière de santé pourrait également devenir l'une des missions prioritaires du service civique ;
- les visites de médecine du travail (par exemple les visites d'embauche ou les bilans effectués lors de la vie professionnelle). Une attention particulière doit être portée au volet prévention des visites médicales pour les jeunes notamment ceux en apprentissage ;
- le bilan de prévention au moment du départ à la retraite. Le CESE insiste sur l'importance du suivi sanitaire des retraités (*Avis sur La dépendance des personnes âgées*, Monique Weber et Yves Vérollet, rapporteurs, 2011).

en assurant la traçabilité des informations de prévention tout au long de la vie

Le Dossier médical personnel (DMP), dont le contenu a été calibré en fonction des écueils rencontrés lors de la première tentative en 2004, est expérimenté dans quatre régions (Alsace, Aquitaine, Franche-Comté, Picardie). Prévoir un volet prévention dans le développement du DMP apparaît comme une voie prometteuse. Il comporterait des mentions relatives à la prévention primaire, secondaire et tertiaire et pourrait répertorier les rendez-vous de prévention. À cette fin, des éléments comme la courbe de poids, les vaccinations, les prises médicamenteuses, l'exposition aux risques environnementaux, liés ou non aux conditions de vie et de travail, seraient inscrits dans le DMP. Un DMP ne répertoriant pas les échéances de prévention envisagées manquerait à sa mission.

Promouvoir la sensibilisation à la prévention en matière de santé et la formation des professionnels

en renforçant la sensibilisation à la prévention

Afin de diffuser la culture de prévention, les assistantes sociales, les aides à domicile professionnelles, les acteurs de la vie associative et des réseaux sociaux et, d'une manière générale, tous les intervenants aux confins du médical et du social doivent bénéficier d'une formation ou tout au moins d'une sensibilisation.

La mise en place d'une meilleure collaboration entre le personnel des domaines social et soignant pourrait contribuer à la prise en compte de la personne dans sa globalité.

Les enfants, sensibilisés dès leur plus jeune âge, pourraient devenir des adultes plus réceptifs à cette culture de prévention. En outre, en relayant ces messages de prévention auprès de leurs familles, les enfants peuvent jouer un rôle de « leviers de la prévention ».

L'école doit jouer un rôle dans la politique de prévention à travers notamment :

- l'inscription de la prévention dans les programmes de sciences et techniques du vivant dans le cycle prélémentaire et élémentaire ;
- le relais des infirmier(e)s scolaires par des actions de sensibilisation et dans le cadre des soins dispensés.

Par ailleurs, il convient de veiller à intégrer dans toutes les formations aux métiers, des modules de sécurité et la santé au travail en lien avec la pratique professionnelle future.

Enfin, l'entreprise doit également jouer pleinement son rôle en matière de prévention des risques professionnels. Or, les outils existants ne sont pas toujours utilisés. Par exemple, l'employeur est tenu de renseigner le Document unique d'évaluation (DUE) qui permet d'évaluer les risques auxquels sont exposés les salariés dans l'entreprise. Il convient, à ce titre, d'encourager les organisations professionnelles à accompagner les entreprises - en particulier les TPE et PME - dans la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées aux spécificités de leur secteur d'activité. Par ailleurs, doivent être développées les diverses actions menées par des Caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) afin de sensibiliser les entreprises de moins de 50 salariés à la prévention et de les aider financièrement à acquérir du matériel permettant d'améliorer la santé-sécurité au travail, en contrepartie du suivi par le chef d'entreprise (ou l'un de ses salariés) d'un stage de formation en la matière.

en renforçant la formation des professionnels de la santé

La prévention s'inscrit progressivement dans la formation initiale des professions médicales et paramédicales.

Elle figure, d'ores et déjà, dans le tronc commun de la première année des études de santé (sages-femmes, médecins, pharmaciens, odontologistes). Par la suite, on continue de noter dans les programmes un déséquilibre d'importance entre la prééminence de l'enseignement de la médecine curative par rapport à la non moins nécessaire prévention. Cette dernière ne fait qu'exceptionnellement partie des questions soumises aux contrôles des connaissances. Or, tout enseignement trop peu pris en compte aux examens manque de relief d'impact dans la recherche d'acquisition de la connaissance.

Le CESE préconise que cet enseignement fasse l'objet d'une évaluation. Il considère également nécessaire d'intégrer la prévention dans une formation renforcée au diagnostic clinique pour les médecins. L'amélioration, dans la formation des médecins de médecine générale, des diagnostics par exemple en santé mentale, permettrait de limiter au strict nécessaire la prise en charge médicamenteuse.

Dans le cadre du Développement professionnel continu (DPC) prévu par la loi HPST, il faudra veiller à ce que les orientations annuelles fixées par le ministre de la Santé intègrent chaque année un large volet consacré à la prévention. Pour le CESE, une information de qualité indépendante est en effet indispensable (*Avis sur La protection sociale : assurer l'avenir de l'assurance maladie*, Bernard Capdeville, rapporteur, 2011).

Le CESE rappelle également la nécessité d'accroître l'enseignement sur les connaissances des médicaments dans les études médicales et paramédicales et également dans les programmes de formation continue (cf. avis sur la protection sociale précité). En complément des campagnes de bon usage des médicaments déjà engagées, il est indispensable de favoriser la diffusion des outils, permettant d'améliorer les prescriptions (plan antibiotique 2011-2016 visant à améliorer la prise en charge par les antibiotiques), de former et d'informer les professionnels de santé et de sensibiliser la population aux enjeux d'une bonne prise en charge.

Pour le CESE, la déclinaison de ces recommandations dans des logiciels, d'aide à la stratégie thérapeutique, certifiés par la HAS, est un outil supplémentaire pour lutter contre les risques de surmédicalisation. La problématique de la surmédicalisation ne concerne pas uniquement les professionnels de santé mais doit faire également l'objet d'une sensibilisation auprès des populations à une utilisation avisée des médicaments et ce, dès le plus jeune âge.

Fonder de nouvelles approches en prévention et santé publique

Des nouvelles approches fondées sur l'apport des techniques modernes et des connaissances nouvelles

Plusieurs raisons plaident aujourd'hui pour fonder la diffusion de la culture de prévention sur des techniques et des connaissances nouvelles.

☐ Recourir aux neurosciences pour optimiser les messages de prévention

Les neurosciences objectivent l'intérêt d'une attention soutenue vis-à-vis d'une information nouvelle. En matière de prévention, il est nécessaire de susciter une mémorisation qui permette secondairement de peser sur le comportement. La répétition du message est donc essentielle. En outre, les limites, voire le caractère contreproductif de certains messages culpabilisateurs ne sont plus à démontrer.

☐ Utiliser la télémédecine en soutien à la médecine du travail

Il est possible de pratiquer à distance un relevé des étapes de prévention par le recours à la télémédecine et aux nouvelles pratiques médicales. Dans le domaine de la santé au travail, sans se substituer à la médecine du travail, cette technique permettrait au médecin du travail de mieux cibler la décision de recevoir un salarié en visite sur la base de données relatives à son état de santé et aux expositions auxquelles il est soumis. Sur la base d'une connaissance des risques professionnels, du résultat d'examen complémentaires éventuels, le médecin pourrait évaluer les modes de suivi les plus adaptés au travailleur et à son environnement de travail. Le recours à cette technique serait très utile pour faciliter le suivi des salariés dans certains départements, notamment en Outre-mer (entreprises peu nombreuses et dispersées, temps de trajet élevé pour consulter un médecin du travail).

☐ Appréhender les nouveaux risques

Les récentes connaissances en matière d'environnement et en génétique, doivent permettre de mieux prendre en compte ces nouveaux risques. En effet les dernières données montrent que l'interaction entre des caractéristiques génétiques et l'environnement peuvent influencer sur la santé.

☐ Collecter des données d'évaluation des politiques publiques de prévention

En épidémiologie, la France se situe au troisième rang mondial en termes de production scientifique mais, hormis à l'INSERM, reste encore peu présente dans les autres organismes, notamment les universités.

En matière d'évaluation, la multiplicité des plans et programmes de santé, une cinquantaine à ce jour, et des axes stratégiques a rendu très difficile l'identification et l'articulation des différentes priorités (sur les 100 objectifs de la loi du 9 août 2004 seuls 56 sont considérés comme évaluable). Cette évaluation doit, en tout état de cause, prévoir d'entrée de jeu les critères sur lesquels on appréciera l'efficacité des programmes pour permettre les ajustements secondaires qui s'imposent.

Les préconisations

☐ Renforcer l'efficacité de la diffusion des messages

Il est nécessaire de développer à travers une charte, les bonnes pratiques tirées des neurosciences (différencier attention et mémorisation), des connaissances génétiques mais, également des approches environnementales, pour diffuser des messages dans les campagnes d'information. Ces campagnes, qui ne sont pas intrusives pour l'individu, doivent être privilégiées à condition de prévoir des modalités adaptées pour toucher l'ensemble de la population (faute de quoi ces campagnes de prévention primaire n'atteindront pas les populations les plus exposées aux risques sanitaires). Le volet prévention des maladies mentales doit également être pris en compte. Cette charte doit intégrer la

dimension hédoniste de cette communication. Par exemple, en prévoyant dans les plans de communication des messages sur les qualités gustatives d'une alimentation équilibrée. L'élaboration de cette charte pourrait être confiée à l'INPES. En outre, la répétition des messages est essentielle, aussi le CESE préconise d'examiner les conditions d'une réquisition du temps d'antenne sur différents médias afin de favoriser la diffusion de messages de prévention. Il importe également de relayer des messages de prévention de qualité sur les réseaux sociaux y compris sur les sites commerciaux dédiés.

❑ *Renforcer l'indépendance et la transparence des expertises*

Les conflits d'intérêts sont un risque important dans la connaissance des bases scientifiques et des incidences sociétales de leurs applications, particulièrement dans les domaines de la santé environnementale. Toute évaluation de risques devrait s'appuyer sur une démarche scientifique, mais aussi sociétale, pluridisciplinaire, indépendante et transparente.

❑ *Partager la connaissance*

📁 *en développant un devoir d'alerte dans ce domaine de la prévention*

Au-delà même des réseaux de vigilance sanitaire (syndromes grippaux, crises d'asthme, varicelle, etc.), un devoir d'alerte en matière de prévention pourrait être développé. Il doit permettre de porter à la connaissance, des autorités et du public, des faits majeurs en matière de prévention. Par exemple, la dénonciation du taux de sucre excessif dans les produits laitiers dans les DOM provient d'une observation locale qui a été bien relayée, y compris auprès des parlementaires. Les outils permettant de fonder un tel devoir d'alerte se développent. Ainsi, l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS) a élaboré un outil de cartographie des risques sanitaires. Il est actuellement testé en Picardie et dans le Nord-Pas-de-Calais pour mesurer la présence de quatre métaux lourds.

Ce devoir d'alerte pourrait également trouver une traduction concrète dans la mise en place d'un numéro vert dédié. Il doit également trouver sa place en se basant sur des connaissances disponibles sans attendre une certitude scientifique parfois tardive.

📁 *en renforçant la capacité en épidémiologie et en favorisant le partage des données :*

- en réfléchissant, dans le cadre de la mise en place du DMP, à une évolution de la réglementation pour faciliter l'accès à certaines sources de données (les fichiers de l'assurance maladie par exemple). En effet, le DMP comportera un numéro d'identifiant individuel santé (NIR). La proposition du président de la CNIL de permettre, par un décret cadre en Conseil d'État, l'utilisation du NIR pour la recherche épidémiologique est une piste qui mérite d'être explorée ;
- en mettant en place une banque de données épidémiologiques par la mutualisation de l'information au sein d'un centre de ressources (CESR Île-de-France) ;
- en favorisant le développement et le soutien par les pouvoirs publics des équipes de recherches en matière d'épidémiologie.

