

RAPPORT PREPARE PAR M. OLIVIER AYNAUD

**AU NOM DE LA COMMISSION DE LA SANTE,
DE LA SOLIDARITE ET DES AFFAIRES SOCIALES**

**EDUCATION POUR LA SANTE :
UNE POLITIQUE DE PREVENTION EN ILE-DE-FRANCE**

OLIVIER AYNAUD
23 octobre 2003

SOMMAIRE

INTRODUCTION	10
1. ARCHITECTURE DE L'EDUCATION POUR LA SANTE ET DE LA PREVENTION : DU DISCOURS A LA PRATIQUE	13
1.1. Définitions	13
1.2. Du courant hygiéniste à la loi d'orientation en santé publique	15
1.2.1. 1900 – 1950 : un système de santé préventif.....	15
1.2.2. 1950 – 2000 : développement du système curatif.....	19
1.3 Le financement global : part et évolution du budget	22
1.3.1. Comment se répartissent les dépenses de santé.....	22
1.3.2. Comment financer le champ de la prévention lorsque le champ curatif de l'Assurance maladie présente lui-même un grave déficit	27
1.4 Présentation de quatre exemples de politiques étrangères de prévention	30
1.4.1. Les Pays-Bas : renforcer les stratégies de prévention au niveau locale	30
1.4.2. Le Royaume-Uni : une politique de prévention sanitaire déconcentrée.....	31
1.4.3. L'Espagne : une politique de prévention sanitaire décentralisée	33
1.4.4. Le Québec : une politique de prévention sanitaire déconcentrée.....	34
1.5 Présentation d'une politique régionale de prévention : exemple du Nord-Pas-de-Calais	36
2. PANORAMA DE LA SANTE EN ILE-DE-FRANCE	38
2.1. Approche de l'état de santé de Franciliens	38
2.2. Gagner en capital santé	39
2.2.1 Les cancers	40
2.2.2 Les affections cardio-vasculaires	42
2.2.3 Les maladies infectieuses	44
2.2.4 Sexualité et contraception	43
2.2.5 La santé psychique et les conduites addictives.....	48
2.2.6 Les accidents routiers.....	54
2.2.7 La santé environnementale.....	54
2.2.8 Les troubles de l'apprentissage scolaire.....	57
2.3 Quelle(s) politique(s) de prévention au vu de l'état de santé des Franciliens ?	60
3. LES ACTEURS ET LEURS ACTIONS DANS LES DOMAINES DE L'EDUCATION POUR LA SANTE ET DE LA PREVENTION	61
3.1. Identification des circuits de décision en matière de politique de prévention nationale ..	61
3.2. Les acteurs institutionnels	63
3.2.1. Le ministère de la Santé	63
3.2.2. Le ministère de l'Education nationale.....	68
3.2.3. La MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie)	70
3.2.4 Les caisses d'assurance maladie (CNAMTS/MSA/CANAM).....	73
3.2.5 Les mutuelles.....	76
3.2.6. L'URML	77

3.3 Des lieux de sensibilisation des jeunes	78
3.3.1. L'enfant et l'adolescent à l'école	78
3.3.2. Les jeunes à l'université.....	84
3.3.3. Les jeunes en formation professionnelle et en entreprise	86
3.3.4. Vie familiale et sociale des jeunes	86
4. STRATEGIE POUR LA REGION ILE-DE-FRANCE EN VUE D'UNE OPTIMISATION DES POLITIQUES D'EDUCATION POUR LA SANTE ET DE PREVENTION SANITAIRE CHEZ LES JEUNES	97
ANNEXES	93

REMERCIEMENTS

Le président, le rapporteur et les membres de la Commission de la santé, de la solidarité et des affaires sociales adressent leurs très vifs remerciements aux personnalités qui ont bien voulu apporter leur contribution à la préparation du présent rapport :

• LORS D'AUDITIONS

Monsieur Dominique CHERASSE	Directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladie d'Ile-de-France (URCAM IdF)
Monsieur Emmanuel DAYDOU	Directeur de l'action sanitaire et sociale à la SMEREP - Mutuelle Etudiante
Monsieur Gaël DESBONNET	Président de la SMEREP
Professeur Gérard DUBOIS	Médecin chef du département de Santé Publique du Centre hospitalier universitaire, Hôpital Nord – Amiens
Docteur Jean DUFRICHE	Médecin-inspecteur à la Direction régionale de l'action sanitaire et sociale (DRASSIF)
Madame Sylvie GONNET	Infirmière technique au Rectorat de Paris
Docteur Isabelle GREMY	Médecin épidémiologiste à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS)
Monsieur Raymond LAMBERT	Administrateur de la Fédération mutualiste interdépartementale de la région parisienne (FMP)
Monsieur Pierre OUANHNON	Chargé de mission à l'Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladie d'Ile-de-France (URCAM IdF)
Monsieur Jean-Claude POIRIER	Directeur de la santé et des prestations individuelles de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (CRAMIF)
Monsieur Claude ROMEO	Directeur de l'enfance et de la famille au Conseil général de la Seine-Saint-Denis

Docteur Stéphane TESSIER	Directeur du Comité Régional d'Education pour la Santé d'Ile-de-France (CRESIF)
Monsieur Jacques TONNER	Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (CRAMIF)
Docteur Bernard TOPUZ	Médecin chef du service de PMI de la Seine-Saint-Denis
Monsieur Samuel VALENTI	Chargé de mission à la CRAMIF

• **LORS D'ENTRETIENS ET DE VISITES**

Madame Marie-Hélène ABADIE	Présidente du Syndicat national autonome des orthoptistes
Docteur Patrick ALVIN	Service de médecine pour adolescents de l'Hôpital Bicêtre
Madame Liliane CHALON	Inspectrice de l'Education nationale, Chargée de mission prévention à la MILDT
Docteur Jean François CHICOINE	Professeur de pédiatrie, Université de Montréal, Québec, Canada
Monsieur Michel DEPINOY	Directeur-adjoint de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)
Monsieur Marc DURIEZ	Secrétaire Général du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP)
Madame Véronique ESPERANDIEU	Chargée de mission à l'INPES
Docteur Catherine FEVRIER	Délégué Général de l'AMETIF (Association Interentreprises de Médecine du Travail de l'Ile-de-France)
Monsieur Claude GALAMETZ	Vice-président de la délégation prévention, santé, suivi et évaluation du CPER, Conseil régional du Nord-Pas-de-Calais
Monsieur Eric GAULIER	Directeur de la communication et de la prévention à la Fédération mutualiste interdépartementale de la région parisienne (FMP)

Monsieur Michel HANNOUN	Rapporteur de la mission des ministères de l'Education nationale et de la Santé sur « la santé des jeunes en milieu scolaire » (2003)
Docteur Bernard HUYNH	Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France (URML IdF)
Madame Nicole MAESTRACCI	Magistrate, ancienne présidente de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)
Madame Andrée MARTINS	Chargée de mission prévention à la MILDT
Monsieur Maurice QUENET	Recteur de l'Académie de Paris, Chancelier des Universités de Paris
Docteur Marie-Claude ROMANO	Médecin conseiller technique du directeur de l'enseignement scolaire au ministère de l'Education Nationale
Madame Anne-Marie SERVANT	Directrice générale des services
Monsieur Yvan THEIS	Directeur de la Maison régionale de promotion de la santé (MRPS) du Nord-Pas-de-Calais
Madame Catherine VERDIER-LE CAM	Adjointe au chef de bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention à la direction de l'enseignement scolaire du ministère de l'Education Nationale

Le rapporteur tient également à remercier plus particulièrement Messieurs Alexandre GRENIER, responsable du service études à l'URML Ile-de-France et Edouard BIDOU, membre associé de la commission de la santé, solidarité et des affaires sociales du CESR Ile-de-France, qui l'ont accompagné tout au long de ce travail.