📁 *en développant la recherche sur les liens entre environnement et santé*

Les registres français de santé publique concernant nombre de pathologies, particulièrement la répartition territoriale des cancers, sont insuffisants. Le CESE préconise que ces registres soient renforcés et non affaiblis comme semble être la tendance actuelle.

Par ailleurs et afin de mieux déterminer les conséquences des facteurs environnementaux sur la santé, le CESE demande que l'unique programme santé/environnement de l'Agence nationale de la recherche (ANR) qui vient d'être suspendu soit relancé.

☞ **en interdisant, dans le respect des règles éthiques, l'accès des assureurs aux données génétiques.**

Le CESE rappelle que tout contrat d'assurance fondé sur des données notamment génétiques serait contraire à l'article 225-1 du Code pénal qui sanctionne les discriminations.

☞ ***Hiérarchiser et évaluer sur des critères rigoureux et des index précis les politiques de prévention***

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et la Haute Autorité de santé (HAS) auraient à codifier la méthodologie en la matière.

- l'élargissement de la mission d'évaluation confiée au HCSP par la loi du 9 août 2004. Cet organisme pourrait aider les pouvoirs publics dans la définition de stratégies de dépistage pertinentes et de leur évaluation notamment au regard d'éventuels effets secondaires qui sont aujourd'hui mal appréhendés ;
- le développement de la dimension pluridisciplinaire des processus d'évaluation, d'ores et déjà initié par la HAS ;
- le renforcement de la présence de la France dans les programmes de coopération internationale afin notamment de bénéficier de résultats d'études souvent coûteuses ;
- l'association, lorsque c'est possible, des différentes parties prenantes au dispositif d'évaluation ;
- l'élargissement des missions de l'INPES à la prévention dans le domaine professionnel (diffusion de messages de prévention).

Pour obtenir ce résultat, en termes de diffusion de la culture de prévention et de mobilisation de tous les acteurs et des associations jouant un rôle dans ce domaine, il convient de mettre en place une nouvelle gouvernance.

Initier une gouvernance nationale de la prévention et une déclinaison territoriale adaptée

Toutes les politiques publiques doivent intégrer un volet santé et prévention².

Cette nouvelle gouvernance devra assurer une mission interministérielle de coordination des différents opérateurs publics en lien avec les collectivités territoriales et les représentants de l'État. Elle doit veiller à l'articulation entre la politique nationale et sa déclinaison au plan local. Enfin, la définition d'une politique de prévention doit associer les citoyens. La question est posée des modalités concrètes d'une telle démarche participative en matière de santé pour laquelle l'échelon régional semble être le plus pertinent.

² Cette approche a été retenue par les institutions de l'Union européenne pour l'ensemble des politiques européennes.

Initier l'indispensable action interministérielle

Afin d'assurer une vision globale de la prévention, dépassant le seul cadre de la santé mais prenant réellement en compte toutes les dimensions de la question, le CESE préconise la prise en compte de la prévention par l'ensemble des politiques publiques et non uniquement par les politiques de santé. Cet objectif pourrait être précisé dans l'exposé des motifs, voire inscrit dans la future loi de santé publique.

Afin d'impulser une démarche réellement interministérielle et de déboucher sur une véritable stratégie nationale de prévention, un schéma d'organisation souple serait proposé :

- chaque année, sous l'égide du Premier ministre, un ou deux objectifs prioritaires en matière de prévention seraient fixés aux ministres concernés. Un bilan de leur action devra être présenté.

Afin de garantir la transversalité de ces objectifs prioritaires deux actions seraient conjointement menées.

- au regard des services :
 - le SGG lors d'une réunion annuelle validerait la cohérence interministérielle de ces objectifs prioritaires et de leur déclinaison opérationnelle.
- au regard des opérateurs :
 - le Comité d'animation du système d'agences (CASA), piloté par le Directeur général de la santé (DGS) réunit tous les deux mois les principaux opérateurs nationaux des politiques de prévention et de sécurité sanitaire (Haute autorité de santé (HAS), Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, (Afssaps)...). Cette instance renforce la cohérence du pilotage du dispositif des agences sanitaires.

Le CESE propose d'inscrire dans le programme de travail du CASA un nouveau thème relatif à l'articulation, non seulement de la DGS mais également des autres ministères, avec les agences sanitaires. La finalité étant que les objectifs définis par le Premier ministre trouvent progressivement une traduction concrète dans les contrats pluriannuels d'objectifs des agences. Ce groupe serait piloté par la DGS qui inviterait les autres ministères concernés.

Mieux coordonner le sanitaire, le social et le médico-social

L'objectif est de favoriser une continuité entre les soins et la prévention (primaire, secondaire et tertiaire, voire quaternaire). Il convient de mettre l'accent sur la prévention secondaire pour les maladies chroniques (diabète, drépanocytose, insuffisance respiratoire et insuffisance rénale et tension artérielle...). À cette fin, le CESE recommande d'utiliser pleinement les possibilités offertes par la loi HPST (article 51), de nouvelles répartitions des tâches entre professionnels de santé et de création de nouveaux métiers qualifiés à l'interface entre les métiers médicaux et paramédicaux. Cette évolution doit tenir compte des métiers, des responsabilités exercées et être assortie d'une formation et d'une rémunération correspondante (cf. avis sur *La protection sociale*, et avis sur *La dépendance des personnes âgées* précités - 2011). Cette mission de coordination relève, en grande partie, des Agences régionales de santé (ARS) sous l'autorité de la Direction générale de la santé (DGS). Le CESE pourrait enrichir ses travaux par une étude sur la situation particulière des ARS dans le cadre de la loi HPST.

Renforcer le volet prévention de la prochaine loi de santé publique

Nécessité de cibler les programmes de prévention

La loi de 2004 a constitué une avancée significative. La prochaine loi de santé publique attendue depuis 2010 doit maintenant rapidement voir le jour en s'appuyant sur les préconisations formulées ci-après.

Il importe à cet effet, de définir dans la loi quelques objectifs transversaux, même si leur déclinaison opérationnelle relève de plans spécifiques. En effet, dans la loi de 2004, la multiplicité des objectifs, parfois non évaluables et le nombre de plans associés n'a pas permis de dégager des lignes claires. Il conviendra donc dans la future loi de concilier l'approche d'un *continuum* de prévention, de prise en charge globale de l'individu, avec une approche plus thématique qui préside à la mise en œuvre de plans de santé publique (par exemple, le plan cancer...).

Cette loi devra explicitement prévoir un volet financement de prévention. En effet, son financement pérenne n'a jamais été organisé, ce qui constitue un obstacle au développement de ce secteur d'activité au sein du système de santé. Il importe au préalable d'assurer une meilleure traçabilité des financements existants. En effet, les dépenses de prévention sont mal connues car souvent elles ne sont pas identifiées en tant que telles et sont intégrées dans les dépenses de santé sans distinction du curatif et du préventif.

Les préconisations

Dans cet esprit, le CESE, en confortant les propositions de la Cour des comptes et du Centre d'analyse stratégique, formule six recommandations :

- la hiérarchisation des objectifs de prévention devrait être fondée sur une méthodologie prenant en compte le calcul des risques appréciés entre autre par l'indicateur utilisé pour mesurer le nombre « d'années de bonne santé perdues » du fait d'une altération de la santé ;
- l'amélioration, à coût raisonnable, de la santé des populations conduit à sélectionner les stratégies les plus efficaces à savoir celles qui ciblent au plus près les populations à risque ;
- la mise en place de logiques fortes de mutualisation ;
- la fixation d'objectifs hiérarchisés et évaluables. La mesure du retour sur investissement de la prévention est le préalable nécessaire à une bonne allocation des ressources publiques ;
- le pilotage clair et responsable assorti du financement nécessaire ;
- la mise en œuvre d'une politique de communication nationale et locale.

Toute stratégie de prévention implique nécessairement une sensibilisation la plus précoce possible dans le parcours de vie. Le dispositif législatif pertinent en matière de prévention devrait donc comporter un volet dédié à la prévention chez les jeunes :

- par une médecine préventive plus efficace

Le caractère morcelé de la politique de prévention, l'absence de réel pilotage ou de budget spécifique a été souligné en 2006 par le rapport de Laurent Wauquiez. Aujourd'hui encore, le budget consacré à la médecine préventive universitaire n'est toujours pas identifié dans le programme 231 « Vie étudiante », mais est noyé dans l'intitulé « Santé des étudiants ». Mal identifié, ce budget est par ailleurs insuffisant. Ainsi, les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS, créés par la loi n° 84-52 du 26 janvier 1984), ont vu leurs missions s'élargir sans que leur budget ne suive. Enfin, les missions des services de médecine préventive universitaire doivent être clarifiées, dans un souci d'égalité de service sur l'ensemble du territoire et abondés des crédits correspondants.

- par un meilleur accès à la santé :
 - par une amélioration de la couverture par les organismes d'assurance maladie complémentaire.

Le doublement de 3,5 % à 7 % du taux de la Taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) pour les contrats solidaires et responsables a été adopté par le Parlement dans le cadre du collectif budgétaire 2011. Cette décision a, dès à présent, des conséquences pour l'ensemble des organismes d'assurance maladie complémentaire, notamment pour les mutuelles étudiantes, véritables actrices de santé et de prévention, dont le régime spécial était déjà fortement fragilisé, et dont la disparition constituerait un véritable préjudice pour les étudiants. À cet effet, le CESE propose d'exonérer de la TSCA tout contrat visant à assurer un jeune, en formation.

À souligner également que le doublement de la taxe est lourd de conséquences pour l'ensemble des organismes d'assurance maladie complémentaire de prévoyance qui répercuteront sûrement l'augmentation de la fiscalité sur le prix de leurs cotisations mais également pour les usagers qui auront plus de difficultés à assumer le coût d'une complémentaire santé et pour lesquels la question de l'accès aux soins sera posée.

- par le maintien de structures dédiées

Depuis 2010, les associations nationales des Points d'accueil écoute jeunes (ANPAEJ), des Espaces santé jeunes (FESJ) et des Maisons des adolescents (ANMDA) ont alerté les pouvoirs publics sur la conséquence de la réduction ou de la réorganisation des crédits d'État. La baisse des financements de la cohésion sociale (*via* le programme 177 en particulier) a déjà entraîné la fermeture d'une soixantaine de PAEJ-ESJ. Ces espaces sont particulièrement actifs auprès des jeunes les plus fragilisés et les plus éloignés des dispositifs de droit commun. Leur disparition est un recul pour la politique de prévention.

Le CESE souhaite l'élaboration d'une politique nationale fondée sur un texte d'orientation clair, une meilleure articulation du social et du sanitaire, et des financements adaptés.

Déclaration des groupes

Agriculture

L'objet du présent avis est de nous alerter sur l'importance et la priorité qu'il convient de donner à la prévention en matière de santé.

La tâche était complexe tant la politique française de prévention se trouve éclatée entre différents acteurs, au point, comme le précise l'avis, d'en devenir illisible. Les propositions de l'avis sont claires et pertinentes ; elles pourront être reprises dans la prochaine loi de santé publique.

Le groupe de l'agriculture a été particulièrement attentif aux développements sur la santé-sécurité au travail en raison de l'organisation spécifique du régime de protection sociale agricole qui, à la différence des autres régimes, intègre des médecins du travail et des conseillers en prévention. Nous avons d'ailleurs pu observer, depuis quelques années, une baisse de la fréquence des accidents de travail sur les exploitations agricoles.

De nombreuses actions sont menées dans le secteur agricole, qu'il s'agisse, pour citer quelques exemples, des risques phytosanitaires, des risques liés aux équipements agricoles ou encore des risques psychosociaux.

L'avis évoque les difficultés de suivi médical des salariés des TPE/PME. En agriculture, alors que 80 % des entreprises emploient moins de 10 salariés, les services de médecine du travail s'attachent à offrir une même surveillance médicale quelle que soit la taille de l'entreprise et quel que soit le statut du salarié. C'est ainsi qu'un examen médical obligatoire sera organisé au bénéfice du travailleur saisonnier recruté au moins 45 jours.

C'est pourquoi le groupe de l'agriculture attache une grande importance à la préconisation des rapporteurs visant à mettre en place une gouvernance nationale et interministérielle de la prévention qui permettra d'intégrer, de façon systématique et de manière adaptée à chaque catégorie, cette problématique à l'ensemble des politiques publiques.

Nous soutenons également la position de l'avis selon laquelle rien ne sera possible sans une appropriation individuelle de la prévention. En effet, en complément des incitations et des outils mis en place par les pouvoirs publics, une démarche personnelle et/ou familiale, résultant d'une volonté de s'inscrire dans un parcours de prévention, est indispensable pour répondre aux enjeux sanitaires.

Le groupe de l'agriculture a voté l'avis.

Artisanat

Comme le rappelle l'avis, une politique globale de santé appelle une bonne complémentarité entre prévention et soins curatifs. Or, la situation de la France en matière de consommation de médicaments et de mortalité prématurée évitable, démontre les lacunes de sa politique de prévention.

Le groupe de l'artisanat approuve les objectifs de l'avis de revoir tant l'approche que l'efficacité de notre politique de prévention en matière de santé. Il considère de plus qu'une telle évolution doit s'accorder avec le souci d'optimiser, voire, à terme, de réduire nos dépenses de santé.

L'avis formule plusieurs axes d'actions susceptibles de donner un nouvel élan à la politique de prévention.

Le groupe de l'artisanat approuve la nécessité d'encourager l'implication de chaque individu dans la gestion de sa santé. Une sensibilisation précoce, dès l'école, avec la diffusion d'une culture de la santé, nous paraît, à cet égard, indispensable. Il approuve également le souci d'assurer une continuité dans la prévention, grâce à l'organisation d'un parcours de prévention composé de visites programmées aux différentes étapes de la vie.

S'agissant de la prévention des risques professionnels, l'avis souligne, à juste titre, la mobilisation des branches professionnelles dans l'accompagnement des TPE-PME. Leur connaissance des spécificités professionnelles leur permet de sensibiliser efficacement les entreprises, mais aussi de les aider dans l'accomplissement des formalités obligatoires. De même, les aides financières proposées par les Carsat aux petites entreprises pour leur permettre de s'équiper et de se former, afin d'améliorer la sécurité de leurs salariés, méritent d'être développées.

Pour le groupe de l'artisanat, ce type de démarches, très concrètes, doit être privilégié à tout lourdissement du formalisme réglementaire.

Le groupe de l'artisanat salue, par ailleurs, l'objectif d'accroître l'efficacité des politiques de prévention-santé, grâce à de nouvelles approches de construction des campagnes d'information, permettant une meilleure appropriation des messages. Le souci de prendre en compte les aspirations comme les réticences du public ciblé paraît tout particulièrement nécessaire s'agissant de prévenir les comportements à risques chez les jeunes.

Le groupe de l'artisanat estime également indispensable d'évaluer plus rigoureusement les politiques de prévention, en amont comme en aval, les enjeux de santé publique comme financiers exigeant de s'assurer de l'efficacité et de l'optimisation de ces politiques.

Une nouvelle gouvernance du système de prévention sera nécessaire pour bâtir une véritable stratégie autour d'objectifs programmés, hiérarchisés et évaluables. Cette gouvernance devra aussi permettre de mieux coordonner les nombreux opérateurs locaux et nationaux, dont les missions mériteraient, en outre, d'être clarifiées.

Le groupe de l'artisanat s'interroge cependant sur les avantages d'une gouvernance interministérielle, en termes de lisibilité et d'efficacité de la politique de prévention, comme de traçabilité de son financement.

De plus, s'il admet que la prévention ne doit pas être l'apanage des seules politiques de santé, il considère que la vigilance des autres ministères à cet égard doit être proportionnée afin d'éviter l'excès de précaution susceptible de nuire à la responsabilisation des citoyens dans la gestion de leur propre santé.

Le groupe de l'artisanat a voté cet avis.

Associations

Notre système de santé, aussi imparfait soit-il, a permis au cours du XX^{ème} siècle d'apporter à la population des soins de plus en plus performants. Le grand défi collectif des prochaines années sera de passer d'une logique de santé curative à une logique centrée sur la prévention. L'avis présenté met en lumière les enjeux de cette transition et formulent un certain nombre de propositions en conséquence.

Le groupe des associations souhaite souligner plus particulièrement celles ayant trait à l'implication de tous les citoyens à chaque étape de leur vie. À l'école comme au travail, les lieux collectifs doivent permettre de développer une politique de prévention ambitieuse *via* la médecine scolaire et la médecine du travail qu'il convient de renforcer.

Dans ce parcours de prévention « citoyen », les associations jouent un rôle extrêmement important puisqu'elles sont nombreuses à organiser, par exemple, des ateliers non-formels d'éducation à la santé en tant que partenaires de l'école. Par ailleurs, les organisations de jeunesse, qu'il s'agisse d'associations étudiantes ou d'associations de jeunes travailleurs, mènent des actions de prévention efficaces à destination des jeunes, sur l'éducation à la sexualité notamment, qui sont d'autant mieux reçues par ceux-ci qu'elles sont menées par leurs pairs.

Globalement, c'est le lien entre les services médicaux, sociaux, médicosociaux et éducatifs qui doivent être mieux pensés et articulés. L'ensemble des initiatives, et peut-être plus particulièrement quand elles sont innovantes ou non-formelles, doivent être favorisées et soutenues.

Un problème majeur subsiste néanmoins, auquel l'avis ne répond pas dans son intégralité. Aujourd'hui, les campagnes publiques de prévention ont tendance à accroître les inégalités sociales : les plus favorisés sont en effet les plus réceptifs aux messages de prévention. Il est anormal qu'un tiers des femmes de plus de 40 ans appartenant à des ménages modestes n'aient jamais effectué de mammographie proposée pourtant gratuitement !

C'est pourquoi, le groupe des associations soutient fortement la proposition de mieux cibler les campagnes de prévention. Mais plus globalement, notre groupe est favorable à ce que le poids relatif de chacun des trois grands modes d'intervention des politiques sociales soit réexaminé et modulé au regard de leur efficacité pour la réduction des inégalités et des situations de pauvreté : aide au revenu (régime d'allocations), accueil et accompagnement (structures et services), prévention (investissement social).

Actant les avancées proposées par le texte, le groupe des associations a voté l'avis.

CFDT

L'Organisation mondiale de la Santé, dans le préambule de sa constitution en 1946, définit la santé comme un état de bien être physique, psychique et social.

Le champ de la santé publique est extrêmement large puisqu'il couvre à la fois :

- la prévention : la protection de la population contre les risques sanitaires liés à l'environnement, l'alimentation, au travail ;
- la promotion de la santé : le développement de programmes spécifiques vers des populations ciblées, permettant la sensibilisation vis-à-vis des atteintes liées au cadre de vie, au milieu du travail et aux comportements individuels ;
- l'organisation de la prise en charge médicale et sociale.

La santé publique met davantage l'accent sur la prévention et sur l'approche collective, plutôt que le curatif et l'approche individuelle.

En France, trop souvent encore, la santé est définie comme l'absence de maladie. En pratique cela conduit globalement à une politique visant à promouvoir les soins pour améliorer de l'état de santé de la population. Par ailleurs, notre système de santé reste fondé sur les principes de la médecine libérale, qui datent de 1922 et qui privilégient la liberté – liberté de choix, liberté de prescription, approche individuelle – aux dépens de l'égalité, de la rationalité et de l'efficacité.

Malgré les efforts réalisés depuis 2002, la quasi-absence de politique de santé publique et le défaut d'organisation ont conduit à négliger les politiques de prévention et de promotion de la santé.

C'est ainsi, comme l'indiquait la Société française de santé publique en décembre 2009, qu'il a fallu un siècle pour élaborer une nouvelle loi de santé publique. La première date de 1902, la deuxième, préparée en 2002 à l'initiative de M. Mattei alors Ministre de la santé, a été promulguée le 9 août 2004.

La mise en œuvre reste malgré tout problématique, comme l'a souligné la Conférence nationale de santé dans un avis du 11 décembre 2009, en mettant l'accent sur la perte de lisibilité entre les différents plans, les limites d'une approche par pathologie et la faible mobilisation des différents acteurs.

L'avis reprend ce constat et rappelle les priorités à développer au regard des déterminants de la santé.

Pour la CFDT la réflexion sur l'évolution de la santé publique doit s'effectuer dans le cadre des valeurs que sont la solidarité, l'équité, la responsabilité.

Il s'agit de garantir à chaque citoyen une intégrité physique et psychique le plus longtemps possible par la prévention et limiter - ou stopper - la pathologie ou le handicap par le soin.

Pour la CFDT, toutes les actions visant à améliorer les conditions de travail, le logement, l'éducation et l'environnement sont de nature à prévenir les risques et à réduire considérablement les inégalités sociales, qui restent le principal facteur d'inégalité face à la santé.

La CFDT partage l'essentiel des préconisations formulées dans l'avis. Elle pense toutefois qu'elles auraient mérité d'être poussées plus loin.

- Initier une nouvelle gouvernance nationale dépassant le cadre des prérogatives du Ministre de la santé et renforcer sa déclinaison territoriale. Ceci pour permettre une prise en charge des déterminants de la santé sans rupture de compétence dans une approche à la fois transversale et longitudinale de la prévention ;
- développer les coopérations sanitaires, sociale et médico-sociales ;
- initier et diffuser une culture collective de la prévention par l'information et la pédagogie nécessaires dès le plus jeune âge et tout au long de la vie ;
- préserver un haut niveau de compétence en santé publique et renforcer la formation en direction des professionnels et des différents intervenants dans un objectif de pluridisciplinarité.

L'avis reste trop centré sur l'approche curative, ne prend pas suffisamment en compte les inégalités socio-professionnelles et développe davantage la prévention individuelle au détriment des aspects collectifs.

Sans doute l'avis aurait pu également approfondir les questions de la santé au travail et la santé environnementale.

Pour la CFDT, la traçabilité des expositions aux risques professionnels doit être organisée dans le but d'améliorer la prévention par les organismes en charge de celle-ci. C'est seulement dans ce cadre que l'inscription dans le dossier médical personnel des éléments d'exposition aux risques, notamment professionnels, prendra sens.

Enfin, la CFDT considère qu'il est nécessaire de rendre visible la globalité des investissements et des financements en matière de prévention, d'où qu'ils proviennent, dans le cadre d'un budget pérenne.

Pour autant, quelles que soient les préconisations, l'histoire montre que rien ne se fera sans réelle volonté politique, notamment celle de surmonter les conflits d'intérêts avec les producteurs de risques.