INTRODUCTION

Même si le rapport de l'OMS¹ confirme la qualité et la performance de notre système de santé, on ne peut pas s'arrêter aux seuls bons résultats d'espérance de vie pour juger de la santé d'une population.

Il existe en effet en France de nombreux témoins du « mal vivre » de certaines tranches d'âges. **Une partie des jeunes franciliens est particulièrement exposée à ce « mal vivre »** qui s'exprime au travers de conduites à risque mettant en jeu leur propre santé.

Souvent, ce sont des accidents, conduisant au décès ou à une qualité de vie diminuée par le handicap, qui affectent cette population jeune. Ce sont aussi des comportements à risque conduisant à des morts prématurées. Dans ces deux cas, il est trop tard pour agir.

Le champ d'étude de ce rapport visera donc prioritairement le public des jeunes, de l'enfance au jeune adulte, sans oublier que l'éducation pour la santé et la prévention doivent être développées à tous les âges de la vie.

Grâce aux connaissances dont nous disposons aujourd'hui, les acteurs en présence et les actions menées pourraient avoir un rôle plus fort pour agir en amont. En effet, il ne s'agit pas simplement de procéder à une information sanitaire mais, à moyen et long termes, de **développer des capacités individuelles et collectives pour assurer l'amélioration tant de la longévité que de la qualité de vie** : ce sont les buts de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Cette logique ne se limite donc pas à délivrer une information sur les risques mais, bel et bien, à faciliter les **adaptations volontaires**, à opérer des changements de mode de vie et d'habitudes de consommation, à provoquer chez les personnes un stade de réflexion leur permettant d'opérer des modifications observables allant dans le sens de l'amélioration de leur qualité de vie.

Quelle **politique** de prévention en Ile-de-France et quels **objectifs** pour la Région en matière d'éducation pour la santé ? Ce rapport essaie de répondre à cette interrogation.

¹ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

De nombreux acteurs agissent quotidiennement dans le domaine de l'éducation pour la santé. Une multitude de messages est délivrée qui influent sur les comportements et contribue à la détérioration ou à l'amélioration de l'état de santé des populations.

Ce jeu d'influence, souvent peu équilibré, nécessite l'intervention des pouvoirs publics et des acteurs de terrain pour encadrer et relayer les prises de conscience propices aux changements.

Une politique régionale de santé s'applique dans les deux champs de la santé : les champs du préventif et du curatif. Ces deux champs sanitaires, la prévention et le soin, ne peuvent être dissociés. Mais, plus en amont, l'éducation pour la santé est l'élément prospectif du trépied d'une politique de santé recherchant une efficacité médicale, facteur de réduction des coûts sociaux.

Il est alors de la responsabilité de la collectivité d'informer au mieux la population dont elle est l'émanation pour lui assurer la meilleure qualité de vie possible. **Développer une stratégie régionale** pour définir les axes prioritaires, coordonner les actions, identifier les acteurs et concentrer les efforts apparaît donc comme une nécessité pour éviter de disperser des ressources déjà relativement faibles.

Pour ce faire, l'Etat a notamment mis en place la Conférence Régionale de Santé, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins et le Schéma Régional d'Education pour la Santé. La Région, quant à elle, s'est investie dans le soutien de structures locales agissant dans le domaine du médico-social. Une logique thématique a été développée par le soutien au CRIPS¹. Mais la difficulté réside dans l'articulation des politiques qui émanent à la fois de l'Etat, des Régions des Départements et des Communes.

Les **contraintes budgétaires** imposées à l'exercice de la prévention sont également à prendre en compte puisque la part identifiable des dépenses de prévention reste très faible par rapport aux dépenses de soins : de l'ordre de **2,5 à 5% du budget global de la santé**.

Pourtant, l'ensemble des professionnels du secteur semble s'entendre sur la nécessité d'inverser cette tendance et de rééquilibrer le rapport entre prévention et soins dans notre système de santé. Cette volonté s'inscrit notamment dans le projet de **Loi Quinquennale en Santé Publique** en cours de réflexion au ministère de la Santé, réflexion reprise par l'Académie de Médecine qui, dans son rapport², préconise des consultations de prévention en médecine générale.

¹ CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida

² www.academie-medecine.fr, Rapport du 07/01/03

La question que se pose ce rapport est donc de rechercher la manière **d'optimiser régionalement les actions de prévention en matière d'éducation pour la santé**. Son objectif sera de dresser un état des lieux de la santé des Franciliens, de présenter quelques moyens et quelques acteurs en présence et d'illustrer les politiques en matière d'éducation à la santé des jeunes dans notre région au travers :

- des principes de base liés à l'éducation pour la santé ;
- des liens existant entre les acteurs nationaux, régionaux et locaux ;
- des passerelles entre le monde de la recherche, de la communication et des acteurs primaires opérant dans ce domaine.

Seront évoqués le fonctionnement administratif, le financement, la détermination des thèmes, la multiplicité des acteurs et des responsabilités en matière de prévention et d'éducation à la santé, et les pathologies dont une intervention en amont pourrait modifier l'incidence.

Cette réflexion devrait aboutir à des propositions permettant de positionner le Conseil régional dans le champ de la santé, de décrire les opportunités d'actions et d'identifier les acteurs à y associer.

En conclusion, ce rapport esquissera les premières lignes d'un « **Contrat de Plan Sanitaire Régional** » définissant les grands axes et les moyens nécessaires à une politique coordonnée d'éducation pour la santé en Ile-de-France.

1. ARCHITECTURE DE L'EDUCATION POUR LA SANTE ET DE LA PREVENTION : DU DISCOURS A LA PRATIQUE

Prévention et éducation pour la santé sont typiquement des mots tiroirs. La philosophie, les concepts, les définitions qui se cachent derrière ces termes sont variés. C'est pourquoi, il semble important de définir le champ couvert par la prévention et l'éducation pour la santé, de retracer l'historique de cette pensée et d'évoquer différentes conceptions internationales avant de se lancer dans l'exercice pratique.

1.1. DEFINITIONS

En 1986, L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini dans la **Charte d'Ottawa** la **promotion de la santé** comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* ». La Charte a élargi la démarche éducative en mettant en avant la **responsabilité collective**. Il ne s'agit plus seulement d'éduquer les individus mais aussi de favoriser les mobilisations et les changements collectifs en prenant en compte les déterminants psychosociaux et sociétaux à l'origine des comportements et des attitudes défavorables à la santé.