En accord avec l'économie générale du texte et malgré les réserves apportées, le groupe de la CFDT a voté l'avis.

CFE-CGC

La CFE-CGC partage globalement l'analyse faite par la section des affaires sociales et de la santé et les préconisations de cet avis.

Cet avis est très complet mais l'orientation fondamentale ne nous apparaît pas assez lisible, à savoir l'importance incontournable de la prévention primaire.

C'est pourquoi nous souhaitons insister sur les points suivants :

Définir une politique de prévention c'est, tout d'abord, affirmer un choix politique. On pourrait souhaiter que, pour les prochaines années, compte tenu de l'environnement économique et de la contrainte financière qui va s'ensuivre, la priorité soit donnée sur les mesures efficaces à long terme, c'est-à-dire sur la prévention primaire, plus que sur des dépistages, certes indispensables, mais souvent d'une efficacité limitée. Rappelons qu'en ce qui concerne les dépistages, le principe de précaution impose de ne pas exposer, dans un but de prévention, à des actes susceptibles d'avoir des effets délétères, sans avoir la certitude d'un bénéfice sensiblement supérieur aux effets délétères. C'est le « *primum non nocere* » (d'abord ne pas nuire) qui doit toujours prévaloir.

Ainsi, on doit s'interroger, à la lumière de l'analyse de l'Autorité de sûreté nucléaire sur les effets populationnels de l'irradiation médicale, sur la pratique d'examens tomodensitométriques (*scanners*) de manière systématique chez les personnes ayant été exposées à l'amiante, dans le seul but d'identifier des plaques pleurales qui n'ont aucun retentissement sur la santé, alors que le nombre de mésothéliomes ainsi identifiés est extrêmement minime (et d'un pronostic tel que l'intérêt d'un diagnostic précoce apparaît bien incertain).

De même, de nombreuses publications récentes s'interrogent sur la pertinence du dépistage du cancer du sein par mammographie sur des populations non ciblées, eu égard aux effets populationnels de l'irradiation générée et des sur-diagnostic qui s'ensuivent. On ne peut passer sous silence des publications dans des revues scientifiques de haut niveau qui semblent contredire l'argumentation selon laquelle le dépistage précoce conduirait à des prises en charges moins agressives.

Il conviendrait, aussi, d'affirmer plus fortement l'intégration d'une politique de prévention dans l'ensemble des politiques publiques et de donner la priorité à la réduction des inégalités de santé les plus criantes, lesquelles sont essentiellement liées à des facteurs sociaux, économiques, culturels...

Rappelons, s'il en était besoin, que la finalité de toute politique de prévention est de diminuer les inégalités de santé. Ces inégalités ont une origine multifactorielle que l'on peut systématiser en trois grands ensembles :

- des facteurs héréditaires, terme que l'on pourra préférer à facteurs génétiques. Ainsi on sait depuis longtemps que le risque relatif de cancer du sein est nettement plus élevé chez les femmes dont un parent au premier degré a eu un cancer du sein (mère, tantes), ou un cancer du colon (parents, oncles et tantes) ;
- des facteurs externes, qu'ils soient environnementaux, au sens traditionnel, mais aussi économiques, sociaux, culturels, professionnels ainsi que, naturellement, liés au mode de vie, à l'accès au système de santé ; ...
- des facteurs psychologiques, eux-mêmes sous l'influence notable de l'environnement culturel, familial, professionnel.

Enfin, l'efficacité des mesures de prévention et notamment de dépistage, dans une finalité de réduction des inégalités de santé, repose sur leurs pratiques de manière élective sur les populations les plus à risque. En effet, l'absence de ciblage conduit souvent à ce que les populations qui en ont le moins besoin en bénéficient le plus, « accaparant » ainsi des ressources rares. Alors que la focalisation sur des populations à haut risque permettrait d'augmenter les moyens leur permettant d'accéder à ces mesures de prévention.

En conclusion, c'est la prévention primaire qui doit être la priorité. Ceci implique naturellement une bonne connaissance (donc une recherche) des facteurs de risque et de leurs effets. Ceci nécessite d'impliquer tous les acteurs politiques et économiques. C'est au niveau des politiques industrielles, de l'urbanisme, du logement, de la culture et de l'éducation... que l'on doit intégrer la prévention primaire. Et cela n'est pas l'apanage des professionnels de santé, même si ceux-ci, dans leur commune, leur département (ou région), dans les entreprises doivent intervenir.

Le principe de précaution ne doit pas également être dévoyé.

L'urgence, au-delà de mesures « techniques » pertinentes préconisées dans cet avis est d'introduire une culture de prévention primaire dans notre société : « éviter au mieux le risque connu ».

La CFE-CGC a voté l'avis

CFTC

Cet avis s'inscrit dans un engagement continu du CESE en faveur de la prévention. Il trouve un fort soutien du groupe de la CFTC. Les propositions qu'il émet représentent une contribution, qui, nous l'espérons, sera prise en compte par les pouvoirs publics.

Pour notre groupe, on ne peut parler de prévention que si l'accès effectif aux soins est assuré pour tous.

Au-delà, la CFTC tient à insister sur quelques aspects du problème.

La prévention tout au long de la vie, d'avant la naissance jusqu'à la mort, est un concept incontestable et maintenant incontesté. Mais les moyens affectés ne correspondent pas aux politiques voulues ou annoncées, que ce soit dans le suivi prénatal, la médecine infantile, la santé scolaire, universitaire ou au travail ainsi que dans la continuité du suivi, car des parts importantes de la population ne sont pas concernées.

En matière de prévention, la volonté est affichée. Des moyens existent, mais, comme le souligne l'avis, ils sont peu ou mal mis en œuvre. En effet, la France ne manque pas de statistiques. Mais, les données disparates, de sources multiples, ne permettent pas une approche épidémiologique indispensable pour organiser la prévention sur une connaissance argumentée des risques et non sur un ressenti affectif collectif.

L'avis le souligne, la CFTC appuie fortement la proposition d'une politique aux objectifs et priorités clairement définis avec une application coordonnée entre les différents acteurs.

Certains aspects évoqués ou implicites de l'avis mériteraient une réflexion plus approfondie, en particulier la place de l'éducation dans la prévention. En effet, par exemple, les habitudes alimentaires, sanitaires ou comportementales chez l'enfant sont déterminantes sur nombre de problèmes de santé futurs. La famille joue donc un rôle essentiel. La question difficile de l'accompagnement de cette famille dans son rôle éducatif, de la place de l'information et de la responsabilisation des parents, des moyens à mettre en œuvre, mériterait un travail spécifique.

Une question d'éthique a été écartée par la section : c'est le lien entre responsabilité, prévention et médecine prédictive. En effet, à un moment où les solidarités vont être de plus en plus remises en cause, la responsabilisation peut se transformer en sanction, sous forme de refus de prise en charge collective de frais médicaux ou sociaux.

Une approche exclusivement financière du problème de la santé pourrait un jour mettre en cause les priorités humanistes. Se profile ainsi la question de la liberté par rapport au choix de vie. Il est important d'avoir conscience que la place croissante de la réglementation dans la prévention est réductrice de liberté.

La CFTC rappelle qu'elle priorise, dans l'entreprise ou la société, l'homme et sa santé, avant les contraintes financières.

Le groupe de la CFTC a voté l'avis.

CGT

La santé conçue comme état de la personne, comme objectif mais aussi comme moyen de se construire, par son rapport utile aux autres et au devenir de la société, donne à la prévention le caractère de principe premier à définir et à mettre en œuvre dans toute politique en faveur de l'humain.

Or que constatons-nous ?

La prévention a été progressivement inscrite dans la loi mais sa mise en œuvre peine, car la politique sanitaire reste encore centrée sur le curatif. Elle peut même être compromise par la désertification médicale et par la situation démographique des professionnels de santé. C'est le cas dans les PMI, dans la prévention de la petite enfance, dans les établissements scolaires où la médecine scolaire est réduite à sa plus faible expression. C'est aussi le cas de la médecine du travail dans les entreprises.

Le mérite de cet avis est tout d'abord de souligner ce constat et d'alerter.

On sait aujourd'hui, que si chaque être humain dispose d'un capital génétique, ce dernier est soumis à l'épreuve de son environnement, de ses conditions sociales et économiques. C'est dans ce cadre que s'est posée la délicate question des responsabilités, individuelle et collective, et de leur interaction. Ce point nous a valu quelques débats, tout comme la notion de comportement à risque qui contraint à s'interroger sur ses déterminants sociaux.

Les risques existent, inhérents à toute vie humaine, sociale, économique. La collectivité doit veiller à les réduire, voire de les supprimer. Elle doit donner à l'individu les droits et les moyens d'agir pour sa santé. La responsabilité individuelle doit par conséquent s'examiner au regard du droit, de son accès réel et donc du niveau démocratique atteint dans la société.

Sans aucun doute il aurait été nécessaire, parce qu'utile, d'aller plus loin sur ce défi qu'exige toute politique de prévention pour gagner de l'efficacité : celui de la qualité du droit permettant à chaque citoyen, à chaque salarié de défendre et de promouvoir sa santé et celles des autres.

Le point faible de cet avis est peut-être de ne pas avoir suffisamment poussé la réflexion sur l'évolution nécessaire des droits pour les citoyens et pour les salariés. On peut aussi s'interroger sur l'impact de la loi HPST que la CGT considère négatif sur le service public hospitalier de proximité.

Néanmoins l'avis a su identifier les différences existant entre ces derniers et tenir compte de la particularité du droit du travail qui fixe la responsabilité de l'employeur à l'égard des salariés.

La démarche de prévention ne peut donc s'en tenir au seul aspect médical. L'avis prolonge en cela le précédent rapport du Conseil économique et social sur la prévention, conduit par Guy Robert, et ouvre par ses préconisations la perspective d'une conduite plus cohérente des politiques de prévention en matière de santé notamment au niveau interministériel.

D'autres sujets auraient mérité notre attention comme le suicide, première cause de mortalité des jeunes de 16 à 24 ans. Ce sujet pourra faire l'objet d'une prochaine saisine.

Le groupe de la CGT a voté l'avis.

CGT-FO

Le groupe Force ouvrière tient à saluer le travail effectué par Christian Corne en qualité de co-rapporteur, qui est venu, en cours de travaux, suppléer M. Jean-Claude Étienne.

Du point de vue du groupe Force ouvrière, il ne s'agit pas d'un « énième » rapport sur ce sujet mais bien d'une contribution active à ce que la prévention soit considérée comme une exigence première de santé publique.

Le groupe FO partage l'approche visant à placer la prévention en amont de toute nouvelle politique globale de santé.

Dans ses préconisations, cet avis plaide en faveur d'une prise en compte de cette dimension dans la politique publique de santé.

Force ouvrière insiste sur le caractère public de la politique de santé, notamment en matière de prévention : il est une condition pour lutter contre les inégalités en la matière ; or, elles sont flagrantes tant au plan territorial qu'au plan social. Si l'avis préconise, à juste titre, la nécessité d'initier « une gouvernance nationale de la prévention », nous devons disposer

des outils nécessaires. C'est pourquoi une politique nationale est indispensable. Bien entendu, elle n'exclut pas ni ne s'oppose à des initiatives locales ou privées, ni ne soustrait l'implication personnelle. La prévention est, certes, l'affaire de tous mais ce n'est pas parce que c'est l'affaire de tous qu'il ne faudrait pas impulser, coordonner, et mettre en œuvre des dispositifs nationaux.