L'éducation pour la Santé est définie comme « *un ensemble d'interventions visant à informer, motiver et aider une population à adopter des comportements favorables à la santé. Elle agit au niveau individuel et collectif par des actions de communication. Elle s'appuie sur des disciplines multiples telles que : l'épidémiologie, la démographie, la statistique, la sociologie, la psychologie, l'économie* ».

Ainsi l'approche sanitaire, dans la Charte d'Ottawa, est une **approche intersectorielle** prenant en compte la multi-causalité des déterminants de la santé modifiant des pratiques individuelles et collectives.

A partir de la Charte d'Ottawa, l'INSERM décline, dans son rapport¹ sur la promotion pour la santé, les objectifs suivants :

1. faire progresser l'information et les connaissances ;
2. faire prendre conscience des facteurs de risques et des comportements à risque ;
3. mobiliser les décideurs ;
4. faire progresser le cadre législatif ;
5. optimiser les dépenses de santé.

¹ Education pour la santé. Expertise collective. Inserm 2001

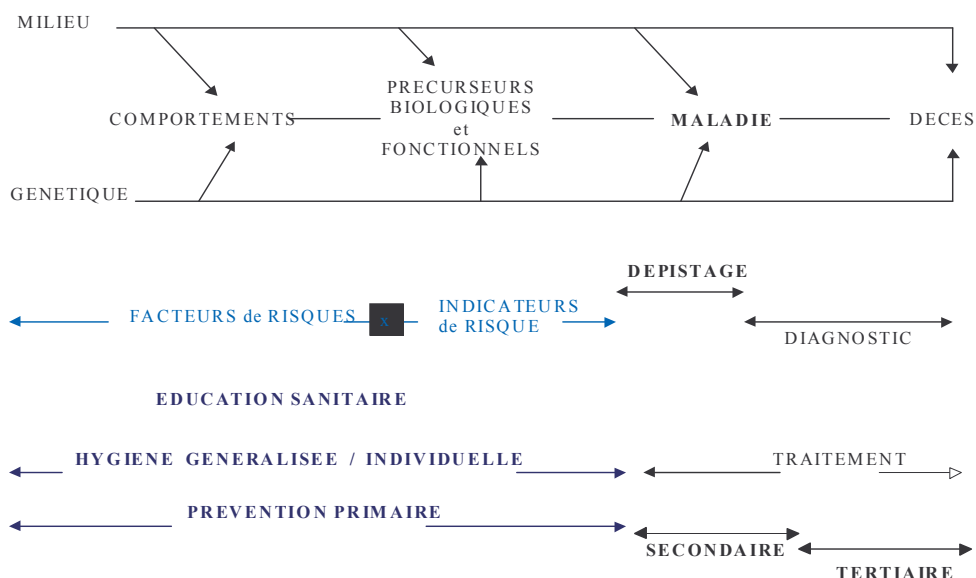
Ces items ont comme premier objectif de favoriser l'éducation pour la santé et l'accès aux soins préventifs, sans répercussions immédiate sur les dépenses de santé.

Qu'est-ce que la prévention médicale ?

On distingue généralement trois stades dans les politiques de prévention :

- **la prévention primaire** est constituée par l'**éducation pour la santé** et les **actions d'information** à destination du grand public ou de certains groupes cibles. L'objectif de la prévention primaire est de prévenir la venue de la maladie en jouant sur ses déterminants endogènes ou exogènes, en travaillant notamment sur les facteurs de risques ;
- **la prévention secondaire** passe par un **acte médicalisé**, il s'agit par exemple des programmes de dépistage à destination de populations ciblées. L'objectif de la prévention secondaire est de détecter les maladies assez tôt pour éviter les formes les plus graves des pathologies ;
- **la prévention tertiaire** assure le **suivi des maladies** ou des affections induites en limitant les conséquences.

Le schéma ci-dessous permet de positionner ces stades de prévention dans le cycle de vie des pathologies et de situer l'apparition de ces différents types de prévention dans le cadre d'une politique de santé publique :



Source

Professeur Gérard DUBOIS – Université d'Amiens

Ce schéma montre qu'une politique de santé s'appuie sur les trois types de prévention qui ne peuvent être dissociés situés en amont, **l'éducation pour la santé est l'élément prospectif d'une politique de santé**. Elle est la seule à donner à chacun la possibilité et les compétences pour gérer sa vie dans tous ses aspects.

De plus, si le **dépistage** est plutôt rattaché à la prévention secondaire, nous retiendrons dans notre approche que le **dépistage précoce** des comportements à risque, liés à des facteurs environnementaux ou autres, plus particulièrement chez l'enfant ou l'adolescent, nous paraît pleinement rentrer dans le cadre de la prévention primaire et plus particulièrement dans le champ de l'éducation sanitaire.

Ainsi les risques pour la santé, notamment chez les jeunes, seront réduits par la promotion de la santé, par l'éducation à (ou pour) la santé, dans l'objectif d'améliorer la qualité de la vie et de la prolonger.

Les deux expressions « éducation pour la santé » et « éducation à la santé » sont utilisées par des acteurs différents mais complémentaires. Les professionnels de santé s'attachent à une **éducation pour la santé** dans le cadre d'une dynamique d'adaptation. Par contre les acteurs du système éducatif préfèrent une **éducation à la santé** dans le cadre d'une dimension éducative par analogie avec l'éducation à la citoyenneté et à l'environnement.

Pourtant, au regard, de l'histoire de la médecine, l'éducation pour la santé n'a pas fait l'objet d'un développement régulier dans notre système de santé.

1.2. DU COURANT HYGIENISTE A LA LOI D'ORIENTATION EN SANTE PUBLIQUE

1.2.1. 1900 – 1950 : un système de santé préventif

Dès la fin du 18^{ème} siècle, les **médecins environnementalistes** ont soutenu les initiatives gouvernementales visant à améliorer l'espérance de vie des citoyens. Les pouvoirs politiques ont pris des décisions à partir d'une connaissance de la maladie. Par ailleurs, même lorsque les décideurs savaient ce qu'il convenait de faire, ils pouvaient ne pas disposer des fonds nécessaires à la réalisation de ces programmes ou devaient tenir compte des obstacles à l'accomplissement des mesures : coût, mécanismes d'exécution, résistance populaire...

Le concept d'éducation pour la santé est inscrit dans les lois sociales depuis le début du 20^{ème} siècle, on pourrait attribuer son introduction au « **courant hygiéniste** » formé d'un groupe de spécialistes en hygiène et santé publique qui, à la fin du 19^{ème} siècle, parvient à s'implanter dans les instances de décision et notamment à investir le comité consultatif d'hygiène publique. Un autre exemple consiste en la création par l'Etat allemand, en 1883, de l'assurance obligatoire dont les missions ne se limitent pas à mieux soigner les maladies, mais aussi à mieux en organiser la prévention (prévenir la contagion pour alléger les coûts).