À cet égard, la révision générale des politiques publiques et la loi « hôpitalpatients-santé-territoire » n'encouragent pas ces politiques nationales, nous pouvons même dire que ces réformes produisent l'effet inverse.

Par ailleurs, cet avis met en évidence l'insuffisance des moyens consacrés à la prévention en matière de santé. La démographie des professions de santé surajoute à ce déficit.

Là encore, une politique d'austérité freine les investissements nécessaires à une politique ambitieuse de prévention en matière de santé.

La prévention ne saurait être un accessoire en matière de politique de santé, en cela nous partageons pleinement l'orientation de cet avis qui entend en faire un axe majeur de politique de santé.

Le groupe Force ouvrière a voté cet avis.

Coopération

La santé est le résultat d'un ensemble complexe beaucoup plus vaste que le seul système de soins. Les principaux acteurs de la prévention s'accordent pour dire que les facteurs de bonne santé d'une population sont à 80 % non médicaux. La qualité de l'alimentation, de l'habitat, le niveau culturel, le niveau de vie, l'amélioration des conditions de travail, ont contribué autant si ce n'est plus que le progrès médical, à l'élévation de la durée de vie et à l'amélioration de l'état de santé de la population. Notre pays bénéficie d'atouts indéniables concernant la qualité de vie et l'avis aurait pu davantage le souligner. Le groupe de la coopération a voulu insister plus particulièrement sur le rôle clé de la politique nutritionnelle.

Une politique de prévention pour être efficace doit s'accompagner aussi d'une réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé. On sait que la pauvreté et l'exclusion génèrent des pathologies graves parfois spécifiques et que ces populations doivent faire l'objet de campagnes et d'actions de prévention qui leur sont adaptées.

Il est vrai que la pénurie de moyens humains et financiers, dans des secteurs tels que la médecine de PMI, la médecine de santé scolaire, la médecine du travail, constitue l'un des principaux freins au développement de la prévention.

Mais au-delà de la question des moyens, le groupe de la coopération partage la volonté de lutter contre la dispersion des acteurs et des actions en mettant en place une nouvelle gouvernance. Il faut encourager le rôle des organisations professionnelles et des entreprises dans des actions de prévention auprès des professionnels et salariés des secteurs concernés ; ainsi, les coopératives agricoles sont fortement impliquées dans les campagnes de prévention, de promotion de bonnes pratiques et de formation autour de l'usage des produits phytosanitaires.

Nous croyons à la responsabilisation des acteurs et des citoyens. De nouvelles formes d'organisation en matière de santé sont à inventer, par exemple, sous forme de Société coopérative d'intérêt collectif (SCIC). Au Québec, se sont développées ainsi depuis une quinzaine d'années une soixantaine de coopératives de santé basées sur le multisociétariat

et regroupant plus de 60 000 membres ; en mettant le citoyen au cœur des décisions sur sa santé, ces coopératives de santé ont fait de la prévention un axe fort de leur action, avec l'idée de « coprévenir » pour vivre mieux.

Le groupe de la coopération a voté en faveur de l'avis.

Entreprises

L'avis qui nous est présenté s'inscrit dans le cadre des travaux qui doivent mener à la préparation de la future loi de santé. Or, dans le contexte actuel de contrainte budgétaire, toutes les pistes de réflexion doivent être ouvertes, afin de conserver et d'améliorer l'organisation des soins. Une bonne politique de santé nécessite un réel équilibre entre préventif et curatif, les deux étant complémentaires et donc plus efficaces.

La prévention en matière de santé repose sur trois piliers :

- l'implication de l'individu ;
- le rôle des professionnels de santé ;
- la responsabilité de la collectivité nationale.

Chaque individu doit personnellement s'impliquer dans la prévention de sa santé tout au long de sa vie. La prévention pour les jeunes fait partie de l'éducation par les parents, la Protection maternelle et infantile (PMI) ainsi que la médecine scolaire devant compléter cette formation. Malheureusement, il y a une baisse importante de médecins dans ces deux derniers secteurs.

La période de l'adolescence est particulièrement complexe pour faire adhérer les jeunes à la prévention. À cet âge d'insouciance et de bonne santé, ils ne se sentent pas concernés. Depuis plusieurs dizaines d'années, de nombreux comportements à risques se sont développés : la toxicomanie, les addictions, l'alcool, le tabac, les relations sexuelles de plus en plus précoces à 13-14 ans. Plus de 200 000 avortements par an malgré la pilule contraceptive et la pilule du lendemain.

Les professionnels de santé sont, par principe, des acteurs de la prévention mais depuis l'instauration de la formation continue obligatoire et, plus récemment, le Développement professionnel continu (DPC), ils ont un rôle essentiel dans les territoires de promotion de la prévention en partenariat avec les Agences régionales de santé (ARS).

Enfin, la collectivité nationale a une responsabilité régaliennne de prévention des conditions de vie, d'habitat, de travail, d'environnement et de sécurité.

Le groupe des entreprises souhaite une réorganisation complète du système actuel de prévention, due à :

- une gouvernance complexe en raison d'une pluralité d'acteurs nationaux, régionaux, voir locaux. Selon l'avis, trente-quatre organismes publics travaillent pour la santé, l'éducation, l'information, la sécurité, ce qui ne facilite pas la coordination ;
- une difficile identification des financements afférents à la prévention, faute de distinction entre curatif et préventif. Selon les textes en 2010, 5,9 milliards d'euros auraient été consacrés à la prévention, ainsi que 5,7 milliards d'euros qui ont été intégrés dans les dépenses de santé sans distinction du curatif et du préventif ;

- une consommation médicamenteuse élevée qui est une réalité par rapport aux autres pays développés, sans toutefois nier les progrès considérables accomplis en matière pharmaceutique depuis les quatre-vingts dernières années. Le médicament a largement contribué à l’augmentation de l’espérance de vie qui, de 1960 à 2008, a augmenté de 15 ans, passant de 63 ans à 78 ans pour les hommes, et de 69 à 80 ans pour les femmes.

Par ailleurs, il ne faut pas omettre la responsabilité des utilisateurs qui se comportent de plus en plus en consommateurs, sans mesurer l’augmentation des coûts qu’ils engendrent pour l’assurance maladie française qui est la plus généreuse de la planète, ce qui explique les déficits depuis de nombreuses années.

Enfin, la prévention en matière de santé est un sujet qui nous concerne tous et l’ensemble des acteurs publics et privés doivent être associés à l’amélioration de cette prévention.

Ceci doit toutefois être réalisé en gardant à l’esprit l’idée d’efficacité. C’est pourquoi, nous souhaitons tout particulièrement insister sur la nécessité de réaliser une réelle évaluation quantitative et qualitative des politiques menées jusqu’à présent et de les mettre en relief avec ce qui peut se pratiquer dans d’autres pays. Face à ce constat des rapporteurs, le groupe des entreprises propose de privilégier, à l’accroissement des moyens, une nouvelle organisation privilégiant l’association privé et public.

Le groupe des entreprises approuve l’essentiel des préconisations du texte et soutient une meilleure prise en compte de la prévention.

Le groupe des entreprises a voté l’avis.

Environnement et nature

Défi majeur de notre politique sanitaire, la prévention de la maladie et la promotion de la santé se doivent de prendre un nouvel élan. Cet avis reflète bien la complexité d’une réalité, où interagissent en permanence les actions et recommandations du corps médical, le comportement et le ressenti de l’individu, et son environnement social et matériel.

Pour le groupe environnement et nature, la force de cet avis est d’avoir clairement pointé la responsabilité collective de la prévention et les liens de causalité entre environnement, conditions de vie et de travail et santé. En ce sens, le groupe attire tout particulièrement l’attention sur trois axes de préconisations :

- Réduire les pollutions à la source en faisant respecter la réglementation.
- Améliorer le cadre de vie :
 - penser l’urbanisme et la rénovation énergétique des bâtiments en intégrant l’approche sanitaire ;
 - concevoir la ville favorisant les mobilités douces (marche à pied, vélo).
- Rendre accessible une alimentation saine :
 - en se donnant les moyens de respecter les engagements du Grenelle de l’environnement concernant les pesticides et l’agriculture biologique ;
 - en réduisant les déchets et les résidus de médicaments par une action sur la prescription et le conditionnement, comme recommandé dans le Plan national sur les résidus de médicaments dans l’eau.

Par ailleurs, le groupe soutient le nécessaire développement de la recherche sur les liens entre environnement et santé, notamment sur les facteurs de risque des pathologies en pleine expansion. Il s'agit simplement d'être en cohérence avec les objectifs affichés du deuxième Plan national santé environnement. À ce propos, le groupe environnement et nature déplore, tout comme le groupe de la mutualité, la suspension de l'unique programme de l'Agence nationale de la recherche consacré à la problématique santé environnement. Nos deux groupes se félicitent donc de l'adoption de l'amendement commun demandant la relance de ce programme suspendu, d'ailleurs préconisé dans l'avis sur le bilan du Grenelle.

Enfin, le groupe environnement et nature tenait à ce que soit posé et traité dans cet avis l'important problème de société qu'est la surconsommation de médicaments, « pathologie » très française. Au-delà de la question évidente du coût, cela pose des problèmes de résistance aux antibiotiques, d'addiction aux hypnotiques, d'effets secondaires et d'accidents iatrogènes. Le groupe environnement et nature fait donc siennes les préconisations visant à sortir de la logique du « tout-médicament ».

Le groupe environnement et nature remercie les rapporteurs et l'administration pour leur travail malgré des conditions parfois compliquées, et a voté cet avis.

Mutualité

L'avis sur les enjeux de la prévention en matière de santé, est d'une grande importance.

Importance liée à la nature du sujet : élément clef d'une politique de santé publique pour tous. Importance liée à la qualité des travaux conduits par les rapporteurs, ce que le groupe de la mutualité salue chaleureusement.

Le Professeur Émile Papiernik, qui a tant contribué à la santé des femmes enceintes et des enfants à naître, soulignait : « *Je considère que la prévention est l'aboutissement le plus élaboré de la synthèse de la recherche, de la médecine et des sciences sociales. Prévenir, c'est d'abord comprendre les mécanismes pathogénétiques, ou au moins suspecter leur origine.* » Sans solliciter sa pensée, il évoquait la prévention comme l'avenir de la médecine.

Le choix d'un avis le plus général et le plus complet possible a été fait. La mutualité y adhère. Elle est particulièrement attachée à l'exposé des multiples déterminants de la santé, exposé qui montre combien la prévention dépasse les seules politiques de soins et adhère tout particulièrement à ce qui porte sur les conséquences des inégalités sociales et des conditions de vie, de travail et environnementales.

Le choix d'un texte général et complet a sans doute pour contrepartie des insuffisances dans la hiérarchisation des propositions.

L'avis aurait pu prioriser la prévention des maladies chroniques non transmissibles, les actions à engager contre le tabagisme, l'alcoolisme et pour de meilleurs comportements alimentaires, pour une activité physique régulière, autant de priorités, s'il en est, en matière de prévention.

L'avis aurait pu formuler des propositions chiffrées pour mieux financer la prévention, pourquoi pas une augmentation budgétaire de 1 % par an pendant une législature, par transfert entre le soin et la prévention, donc à budget constant.

Financements, évaluation, gouvernance, recherche, comme le souligne l'avis, les leviers existent. Il faut donc les activer, les renforcer pour que notre politique de prévention soit plus efficace.

À ce titre, le groupe de la mutualité se félicite de l'adoption déposée avec le groupe environnement et nature, demandant la relance de l'unique programme Santé/environnement de l'Agence nationale de la recherche.

Le groupe de la mutualité souhaite insister sur l'importance de la pédagogie nécessaire pour que chacun puisse devenir acteur de sa santé. Il apprécie l'accent mis sur la médecine scolaire dont les ressources ne sont pas à la hauteur des enjeux. Il en va d'ailleurs de même de la médecine du travail.

Il insiste sur l'urgence d'améliorer la lisibilité des financements précisément consacrés à la prévention. Il en va de même des différentes instances qui s'en occupent.

Il rejoint les rapporteurs sur le constat d'une absence de *continuum stratégique* en prévention. Face à la puissance de *lobbying* des industries agroalimentaire et pharmaceutique, la dispersion des efforts et messages de prévention est bien sûr très dommageable.

Dans ces conditions, une politique cohérente de prévention reste à mettre en œuvre.

Le groupe de la mutualité s'est exprimé favorablement sur le texte de l'avis.

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

Dans un premier temps, notre groupe tient à remercier vivement les deux rapporteurs pour leur écoute et leur ouverture, nous sommes sensibles à l'importance qui a été donnée dans cet avis aux enjeux propres à la jeunesse quant à la prévention.

L'avis présenté aujourd'hui propose de nouvelles approches de la prévention par la définition d'une politique plus stratégique et plus collective. Notre groupe souscrit à cette approche, développer la culture de la prévention en France est nécessaire pour pérenniser notre système de santé et permettre aux futures générations de bénéficier elles aussi d'un système de redistribution et de solidarité intergénérationnelle.

Nous nous satisfaisons également de voir pris en compte les impacts environnementaux sur la santé ainsi que les nouveaux défis sanitaires. En effet, nous sommes convaincus que l'amélioration des conditions de vie au quotidien constitue une des premières actions de prévention.

Parce que les habitudes de vie et les comportements s'acquièrent tôt, les jeunes doivent être au cœur des actions de prévention. Cette réaffirmation est pour nous un point fort de l'avis. Le groupe retient en particulier trois recommandations qui lui semblent aller dans le bon sens :

- les actions de prévention auprès des jeunes doivent être renforcées, d'une part parce que c'est tôt que l'on constitue son capital santé et que des négligences aujourd'hui peuvent se révéler coûteuses sur le long terme, d'autre part parce que la jeunesse est une période qui se caractérise par des conduites à risques qui nécessitent une réponse adaptée. Les actions de prévention doivent être ciblées, adaptées et dispensées prioritairement par les jeunes eux-mêmes, notamment dans le cadre du service civique ;
- la définition d'une politique publique de prévention, avec un volet dédié aux jeunes, s'inscrit également dans cette démarche. Cela permettrait, par exemple, de définir un budget spécifique et identifié de la médecine préventive universitaire,

de clarifier son rôle, ou encore celui des structures dédiées aux jeunes telles que les points santé jeunes ou les maisons des adolescents dont l'existence est fragilisée par les baisses budgétaires ;

- enfin, la reconnaissance, dans cet avis, du rôle des mutuelles étudiantes, dans le développement de la prévention et de l'accès aux soins auprès des jeunes, est, selon nous, une démarche efficace : c'est par le développement de la prévention par les pairs, ainsi que par le renforcement d'une protection sociale adaptée à leurs besoins que l'accès à la santé des jeunes sera facilité. Or, les mutuelles étudiantes sont aujourd'hui très fragilisées.

Pour ces raisons, le groupe des organisations étudiantes et mouvements de jeunesse a voté en faveur de l'avis.

Outre-mer

Le groupe de l'Outre-mer considère l'avis sur les enjeux de la prévention en matière de santé rationnel et ambitieux. L'essentiel est effectivement de définir la prévention comme l'élément majeur pour une meilleure gestion de la santé tout au long de la vie. Il s'agit là d'une exigence de santé publique. Bien qu'inscrite dans plusieurs lois successives, force est de reconnaître que la prévention demeure peu visible.

La prévention s'efface devant la médecine curative et technologique qui lui laisse peu de place. Elle se noie dans un système de financements et d'acteurs trop nombreux et mal identifiés. Le groupe apprécie donc que l'avis mette l'accent sur :

- la prévention individuelle où chaque individu en devient son propre acteur et sur la prévention collective en prenant en considération l'impact de l'environnement et des conditions de vie sur la santé, les problèmes posés par les maladies chroniques en forte progression, le niveau élevé des addictions et la forte consommation de médicaments ;
- l'intérêt des politiques d'évaluation ;
- le manque de cohésion dans les actions de prévention, dû en grande partie à la multitude des acteurs nationaux et locaux aux compétences souvent mal définies.

Le groupe regrette cependant que l'avis se soit quelque peu éloigné des préoccupations locales. En effet, en Outre-mer, certaines situations sont préoccupantes : taux beaucoup plus élevé de grossesse chez les adolescentes, une consommation exponentielle de produits illicites, une répercussion reconnue de la pollution sur la santé, tel le chlordécone sur le cancer de la prostate, l'existence de certaines maladies spécifiques telles la drépanocytose, la dengue...

Le groupe pense qu'une politique de prévention efficace doit contenir des mesures fortes face à certaines inégalités sociales et territoriales constatées telles que :

- la mortalité prématurée des Français qui reste l'une des plus élevées de l'Union européenne ;
- les disparités régionales et intra-régionales faisant apparaître des écarts notables d'espérance de vie ;
- des disparités au niveau de la condition sociale qui font qu'à 35 ans l'espérance de vie d'un cadre est trois fois plus élevée que celle d'un ouvrier.

Agir pour atténuer cela, c'est avancer vers la justice sociale et l'égalité du citoyen dans le cadre de son légitime et universel droit à la santé. Le groupe considère que la mise en place des agences régionales de santé est une première étape aux actions locales spécifiques en matière de prévention.

Le groupe a voté l'avis.

Personnalités qualifiées

Mme du Roscoät : « Permettez-moi un coup de chapeau, inhabituel de ma part, à mon ami Christian Corne qui a repris au bond ce rapport mal mené par la maladie du Professeur Etienne.

Au-delà des préconisations souvent d'ordre général, je souhaiterais que nous puissions faire effectivement bouger les choses par des mesures de bon sens, claires, concrètes, applicables de suite.

J'en ai sélectionné deux avec un exemple précis :

Concernant l'alimentation : comment se fait-il que les normes qualités soient si exigeantes pour nos producteurs de tomates (Savéol en Bretagne par exemple) ce qui rend les produits bien plus chers, alors que dans un même temps l'on importe de Belgique et d'Espagne des tomates ne présentant pas les mêmes critères. De deux choses l'une, ou nous sommes allés trop loin dans les réglementations en vigueur sur notre territoire et il faut les abandonner, ou nous avons raison et faisons courir un risque en important des produits alimentaires non contrôlés.

Passons à l'habillement : même constat dans de nombreux vêtements importés d'Asie, qui provoquent souvent des allergies parfois graves. La presse s'en est fait l'écho dernièrement sur un problème de chaussures. Je l'ai constaté moi-même lors de l'achat de pyjamas d'enfants. M'étant renseignée, j'ai appris que les personnes qui ouvraient les cartons en provenance de ces pays asiatiques devaient le faire avec des gants en caoûtchouc épais... Le risque est donc connu.

Ma proposition est simple : Appliquer aux produits importés les mêmes normes sanitaires que celles exigées pour nos producteurs. Il y va de la santé de nos concitoyens et par ailleurs cela mettrait fin à une forme de concurrence illégale ».

Mme Ballaloud : « En 2010, la France a consacré 5,9 milliards d'euros à la prévention, financés par l'État et les collectivités locales et à hauteur de 944 millions d'euros par l'assurance maladie. Dans les faits, l'effort financier consenti par l'assurance maladie va bien au-delà. Une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé estime qu'en 2002, 5,7 milliards d'euros ont été consacrés aux actions de prévention.

Encore s'agit-il d'une simple estimation car ce chiffre n'a pas été réévalué depuis 2002. Cette lacune ne peut manquer de nous interroger. Nous ne savons pas aujourd'hui combien l'assurance maladie consacre précisément à la prévention, la prévention primaire couvrant un champ très large qu'il est très difficile de définir.

Je suis, en tant que professionnelle de santé, favorable à la prévention. Elle contribue au bon état de santé de la population, mais je m'interroge : doit-elle être financée par l'assurance maladie ? La réponse est oui pour la prévention secondaire et tertiaire car elles accompagnent et renforcent la démarche curative.

En revanche, pour la prévention primaire, qui précède la maladie, je réponds non.

L'assurance maladie ne peut pas, ne doit pas, financer des actions de prévention générales, par des voies diverses, dépliants... voire consultation *ad hoc* pour tous ceux qui sont aujourd'hui en bonne santé. Nous ne pouvons pas nous le permettre. En effet, le déficit de l'assurance maladie était de 10,3 milliards d'euros en 2011. Nous devons aujourd'hui définir de réelles priorités, recentrer l'assurance maladie sur son cœur de métier. Notre assemblée dans son avis sur la protection sociale s'est d'ailleurs fait l'écho de ces préoccupations financières. Aussi, je le dis, les Caisses d'assurance maladie ne doivent pas devenir des Caisses d'assurance santé. Cette évolution a été mise au débat au sein de la section des affaires sociales et de la santé. Ce pas nous ne l'avons pas franchi et je m'en félicite. L'assurance maladie doit couvrir les risques des personnes malades et non ceux des personnes en bonne santé qui relèvent, entre autres, du rôle des Agences régionales de santé, du rôle de l'éducation nationale épaulée par les mairies, les conseils généraux, régionaux et du rôle des associations, sans oublier du rôle des familles.

À l'heure où notre système de santé, envié de tous, connaît des difficultés, il a besoin de tous les financements de l'assurance maladie, son avenir est à ce prix ».

Professions libérales

Si en 2003, Guy Robert, dans son avis sur *La prévention en matière de santé*, pouvait encore dire que notre société s'intéresse plus à la médecine qu'à la santé, il semble que les choses aient petit à petit évolué et que l'importance à donner à la prévention pour garantir celle-ci soit partout reconnue, à défaut d'être mise en pratique !

Face aux espérances mais aussi au fantasme que l'on pourrait maîtriser toutes les maladies ou les morts « évitables », en les faisant reculer toujours plus, l'ampleur de la tâche peut apparaître décourageante. La santé n'est qu'un domaine d'action parmi de nombreux autres : travail, logement, transports, environnement, éducation, industrie alimentaire...

Et, d'autant plus que, depuis la charte d'Ottawa, on sait que la prévention ne doit pas s'envisager seulement par rapport à la maladie, mais aussi en termes de promotion de la santé, définie comme un état de bien-être à la fois physique et psychique. Autrement dit, en termes de bonheur ! Comment, dès lors, n'être pas submergé par l'ambition de l'objectif ?

Sur le terrain, les progrès réalisés en conséquence ne sont pas vraiment à la hauteur. Force est de reconnaître que depuis 2003, date de l'avis de Guy Robert, les enjeux n'ont guère changé : nécessité de mieux coordonner des acteurs qui, souvent, s'ignorent, approfondir la recherche en épidémiologie, mieux évaluer les objectifs, établir un fléchage plus transparent des financements, repenser la gouvernance...

L'un des enjeux primordiaux est bien, comme le souligne l'avis, de hiérarchiser des objectifs précisément évaluables. Or, l'avis confie cette tâche à la future loi de santé publique, que l'on espère prochaine. Le CESE n'est certes pas habilité à le faire, mais il n'empêche qu'il est difficile, dans ces conditions, d'échapper au sentiment de « rester sur sa faim », sentiment accentué par le fait que :

- les enjeux de la médecine prédictive et de ses dévoiements possibles sont à peine surveillés ;
- les risques induits par la dégradation de l'environnement font, à juste titre, l'objet d'une préoccupation renouvelée mais sans déboucher sur de véritables préconisations pratiques.