Par ailleurs nombre de médecins, sympathisants du courant hygiéniste, se

retrouvent à la tête de mairies après la loi de 1884, dont l'article 97 a étendu les pouvoirs municipaux ce qui explique la multiplication des bureaux d'hygiène dans les grandes villes entre 1885 et 1895. D'autant que cette période charnière (fin 19^{ème} début 20^{ème}) donne naissance à la microbiologie et à l'immunologie (Pasteur, Calmette et Guérin...) permettant le développement de la prévention (vaccination).

Mais face aux obstacles rencontrés par les hygiénistes pour s'instaurer comme « gestionnaires » de la santé à la fin du 19^{ème} siècle, les héritiers de ce mouvement au siècle suivant vont chercher à l'institutionnaliser différemment en créant notamment, en 1924, **l'Office National d'Hygiène Sociale** et sa **Commission générale de propagande**. Cette structure regroupe alors les représentants des départements ministériels et des organismes privés et publics intéressés et réalise ainsi le premier réseau de centres régionaux de propagande, principalement axé sur des campagnes de lutte contre les maladies infectieuses.

Parallèlement se constituèrent les premiers **organismes privés** chargés d'éduquer le public : la Société scientifique d'hygiène alimentaire et d'alimentation rationnelle (1904), le Comité national de lutte antituberculeuse (1916), la Ligue nationale contre le cancer (1918)...

Certaines maladies infectieuses, parfois contagieuses, entraînent des comportements sociaux différents selon le développement de la maladie. Soit celles-ci sont responsables d'une **épidémie**, avec un grand nombre de morts sur un territoire défini dans une courte période de temps, déclenchant un phénomène de panique devant la brusque accélération de la mortalité. Soit elles sont **endémiques**, la maladie sévit en permanence dans la région, dans le pays, c'est un phénomène régulier, constant, qui fait partie de la vie, peu importe le taux de mortalité, la maladie est acceptée et banalisée. Au 19^{ème} siècle, alors que la tuberculose a été responsable de plus grandes morbidités et mortalités que le choléra, c'est celui-ci qui a semé la panique jusqu'au début du 20^{ème} siècle. La « Dame au camélia » a pu faire pleurer son public, mais les dirigeants et les préfets ne se sont mobilisés que pour le choléra.

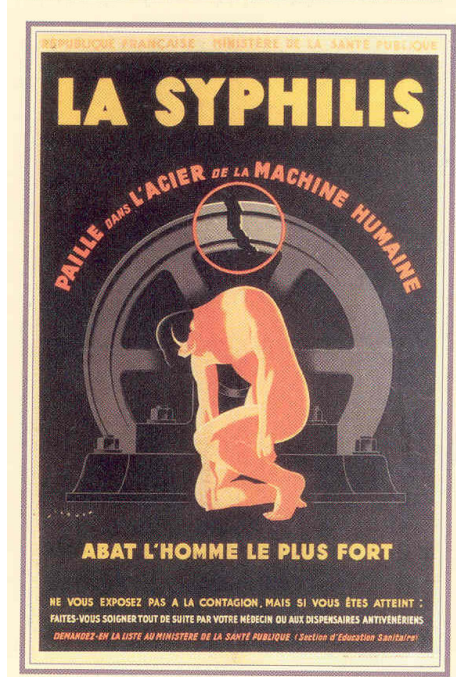
Par ailleurs, les médecins conscients de la nécessité d'une prévention adaptée à la contagiosité des maladies vénériennes mettent en place des Offices d'hygiène sociale et rédigent des brochures d'information « *pour nos fils quand ils auront 18 ans* ». Les affiches donnaient aux adolescents une vision angoissante de la syphilis pour que la sexualité devienne synonyme de mort : « *à Paris, sur 100 hommes on en compte au bas mot 13 infectés de syphilis [...] il n'est pas un de nos organes, pas un coin, un recoin de notre corps où l'on ne l'ait vue pénétrer [...] il n'est pas rare qu'elle rentre en scène 20 à 25 ans au-delà de son origine première [...] la syphilis ne présente souvent sa carte à payer qu'à l'époque où le jeune homme léger d'autrefois s'est transformé en mari, en un père de famille [...] la syphilis est prodigieusement meurtrière pour l'enfant [...] enfin, il ressort de recherches récentes que la syphilis peut constituer [...] une cause d'abâtardissement, de dégénérescence pour l'espèce et cela en donnant naissance à des êtres infériorisés, décadents, dystrophés, dégénérés, déchus* ».



Causes de décès (%)

	1906	1920	1946	1970	1990
Tuberculose	11,2	11,1	6,2	0,8	0,2
Tumeurs	3,5	4,7	11,5	20,3	26,9





Ce **mouvement de promotion de la santé**, aux cotés des actions de soins curatifs, permet d'obtenir des **résultats** qui se traduisent par des indicateurs classiques telle que l'espérance de vie, qui croit de 20 ans entre le début du siècle et 1945.

C'est d'ailleurs à cette période que s'esquisse le **premier système préventif français**. Cette nouvelle construction comporte progressivement la généralisation sur l'ensemble du pays des centres interdépartementaux d'éducation sanitaire, la fondation du Centre national d'éducation sanitaire et du Conseil permanent d'hygiène sociale. Dès lors se succèdent des réorganisations administratives de

l'éducation sanitaire, liées à la place accordée par les gouvernements à la santé publique.

1.2.2. 1950 – 2000 : développement du système chimio-curatif

L'avènement du bio-médical

La seconde partie du 20^{ème} siècle correspond à l'avènement thérapeutique et à la mise en place de politiques de santé s'orientant de plus en plus vers un **système de soins sanitaires essentiellement curatifs**.

1945 voit la découverte de l'antibiothérapie avec la streptomycine, suivie par l'isoniazide en 1952 puis par la rifamycine en 1972.

Il faut naturellement reconnaître la contribution importante que ces molécules ont permis de réaliser, aussi bien en terme d'espérance de vie que de morbidité ou mortalité. A titre d'exemple, la mortalité due à la tuberculose chute de 85.000 décès par an en 1920 à 42.000 en 1945, pour atteindre 2.500 décès en 1980.

Il est cependant regrettable que cette tendance au soin chimio-curatif, accompagnée par la mise en place d'un système permettant le remboursement de ces soins, ait **ignoré l'expérience accumulée** lors de la première moitié du 20^{ème} siècle et n'ait pas su capitaliser ces acquis pour faire de notre système un organisme de santé complet, justement équilibré entre l'investissement préventif dans le cadre d'une action à long terme et l'investissement curatif pour répondre aux soins à court terme.

Pour reprendre le même exemple, même si l'antibiothérapie en a fortement diminué l'incidence, la tuberculose est loin d'avoir complètement disparue, car cette maladie est due à des facteurs à la fois socio-économiques et d'éducation sanitaire.

En 2000, l'incidence de la tuberculose en France était de 11,2 cas pour 100.000 habitants et elle ne diminue plus depuis quatre ans. Cette situation épidémiologique de la tuberculose est principalement inquiétante en Ile-de-France où l'incidence est plus du double de l'incidence nationale.