Là où, finalement, l'avis innove le plus, c'est surtout en proposant des pistes concrètes pour la mise en œuvre d'une action interministérielle en matière de prévention. Si le gouvernement ne s'en tient pas à ces recommandations peut-être excessivement précises, il gagnerait sans nul doute à s'en inspirer !

À nos yeux, l'avis aurait pu, par ailleurs, insister davantage sur les aspects suivants :

- la nécessaire complémentarité - dans le respect des qualifications et de la formation de chacun - entre médecins et paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes, orthoptistes...). Cette problématique dépasse de loin les enjeux de la seule médecine du travail ! Ces derniers entretiennent un suivi plus régulier, plus fréquent avec leurs patients ;
- la question d'un mode de rémunération adapté aux actes de prévention, en particulier, pour la future consultation de prévention prévue par la loi de santé publique de 2004, dont nous souhaitons une mise en place rapide.

Enfin, l'enjeu que représente la santé des jeunes méritait d'être souligné, et cela vient fort à propos. Néanmoins, si nous reconnaissons la nécessité de faciliter la couverture par une assurance- maladie complémentaire de ce public, il nous semble fort critiquable d'en restreindre les facilités aux seuls étudiants. Aussi, dans un souci d'équité, pour éviter une double discrimination, à l'égard des jeunes qui ne sont pas étudiants mais aussi à l'égard des organismes d'assurance maladie complémentaires autres que les mutuelles étudiantes, le groupe des professions libérales a proposé un amendement visant à supprimer l'idée d'une exonération de la Taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) pour les étudiants ressortissants du régime étudiant de sécurité sociale. Nous suggérons à la place que tout contrat visant à assurer un jeune, qu'il soit en formation ou pas - et dans ce dernier cas, sous conditions de ressources - puisse bénéficier de l'exonération de la TSCA, et cela quelle que soit la nature de l'organisme complémentaire.

Bien que modifié, notre amendement a été adopté, en conséquence le groupe des professions libérales a voté l'avis.

UNAF

La prévention en santé à tous les âges de la vie commence en famille puisqu'elle est le lieu premier d'acquisition de comportements, des savoirs, de bonnes habitudes, autant de pratiques pour que chacun soit acteur de son capital santé.

La prévention est un enjeu primordial pour toute société moderne. C'est un investissement et non une dépense. En effet, il ne s'agit plus seulement aujourd'hui pour chacun de vivre de plus en plus « vieux », mais de vivre « bien » le plus longtemps possible.

Néanmoins, il est important pour le groupe de l'UNAF de compléter les préconisations de l'avis de quelques éléments.

Tout d'abord, un regret au regard de la saisine originelle de ne pas avoir ou peu étudié certains points porteurs d'importants enjeux éthiques comme par exemple :

- l'accessibilité à la carte génétique des individus ;
- la nécessité de lutter contre les conclusions de raisonnements probabilistes qui occulteraient le caractère unique de chaque individu ;
- les choix de politiques de dépistage et d'examen parfois inutiles au détriment de l'examen clinique des patients.

Dans le présent avis, les enjeux et possibles dévoiements de la médecine prédictive sont tout juste esquissés, même s'il est pris soin de rappeler que si la génétique de chacun propose, c'est l'épigénétique qui dispose.

En second lieu, la charte d'Ottawa (1986) comme l'OMS préconisent de lier la prévention à la promotion de la santé. Pour être efficaces, les actions de prévention doivent donc s'accompagner d'actions d'éducation à la santé, qui permettent au plus grand nombre, et notamment dans le cadre familial, d'acquiescer une « culture santé ». À ce titre, la nécessité de renforcer l'efficacité de la diffusion des messages est justement soulignée. Le groupe de l'UNAF est donc favorable à des temps dédiés à la formation du grand public dans les médias notamment audiovisuels, et sur les réseaux sociaux. Ces spots, qui pourraient par exemple être dénommés « prévention santé famille », seraient utiles à chaque âge de la vie, depuis les conseils aux parents de nourrissons jusqu'aux préconisations à l'adresse des personnes du quatrième âge.

Le groupe de l'UNAF soutient également la préconisation d'aménager des rendez-vous de prévention tout au long de la vie et notamment de redonner des moyens à la PMI, premier relais de prévention, depuis la naissance jusqu'à l'école maternelle incluse. Dans un souci d'équité et d'efficacité, ces centres de proximité doivent être accessibles à tous et sur tout le territoire. Il est absolument nécessaire que cela reste une priorité des conseils généraux dans les moyens alloués à la PMI.

Enfin, il est important de rappeler que la prévention ne concerne pas exclusivement le champ sanitaire, et que de nombreux facteurs économiques, sociaux, culturels, environnementaux aussi, influencent fortement l'état de santé d'une population. Une politique publique de santé doit donc englober toujours davantage l'ensemble de ces problématiques et s'attacher à hiérarchiser et évaluer les objectifs qu'elle se donne.

Plus l'institution familiale sera visible pour promouvoir la santé, plus elle sera un relais de prévention efficace.

Dans cette optique, le groupe de l'UNAF a voté l'avis

UNSA

Le groupe de l'UNSA estime qu'il faut tenir compte du caractère multidimensionnel de la prévention en matière de santé. Elle concerne tous les acteurs de la vie économique et sociale. Les gains qu'elle induit ne sont cependant pas mesurables. Ils sont en quelque sorte équivalents à des noncoûts, c'est-à-dire au montant des dépenses auxquelles une population plus vulnérable aurait du faire face. Même si elles échappent à la logique comptable, les sommes épargnées en termes de soins deviennent potentiellement disponibles pour la formation, la recherche et l'innovation.

Ainsi, la prévention a un caractère d'investissement. Elle n'a pas seulement un impact sur les conditions de vie, elle concourt aussi à la maîtrise des dépenses publiques et est un atout de compétitivité en assurant une main d'œuvre plus régulièrement disponible. Néanmoins, l'effort doit être constant pour être véritablement efficace. De ce point de vue, l'UNSA craint que l'effet conjugué des politiques d'austérité et de réduction systématique des effectifs ne coûte beaucoup plus cher que les économies réalisées à très court terme et dont l'impact budgétaire sera fugace.

En privilégiant notamment la construction d'un parcours de prévention citoyen tout en promouvant une responsabilité collective, cet avis a le mérite de bien situer la prévention dans l'ensemble de cette problématique, même si l'on peut déplorer une certaine retenue dans les développements plus strictement économiques.

Par ailleurs, l'avis fait judicieusement remarquer que la prévention ne saurait être cantonnée à l'activité du seul secteur des professionnels de la santé. Nombre de professionnels sont concernés, tout particulièrement à l'Éducation nationale où elle n'est pas du seul fait de la médecine scolaire. La prévention intervient là dans un contexte et à une période de la vie particulièrement déterminante. La faiblesse latente de moyens y est d'autant plus inquiétante. L'avis en pointant les propos quelquefois lénifiants et se voulant rassurants sur les performances de notre système s'inscrit légitimement en faux sur la portée réelle des progrès en termes de mortalité prématurée et d'espérance de vie sans incapacité, qui peinent à dissimuler les lacunes de la politique de santé en France : il est clair qu'en matière de prévention la France a encore de grosses marges d'évolutions devant elle.

L'UNSA tient en conclusion à insister particulièrement sur deux axes :

D'une part, l'obligation d'étendre la formation en matière de prévention largement au-delà des seuls professionnels de santé, comme les accompagnants sociaux - assistantes sociales, par exemple - pour ne citer que cela ;

D'autre part, la nécessité absolue d'une volonté d'assurer une meilleure coordination du sanitaire, du social et du médico-social. Cela implique d'établir un cadre de gouvernance publique qui fixe les objectifs et puisse ajuster les enveloppes budgétaires adaptées pour les atteindre. Ceci appelle leur décloisonnement, c'est la raison pour laquelle l'UNSA réclame leur fongibilité.

L'UNSA soutient une large part des préconisations qui figurent dans cet avis et a voté pour.

Scrutin

Scrutin sur l'ensemble du projet d'avis

Nombre de votants 195

Ont voté pour 194

S'est abstenu 1

Le CESE a adopté.

Ont voté pour : 194

<i>Agriculture</i>	MM. Bailhache, Bastian, Mmes Bernard, Bocquet, Bonneau, Doré, Dutoit, MM. Giroud, Gremillet, Mme Henry, MM. Lefebvre, Lemétayer, Pelhate, Pinta, Roustan, Schaeffer, Mmes Serres, Sinay, M. Vasseur.
<i>Artisanat</i>	Mme Amoros-Schwartz, M. Crouzet, Mmes Foucher, Gaultier, MM. Griset, Lardin, Le Lann, Martin, Mme Sassano.
<i>Associations</i>	Mme Arnoult-Brill, MM. Charhon, Da Costa, Mme Gratacos, MM. Leclercq, Roirant.
<i>CFDT</i>	M. Blanc, Mme Briand, M. Duchemin, Mme Hénon, M. Honoré, Mme Houbairi, MM. Le Clézio, Legrain, Mme Nathan, M. Nau, Mme Nicolle, M. Quarez.
<i>CFE-CGC</i>	M. Artero, Mme Couvert, MM. Delage, Dos Santos, Lamy, Mme Weber.
<i>CFTC</i>	M. Coquillion, Mme Courtoux, M. Louis, Mmes Parle, Simon.
<i>CGT</i>	Mmes Crosemarie, Cru, M. Delmas, Mme Dumas, M. Durand, Mmes Geng, Hacquemand, Kotlicki, MM. Lepaon, Mansouri-Guilani, Michel, Minder, Prada, Rozet, Teskouk, Mme Vagner.
<i>CGT-FO</i>	Mme Baltazar, MM. Bellanca, Bernus, Mme Boutaric, M. Chorin, Mme Fauvel, M. Hotte, Mmes Medeuf-Andrieu, Millan, M. Nedzynski, Mme Nicoletta, MM. Peres, Porte, Mme Thomas, M. Veyrier.
<i>Coopération</i>	Mme de L'Estoile, M. Lenancker, Mlle Rafael, Mme Roudil, MM. Verdier, Zehr.
<i>Entreprises</i>	M. Bailly, Mme Bel, M. Bernardin, Mmes Castera, Colloc'h, Ducottet, Duhamel, Duprez, Frisch, Gri, Ingelaere, MM. Jamet, Lebrun, Lejeune, Marcon, Mariotti, Mongereau, Placet, Pottier, Mme Prévot-Madère, MM. Ridoret, Roger-Vasselin, Roubaud, Mme Roy, M. Schilansky, Mmes Tissot-Colle, Vilain.

<i>Environnement et nature</i>	MM. Beall, Bougrain Dubourg, Mmes de Bethencourt, Denier-Pasquier, Ducroux, MM. Genest, Genty, Guerin, Mmes de Thiersant, Laplante, M. Louchard, Mmes Mesquida, Vincent-Sweet, M. Virlovet.
<i>Mutualité</i>	MM. Andreck, Beaudet, Davant, Mme Vion.
<i>Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse</i>	M. Dulin, Mme Guichet, M. Prévost, Mme Trelou-Kane.
<i>Outre-mer</i>	MM. Grignon, Omarjee, Mme Romouli Zouhair.
<i>Personnalités qualifiées</i>	MM. Aschieri, Bailly, Mme Ballaloud, MM. Baudin, Bernasconi, Mmes Brishoual, Brunet, Chabaud, M. Corne, Mmes Dussaussois, El Okki, MM. Etienne, Gall, Geveaux, Mmes Gibault, Gard, Graz, MM. Hochart, Jouzel, Mme de Kerviler, MM. Khalfa, Kirsch, Le Bris, Mme Levaux, M. Lucas, Mmes de Menthon, Meyer, d'Ormesson, Ricard, MM. de Russé, Santini, Soubie, Terzian, Urieta.
<i>Professions libérales</i>	M. Capdeville, Mme Gondard-Argenti, M. Gordon-Krief, Mme Riquier-Sauvage.
<i>UNAF</i>	Mme Basset, MM. Damien, Farriol, Feretti, Fondard, Joyeux, Mmes Koné, Therry, M. de Viguerie.
<i>UNSA</i>	M. Rougier.

S'est abstenu : 1

<i>Personnalités qualifiées</i>	M. Richard.
---------------------------------	-------------

Annexes

Annexe n° 1 : liste des personnes auditionnées

- ✓ **Pascale Vatel**
présidente de la Commission de prévention de la CNAMTS
- ✓ **Catherine Bismuth**
professeur à la CNAMTS
- ✓ **Françoise Forette**
Hôpital Broca, Université Paris V, Fondation Nationale de Gérontologie
- ✓ **Pierre Arwidson**
directeur des affaires scientifiques de l'Institut national d'éducation et de prévention pour la santé (INPES)
- ✓ **Philippe Laffon**
directeur de la santé à la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
- ✓ **Bernard Perret**
Conseil général de l'environnement et du développement durable (CGEDD)
- ✓ **Didier Sicard**
président d'honneur du Comité consultatif national d'éthique
- ✓ **Alain Grimfeld**
président du Comité consultatif national d'éthique
- ✓ **François Ewald**
président de l'Observatoire de principe de précaution (OPP)
- ✓ **Etienne Caniard**
président de la Mutualité française, ancien membre du Conseil économique et social
- ✓ **Didier Houssin**
directeur général de la Santé, ministère du Travail, de l'emploi et de la santé
- ✓ **Jean-François Toussaint**
président de la Commission Prévention du Haut Conseil de la Santé publique
- ✓ **Sarah Sauneron et Olivier Oullier**
auteurs du rapport du Centre d'analyse stratégique (CAS), Nouvelles approches de la prévention en santé publique
- ✓ **Pierre-Louis Fagniez**
conseiller auprès de la ministre du Budget, des comptes publics et de la réforme de l'État

Annexe n° 2 : glossaire

Drépanocytose : Maladie héréditaire qui se caractérise par une altération de l'hémoglobine. Maladie très fréquente chez les populations d'Afrique subsaharienne, Inde et des Antilles.

Épidémiologie : Étude des rapports existant entre les maladies ou tout autre phénomène biologique et divers facteurs (modes de vie, milieu ambiant ou social, particularité individuelle) susceptibles d'exercer une influence sur leur fréquence, leur distribution, leur évolution.

Médecine prédictive : elle désigne « les capacités nouvelles de la médecine, et notamment de la génétique de prévoir, parfois très longtemps à l'avance, les affections qui frapperont le patient » « La médecine prédictive détermine par l'étude des gènes, la probabilité de développer une maladie donnée ».

Taux de mortalité : rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année.

Taux de morbidité : Identifie le rapport entre le nombre de personnes atteintes d'une maladie durant une période donnée et la population totale exposée au risque d'infection.

Loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades qui crée l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES).

Le projet génomique humain, commencé dans les années 1980, a abouti le 27 juin 2003 par la cartographie du génome humain. Jean Dausset, Académie nationale de médecine-prix Nobel de médecine.

Programme 230 « Vie de l'élève » : 440 millions en 2011.

En 2006, le seul bilan obligatoire à 6 ans était assuré dans 85 % des cas.

Annexe n° 3 : table des sigles

ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANPAEJ	Points d'accueil écoute jeunes
ANMDA	Maisons des adolescents
ANSES	Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ARS	Agence régionale de santé
CAS	Centre d'analyse stratégique
CASA	Comité d'animation du système d'agences
COCT	Conseil d'orientation sur les conditions de travail
CODES	Comités départementaux d'éducation pour la santé
CORES	Comités régionaux d'éducation pour la santé
DPC	Développement professionnel continu
DGS	Direction générale de la santé
DMP	Dossier médical personnel
FESJ	Espaces santé jeunes
FNES	Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
FNPEISA	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire des professions agricoles
HAS	Haute autorité de la santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HDA	<i>Health Development Agency</i> , (Agence de développement de la santé)
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
IREPS	Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
NIR	Numéro d'identifiant individuel santé
ORS	Observatoire régional de santé
PMI	Protection maternelle infantile
SUMPPS	Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé

Annexe n° 4 : bibliographie

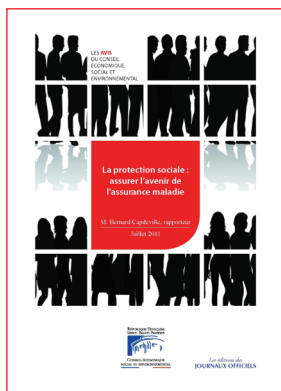
- Académie nationale de médecine Antoine Flahault et Alfred Spira, au nom du groupe de travail « Épidémiologie » *Situation et perspectives de développement de l'épidémiologie en France en 2011*.
- Assemblée nationale, Rapport d'information sur *la médecine scolaire* présenté par Gérard Gaudron et Martine Pinville, novembre 2011.
- Assemblée nationale, rapport sur *Pesticides et santé* par Jean-Claude Etienne, sénateur, 2010.
- Atlas de la démographie médicale en France - situation au 1^{er} janvier 2011.
- Rapport de la Cour des comptes, *La prévention sanitaire*, octobre 2011.
- Centre d'analyse stratégique, *Nouvelles approches de la prévention en santé publique*, 2010.
- Centre d'analyse stratégique, *Vaut-il mieux prévenir que guérir ? Arguments pour une prévention plus ciblée*, n° 167, 2010.
- Conseil économique social et environnemental, avis sur *La dépendance des personnes âgées*, Monique Weber et Yves Vérollet, rapporteurs, 2011.
- Conseil économique, social et environnemental, avis sur *L'avenir de la protection sociale*, Bernard Capdeville, rapporteur, 2011.
- Conseil économique, social et environnemental, avis sur le *Projet de loi relatif à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement*, Paul de Viguerie, rapporteur, 2008.
- Conseil économique et social, avis sur *La prévention en matière de santé*, Guy Robert, rapporteur, 2003.
- Conseil économique et social des pays de la Loire, *Les moyens de prévention et d'éducation à la santé des jeunes*, Daniel Chardaire et Marc Marhadour, rapporteurs, 2007.
- Conseil économique, social et environnemental région du Nord-Pas de Calais, avis sur *La santé au travail en région Nord-Pas-de-Calais, donner toute sa place à la prévention*, Gérard Wacquet, rapporteur.
- Conseil économique et social régional d'Île-de-France, *Une politique de prévention en Île-de-France*, rapporteur Olivier Aynaud, 2003.
- Conseil de l'Europe, *Les politiques de prévention en matière de santé dans les États membres du Conseil de l'Europe*, Liliane Maury Pasquier, rapporteure 2010
- Dossiers solidarité et santé - *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées* - Drees, n° 12, 2009.
- Études et résultats, les comptes nationaux de la santé en 2010, n° 773, 2011.
- Étude IPSOS pour la CNAMTS, février 2005 : le rapport des français et des européens à leur ordonnance et aux médicaments.
- Enquête nationale sur les effets indésirables (ENEIS), P. Michel et Al. « Risques et qualités » 2005, vol II n° 3, p. 131-138.
- Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, *La prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé, les principes*, santé publique, F. Bourdillon.
- Haute Autorité de Santé, *Actualité et Pratiques* n° 7, mars 2009.
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé, les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologies en France, n° 111, 2006.
- Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, 2005.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Faire le choix de la santé*, octobre 2010.

Loi de santé publique de 2004 et ses 100 objectifs, *Inégalités sociales et territoriales de santé au centre des politiques* (travaux des observatoires régionaux de santé- décembre 2010 ; travaux de l'Observatoire régional de santé de Picardie.

Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes, Mme Maryvonne Briot, députée, au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, n° 422 (2005-2006). Téléchargeable sur www.assemblee-nationale.fr

Rapport du Haut conseil de la santé publique, *Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique*, décembre 2009.

Rapport du Haut conseil de la santé publique, *Évaluation des objectifs de santé publique*, avril 2010 et Revue santé publique, *Quelle future loi de santé publique ?* » mars-avril 2010.



Dernière publication de la section

↘ **La protection sociale :
assurer l'avenir de l'assurance maladie**

et aussi

- *La future politique commune des pêches*
- *Rapport annuel sur l'état de la France*
- *40 ans de formation professionnelle : bilan et perspectives*
- *Quelles missions et quelle organisation de l'État dans les territoires ?*

**Retrouvez l'intégralité
de nos travaux sur
www.lecese.fr**

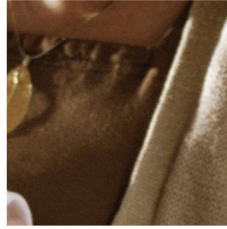
Imprimé par la direction de l'information légale et administrative, 26, rue Desaix, Paris (15^e)
d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et environnemental

N° de série : 411120003-000212 – Dépôt légal : février 2012

Crédit photo : photodisc/thinkstock
Direction de la communication du Conseil économique, social et environnemental

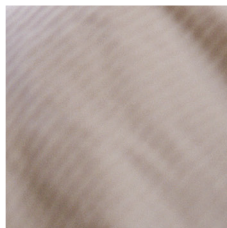
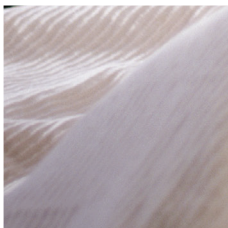


LES **AVIS**
DU CONSEIL
ÉCONOMIQUE,
SOCIAL ET
ENVIRONNEMENTAL



En dépit d'index de santé globalement bons, la France connaît des inégalités sociales et régionales, une mortalité prématurée plus élevée et une espérance de vie sans incapacité plus faible que dans d'autres pays de l'Union européenne. Dans ce contexte, la large diffusion d'une véritable culture de prévention constitue la pierre angulaire d'une nouvelle politique de santé.

Le succès de la prévention repose sur une réelle implication des citoyens et de la collectivité afin de garantir des conditions de vie et de travail « saines ». Le CESE préconise des rendez-vous de prévention réguliers, une diffusion plus efficace des messages, le renforcement de la formation et une gouvernance renouée associant l'ensemble des ministères, en dehors du seul champ de la santé. La prochaine loi de santé publique devra traduire cette ambition en ciblant, en hiérarchisant et en évaluant les objectifs de prévention.



CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL
9, place d'Iéna
75775 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 43 60 00
www.lecese.fr



**Direction
de l'information légale
et administrative**
accueil commercial :
01 40 15 70 10

commande :
Administration des ventes
23, rue d'Estrées, CS 10733
75345 Paris Cedex 07
télécopie : 01 40 15 68 00
ladocumentationfrancaise.fr

N° 41112-0003 prix : 11,70 €
ISSN 0767-4538 ISBN 978-2-11-120887-2



9 782111 208872