Elle atteint 50 cas pour 100.000 habitants à Paris. Les personnes en provenance d'un pays d'endémie tuberculeuse ont un risque multiplié par 8 par rapport aux nationaux, et plus particulièrement les jeunes adultes. Les situations de précarité économique et sociale contribuent également à cette situation. Des actions de terrain spécifiques, fondées sur l'épidémiologie locale de la maladie et adaptées culturellement et socialement aux besoins, associées à des moyens ciblés, doivent être développées afin d'inverser ce phénomène.

Il est certain que l'émergence de nouvelles thérapeutiques a modifié les endémies et les maladies infectieuses ne représentent qu'une part de plus en plus réduite de la mortalité totale par rapport aux maladies dégénératives ou favorisées par l'action de l'homme (maladies vasculaires, cancer...).

L'essoufflement des structures et la dispersion des efforts

Parallèlement durant cette même période, **l'instabilité des structures** encadrant les politiques de prévention a largement contribué à **entraver le développement de l'éducation pour la santé**. L'évolution des structures est caractérisée par l'enchevêtrement des comités et commissions prévus à tous les échelons, et par un transfert progressif des financements du secteur privé au secteur public. A partir des années soixante, l'essentiel des ressources affectées à l'action éducative provient des contributions des organismes de sécurité sociale et, parfois, à

l'échelon local, des subventions allouées aux associations par les départements.

L'ensemble de ces contributions reste très faible. La gestion du risque maladie par **l'action de prévention n'est pas encore rentrée dans les mentalités** des administrateurs, et le résultat des rapports de force donne un large avantage au soin curatif.

Au milieu des années soixante-dix, l'éducation pour la santé prend alors une **dimension originale**. La publicité se met au service de la santé et le CFES¹ est chargé de mettre en place les premières grandes campagnes de prévention. Ces outils s'avéreront essentiels pour une communication nationale en santé publique structurée et efficace.

Au même moment de l'autre côté de l'Atlantique au Québec une évolution majeure se produisait : l'encouragement d'une politique de **santé communautaire** débouchant en 1986 sur la **charte d'Ottawa de l'OMS** qui assure la reconnaissance et la légitimité à la promotion de la santé (cf.document annexé).

Cette tendance lourde a permis de rapprocher un certain nombre d'acteurs au croisement du sanitaire et du social. La création en 1998 du **Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire** a donné les moyens significatifs pour développer une politique d'envergure nationale en éducation pour la santé.

En ce début de siècle, il semble que les frontières de compétences entre Etat, Régions et Départements soient encore assez floues. Toutefois le rôle de la Région en matière de prévention semble devoir s'affirmer.

Les consultations régionales organisées par le Ministère de la Santé dans le cadre du projet de Loi Quinquennale en Santé Publique ont notamment mis l'accent sur les aspects de la prévention. Cette tendance est confirmée par la mise en place dans chaque région du **Schéma Régional d'Education pour la Santé** regroupant les décideurs départementaux et régionaux.

Cette courte histoire de la prévention en France tend à démontrer que sans **volonté politique**, il est difficile de mettre en place une réelle démarche de promotion et d'éducation pour la santé. Pourtant, l'éducation pour la santé dispose aujourd'hui dans les pays développés d'un certain nombre d'outils, de méthodes et d'acteurs disponibles, identifiables et capables de relayer une priorité politique de prévention.

Actuellement cette discipline semble souffrir d'un **manque de légitimité et de financement** correspondant à une action efficiente et pérenne.

¹ CFES : Comité Français d'Education à la Santé

1.3 LE FINANCEMENT GLOBAL : PART ET EVOLUTION DU BUDGET

Il est difficile de chiffrer les dépenses de prévention, et encore plus d'information et d'éducation pour la santé car elles ne font pas l'objet d'une comptabilité officielle spécifique dans les comptes nationaux de la santé. Les comptes de prévention identifient le coût des services de prévention comme les services de PMI, de santé scolaire, de médecine du travail. Mais le rapport sur les comptes nationaux de la santé souligne que « *les actes de médecine préventive (obligatoire ou volontaire) qui sont [...] effectués en ville et sont donc statistiquement confondus dans le remboursement de soins [...] sont donc ignorés* ».

1.3.1. Comment se répartissent les dépenses de santé

On estime, en règle générale, le budget alloué à la promotion de la santé à **5 % du total des dépenses de santé**. Même si ce montant a augmenté de 4% par an dans les dix dernières années le montant absolu par habitant reste relativement faible.

En France on consacre chaque année par habitant, environ 5 € pour l'information et l'éducation pour la santé, 40 € pour la médecine préventive et environ 1.800 € pour les soins. Même si ces chiffres sont approximatifs et méritent sans doute des re-croisements, ils illustrent le déséquilibre entre les enjeux et les moyens affectés.

Pour identifier plus précisément la totalité des fonds consacrés aux dépenses de promotion de la santé par rapport au budget global, il convient de recouper trois agrégats des comptes de la santé : la consommation médicale totale (CMT)¹, la dépense courante de santé (DCS)² et la consommation de service de médecine préventive

La **CMT** représente la valeur des biens et des services médicaux utilisés pour la satisfaction directe des besoins individuels.

Evolution de la consommation médicale totale

	En 1997	En 2001	En 2002
Hospitalisation	51,2 Md € (47,01%)	57,3 Md € (43,9%)	<u>60,7 Md € 43,7 %</u>
Soins ambulatoires	28,5 Md € (26,2%)	33,7 Md € (25,8 %)	<u>36,2 Md € 26 %</u>
Médicaments	20,3 Md € (18,8%)	27,3 Md € (20,9%)	<u>28,6 Md € 20,6 %</u>
Autres biens médicaux	4,7 Md € (4,3%)	7,4 Md € (5,6%)	<u>8,1 Md € 5,8 %</u>
Prévention	2,4 Md € (2,2%)	<u>2,8 Md € (2,14%)</u>	<u>2,9 Md € 2,1 %</u>
Transports de malades	1,45 Md € (1,3%)	<u>2,1 Md € (1,5%)</u>	<u>2,2 Md € 1,6 %</u>
Total	108,5 Md €	<u>130,6 Md €</u>	<u>138,7 Md €</u>

¹ La CMT comprend la consommation de biens et de services médicaux (médecins, auxiliaires, médecine scolaire, dentiste...) et la consommation de services de médecine préventive.

² La DCS comprend la CMT, les indemnités journalières, l'enseignement, la recherche, les préventions collectives, les activités de gestion

La CMT en 2002 était de 138,8 M € dont 2,675 M € pour la consommation de services de médecine préventive, soit environ **2%**.

La **ligne prévention** recense deux postes :

- les actes effectués dans le cadre des programmes financés par les collectivités territoriales (PMI, Planning familial...), par le ministère de l'Education nationale (santé scolaire), par les entreprises (médecine du travail) et la Caisse nationale d'assurance maladie (vaccinations, dépistages, préventions bucco-dentaires),
- les actions de prévention financées par le ministère de la santé (observatoire français des drogues et des toxicomanies, Sida, Info service...).

Il peut être souligné que les médicaments prescrits à titre préventif (hormis les vaccins obligatoires) ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

Consommation de services de médecine préventive

Année 2002	En M €		% de la CMT	
	2000	2002	2000	2002
Médecine préventive et dépistage	2.400	2.675	1,95	1,92
- Médecine du travail	1.198	1.294	0,97	0,93
- PMI et planning familial	447	512	0,37	0,36
- Santé scolaire	396	440	0,32	0,31
- Dépistages	325	369	0,26	0,26
- Vaccinations	202	302	0,16	0,21
- Double compte vaccination	-168	-243		
Programme spécifique de santé publique	209	297	0,23	0,21
- Pratiques addictives (1)	175	164	0,14	0,12
- Sida	80	75	0,06	0,05
- Autres	35	58	0,03	0,04

Source DREES

(1) toxicomanie, alcoolisme, tabagisme ...

La **DCS**, quant à elle, mesure l'effort financier consacré au titre de la fonction santé par l'ensemble des financeurs du système de santé (Ministère de la santé, Assurance maladie) : CMT, indemnités journalières, activités en faveur du système de soins, activités de préventions collectives, activités de gestion.

Evolution de la dépense courante de santé

	En 1997	En 2001 Dernière révision en septembre 2002
Dépenses pour les malades	113,82 Md € (91,6%)	138,97 Md € (93,6%)
Dépenses enseignement / recherche	4,97 Md € (4%)	6,32 Md € (4,3%)
Dépenses de prévention	3 Md € (2,4%)	3,49 Md € (2,4%)
Dépenses de gestion générale	2,01 Md € (1,6%)	2,58 Md € (1,7%)
Total	124,26 Md €	148,48 Md €

Source DREES

En 2000, la dépense courante de santé était estimée à 140,628 M€, dont 3,335 M€ étaient consacrées aux dépenses de prévention, soit **2,4%**.

A la médecine préventive / dépistage et aux programmes spécifiques de santé publique déjà contenus dans la CMT doivent être ajoutées les **missions de santé publique** à caractère général financées à hauteur de 665 M€. Ces missions comprennent la prévention des risques professionnels 310 M€ (hors médecine du travail), la protection de la santé 326 M€ (observation / veille / alerte, sécurité sanitaire et hygiène du milieu), et la promotion de la santé 29 M€ (information, sensibilisation, éducation).

Ces financements de santé publique, à caractère général recensés dans la dépense courante de santé, proviennent du ministère de la Santé, des établissements publics sanitaires placés sous sa tutelle et des établissements publics sanitaires placés sous la double tutelle de l'Etat et des collectivités locales.

Par ailleurs, les professionnels de santé accomplissent des actes de prévention dans leur pratique quotidienne qui ne sont pas comptabilisés comme tels dans les Comptes de la santé¹. Une étude de la Drees (2001)² a évalué pour l'année 1999 les dépenses de prévention non répertoriées à environ 1,5 M€, liés à 8% des consultations de médecine de ville et à 0,8% de l'activité hospitalière. Ainsi ces soins préventifs, n'ayant pas d'indentification distincte des soins curatifs, sont comptabilisés au sein de la Consommation de soins et biens médicaux.

La déclinaison du financement de la dépense de santé se présente ainsi :

- **l'Etat** pour le financement de la recherche, de l'enseignement, de la prévention ;

¹ Le Fur et al. Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé. CreDES, 68, 2003.

² Niel X., Vilain A. Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographique. Drees, 114, 2001.

- les organismes d'**assurance maladie** qui versent les prestations en nature et en espèces ;
- les **mutuelles et les assurances privées** qui assurent le financement des prestations complémentaires ;
- les **administrations privées** qui financent l'enseignement ;
- les **ménages**.

Structure de financement de la dépense courante de santé

	1995 en %	1997 en %	2000 en %
Assurances maladies	75,5	75,5	75,4
Ménages	12,0	11,6	11,1
Mutuelles	6,8	7,0	7,5
Assurances	3,1	2,9	2,4
Institutions de prévoyance	1,6	1,9	2,3
Etat et Collectivités locales	1,0	1,1	1,3

Source DREES

Le champ du compte de la santé se limite aux opérations de production, de consommation et de financement de soins, et donc, prend en charge des dépenses médicales et non de santé. Or la santé engage d'autres secteurs d'activité de la vie, tant économique que sociale.

Le résultat du financement d'un système de santé peut être apprécié par l'amélioration de l'état de santé général de la population. Celui-ci est évalué par des indicateurs classiques, espérance de vie, mortalité, morbidité, mais aussi par d'autres indicateurs épidémiologiques tels que incidence, fréquence de pathologies ciblées, etc.

En France, l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter :

L'espérance de vie en France

	1835	1890	1910	1935	1991	2001
Hommes	35 ans	40 ans	45 ans	55 ans	73 ans	75 ans
Femmes	40 ans	44 ans	49 ans	61 ans	81 ans	83 ans

Mais selon le rapport Soubie (1993)¹, ce gain ne repose que sur environ 10% des dépenses de santé mises en œuvre. Aussi les **indicateurs de résultats ne reflètent que partiellement l'influence du système de santé sur l'amélioration de l'état de santé de la population.**

¹ Soubie R. Santé en 2010. La documentation française, Paris, 1993

D'autres indicateurs, dont l'amélioration des conditions de vie (habitat, hygiène...) et l'éducation sanitaire participent également aux progrès réalisés dans l'état de santé de la population.

Dans une perspective d'**évaluation du système de santé**, il convient de se fixer trois objectifs, tels que retenus par le Haut comité de la santé publique (1995) :

- réduction des phénomènes de surmortalité prématurée ;
- réduction de l'impact des maladies chroniques ;
- réduction des inégalités.

Ces trois objectifs font parties du champ prévention.

1.3.2. Comment financer le champ de la prévention lorsque le champ curatif de l'Assurance maladie présente lui-même un grave déficit

Pour ce faire, l'Etat a donné corps à des contributions indirectes dans un objectif du financement du champ sanitaire préventif. Ainsi, pour les **recettes fiscales**, à la rubrique contributions indirectes, apparaissent deux sous-rubriques « impôt sur les tabacs, les allumettes et les briquets » et « droits de consommations sur les alcools » levées pour le compte de la sécurité sociale.

En 1995, si les taxes sur les tabacs levées représentent 6,25 Md€, le montant reçu par la sécurité sociale est de zéro, de même en 1996. Puis à partir de 2001, l'article 5 de la loi des finances en santé publique (LFSS) pour 2000 affecte le droit sur l'alcool (1,94 Md € en 2001) et sur le tabac (8,45 Md €) à la mise en place du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) pour financer les exonérations relatives aux allègements généraux de charges sur les bas salaires et à la réduction du temps de travail. Or le transfert de recettes du régime général vers le FOREC entraîne une perte cumulée 2000 – 2002 de 3,130 M € pour le régime général pas totalement compensé par l'Etat.

Affectations et transferts d'impôts et taxes de 2000 à 2002 pour le FOREC

	2000	2001	2002
Droits Tabacs	77,72%	97%	90,77%
Alcool (art. 403)	45%	100%	100%
Taxe auto	-	-	100%
Prévoyance	-	-	100%
TAGP ¹	100%	100%	100%
TCA ²	-	24,7%	30,56%
TVS ³	-	100%	100%
CSB ⁴	100%	100%	100%
Cotisations prises en charge par le FOREC	11,45 Md €	13,235 Md €	14,470 Md €

¹TAGP : Taxe Générale sur les Activités Polluantes ; ²TCA : Taxe sur les Conventions d'Assurance ;

³TVS : Taxe sur les Véhicules des Sociétés ; ⁴CSB : Contribution Sociale sur les Bénéfices des sociétés

Source : Direction de la Sécurité sociale, ACOSS

L'année 2002 totalise 17 Md € d'exonération (compensée à 15% par l'Etat et à 85% par le FOREC) afin de compenser les mesures d'aide à la réduction du temps de travail et les mesures d'allègement sur les bas salaires. Ainsi cette même année, **les recettes des taxes alcools et des taxes tabacs affectées au FOREC, représentant 10,430 Md €,** sortent en totalité du champ de la prévention sanitaire auquel elles devraient être affectées.

De même pour la loi Evin qui prévoyait que 1% des taxes sur le tabac soit consacré à la lutte contre le tabagisme. Or ce point aurait dû figurer dans une loi de finances.

D'autant que l'analyse de plusieurs études¹ estime que le **coût social du tabac est d'environ 10 M €** pour l'année 1997 :

- pertes de revenus et de production	3,0 M€
- dépenses de santé ²	3,0 M€
- dépenses consacrées à la prévention	2,8 M€
- pertes de prélèvements obligatoires	1,2 M€

Par ailleurs, en dehors des financements de l'Etat, le champ de l'éducation et de la prévention sanitaire a une ligne budgétaire dans les comptes de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Cette ligne est formalisée par le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS) de la branche maladie. Son budget fut de 0,20 Md € (0,22%) en 1998 et de 0,26 Md € (0,25%) en 2001.

L'ensemble de ces chiffres démontre la faiblesse des engagements financiers par rapport aux enjeux de la prévention sanitaire dans le système de santé français.

Au regard des évolutions financières, la tendance positive consisterait à investir plus fortement en matière de prévention qu'en matière de soins, afin de combler le retard pris dans ce domaine. Ainsi, si les taux de croissance ont diminué en matière de soins, et que l'on peut espérer approcher de l'effet de seuil, les faibles taux de croissance des investissements en matière de prévention sont plus alarmants car ils reflètent le **manque d'engagement dans le champ du préventif au sein du système de santé français**.

Le tableau ci-après illustre relativement bien ce phénomène puisque le taux de croissance des **dépenses en prévention est passé de 19,8 % pour la période 1971 - 1976 à 4,3 % pour la période allant de 1997 - 2001**.

¹ Anguis M., Dubeaux D. *Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac*, Insee première 1997 ; Rosa JJ. *Le coût social de la consommation de tabac et l'équilibre des finances publiques : le cas de la France*, cahiers de recherche en économie de l'entreprise, n°9601, Institut d'études politiques, Paris 1996 ; Kopp P., Fénoglio P. *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Observatoire des drogues et des toxicomanies, étude n°22, Paris 2000.

² Coût hospitalier 1,93M €, soins ambulatoires 1,05M €

Evolution de la dépense courante de santé

	Taux de croissance (en %)					
	71-76	76-81	81-86	86-91	91-96	96-01
Dépense pour les malades	17,3	15,8	11,5	7,3	4,4	4,0
Soins et biens médicaux	17,3	16,1	11,9	7,3	4,5	3,9
Prévention	19,8	15,3	8,9	5,8	5,6	4,3
Dépenses en faveur des systèmes de soins	17,1	16,1	13,2	8,1	6,1	4,2
Recherche pharmaceutique	15,8	19,2	16,3	9,2	6,8	4,3
Formation	19,5	9,9	3,2	2,0	2,0	3,4
Dépenses de gestion générale	19,1	19,1	10,2	8,4	6,3	5,3
Dépense courante de santé	17,3	15,9	11,4	7,2	4,5	4,1

Source : Comptes nationaux de la santé, DREES (données disponibles dans Eco-Santé France 2002, CREDES-DREES)

Parallèlement, les plans de santé publique s'efforcent de chiffrer les coûts engendrés par l'absence de prévention afin de mettre en regard des investissements en prévention : par exemple le coût social de l'alcool en France représente 17,53 Md €, soit 1,42% du produit intérieur brut, contre à 0,85% pour le tabac. En revanche, les soins n'interviennent que pour 16% pour le tabac au lieu de 30% avec les boissons alcoolisées¹.

Ainsi l'évolution des problématiques du secteur de la santé, durant les dernières décennies, est marquée par deux indicateurs, d'une part l'augmentation des maladies liées à des styles de vie et/ou à des comportements considérés à risque pour la santé, et d'autre part par la progression des coût sanitaires. Or dans le domaine de la santé, et plus particulièrement celui de la prévention primaire, il est difficile de mesurer le coût lié à cette activité (valeur productive / prix), sauf dans une approche traditionnelle considérant les résultats de santé en « absence de maladie ». Actuellement, les économistes de l'O.M.S. semblent adopter une démarche visant à intégrer dans l'ensemble de l'analyse coût-résultat la notion de qualité de vie laquelle est fonction de la santé, mais aussi du revenu et de l'activité de l'individu.

¹ Alcool Actualités, CNAMTS-CFES, 6, 2002.

1.4 PRESENTATION DE POLITIQUES ETRANGERES DE PREVENTION A PARTIR DE QUATRE EXEMPLES

Les actions de prévention sont fortement influencées par des facteurs sociaux et culturels. Les pays nordiques et la Grande-Bretagne ont une approche de la prévention beaucoup plus sociale dont le objectif spécifique est intégré dans les réflexions sur les politiques d'amélioration du système de soins ainsi que sur les besoins de financement. Par contre, dans les pays du Sud de l'Europe, ce domaine est encore peu développé, les politiques étant encore essentiellement tournées vers le système de soins curatifs.

1.4.1. Les Pays-Bas : renforcer les stratégies de prévention au niveau locale

Aux Pays-Bas, **les politiques de prévention** sont depuis une loi de 1990 (*Acte sur la prévention publique collective en matière de santé*), complètement **décentralisées**. Cette loi donne aux gouvernements locaux des municipalités l'essentiel des responsabilités en matière de protection de la santé publique et de risques collectifs.

La mise en place de cette organisation a été quelque peu chaotique dans la mesure où la loi ne définissait pas précisément les responsabilités des différents niveaux territoriaux.

Le ministère de la Santé, de la protection sociale et du sport est le principal inspirateur en matière de prévention, mais d'autres ministères interviennent également sur ce champ.

Une liste de dix maladies jugées d'action prioritaire a été fixée au niveau national avec des objectifs de réduction de l'incidence.

Les facteurs endogènes et exogènes à l'origine de l'état de santé sont répartis dans des grilles qui permettent de juger des besoins en matière de prévention et des actions à mener :

- les **facteurs exogènes** sont l'environnement social, les habitudes de vie (alcool, tabac, consommation de drogues), l'inactivité physique, les conduites sexuelles à risque mais aussi les comportements au volant, les voyages,
- les **facteurs endogènes** sont listés les problèmes relatifs au système immunitaire, l'hypertension, l'obésité...

Les pourcentages de prévalence chez les hommes et chez les femmes sont calculés pour chacun des facteurs ainsi que les tendances récentes.

L'expérience a donc prouvé la nécessité d'avoir des coordinations à différents niveaux de compétence, y compris au niveau central, mais a également montré **l'intérêt de la décentralisation** pour le choix de la méthode la plus adaptée localement et le ciblage des groupes prioritaires.

1.4.2. Le Royaume-Uni : une politique de prévention sanitaire déconcentrée

La prévention et la communication en matière de santé constituent une tradition assez ancienne au Royaume-Uni.

En matière de prévention, prévaut le même partage de responsabilités que pour l'ensemble des politiques sanitaires, à savoir un **partenariat entre l'Etat, le niveau local et l'individu**.

L'Etat légifère, régule, informe et contrôle les politiques menées. Le niveau local pourvoit aux besoins en mettant en œuvre différents types de partenariat. L'individu acquiert une responsabilité croissante dans l'entretien de sa propre santé.

La prévention dépend de plusieurs ministères, Santé mais aussi Education, Emploi, Commerce et Industrie. Si des objectifs et des priorités nationaux sont déterminés au niveau national, les autorités de santé locales disposent de marges de manœuvre importantes pour adapter des actions aux spécificités locales.

Le livre Vert « *Our Healthier Nation* » publié en 1998 avait défini les lignes de la politique de santé du gouvernement ~~travailliste~~ et assigné deux objectifs aux politiques de santé publique :

- **l'amélioration de la santé de la population prise dans son ensemble** (réduction de l'incidence des maladies cardio-vasculaires, des accidents, du cancer, des maladies mentales)
- **et l'amélioration de la santé des plus pauvres**

Un livre Blanc, publié en 1999, complète le dispositif de prévention sur certains points. Il détermine des plans stratégiques conçus pour une période longue, **objectifs à atteindre d'ici 2010**, en particulier une réduction de 300.000 du nombre de décès prématurés, mais assortis d'objectifs chiffrés et de plans intermédiaires par risque, par pathologie.

Au-delà de la stratégie nationale de prévention, les autorités locales de santé disposent de marges de manœuvre pour adapter les objectifs en fonction de spécificités locales : minorités ethniques, problèmes sociaux... Ils peuvent aussi ajouter des thèmes d'actions complémentaires en fonction des problèmes spécifiques de santé observés dans leurs zones géographiques.

Au sein des zones d'action de santé prioritaires (*Health Action Zones*) qui rassemblent l'ensemble des acteurs de santé pour définir une stratégie commune dans les régions frappées par des difficultés socio-économiques.

En complément, les « *Health Living Centres* » financés par l'affectation des recettes de la Loterie Nationale mènent des actions de prévention d'après un cahier des charges prédéfini, ils offrent notamment des services tels que des séances d'exercice physique pour combattre les risques de maladies cardio-vasculaires, des conseils en matière de nutrition ou de santé...

La mise en place des « *Primary care Groups* » depuis 1999, devrait par ailleurs renforcer le rôle des pouvoirs locaux en matière de prévention. Ces services rassemblant notamment les médecins généralistes, les infirmiers, les représentants des services sociaux sont chargés du financement, de la fourniture des soins, de l'évaluation de la qualité des résultats pour une population d'environ 100.000 personnes. Dans ce système de soins préventifs, le médecin de famille est le pivot de cette politique de prévention, et pour cela est spécifiquement rémunéré. La promotion de l'éducation à la santé est rémunérée à hauteur de 4.330 € /an pour le praticien.

Il est également difficile d'isoler une ligne budgétaire consacrée à la prévention dans les comptes de la santé du *National Health System*. Selon les estimations, les **dépenses de prévention représenteraient 5 % de l'ensemble du service national de santé.**

En 1998, la dépense de prévention affectée au niveau local était de l'ordre de 230.000 M € dont 46 M € pour la prévention réalisée par les médecins généralistes, 61 M € pour l'éducation sanitaire, 30 M € pour les visiteurs de santé et les infirmiers dans les écoles.

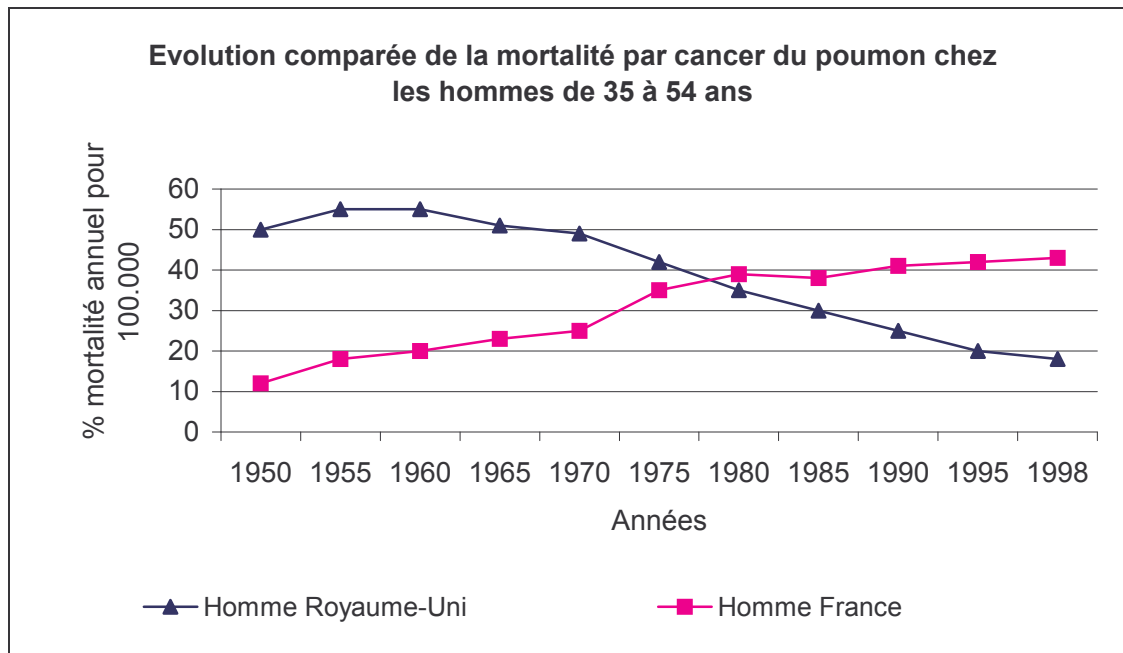
Le gouvernement finance, par ailleurs, des organismes indépendants comme le Conseil de la recherche médicale (*Medical Research Council*) chargé d'effectuer des recherches épidémiologiques.

L'agence pour le développement en santé (*Health Development Agency*) a pour mission de développer la communication destinée aux professionnels de santé.

Exemple d'action de prévention

Au Royaume-Uni tout un contexte social, économique et scientifique a permis de prendre conscience du fait que l'homme qui a commencé à fumer à 20 ans et s'arrête 15 ans plus tard sera moins exposé au cancer du poumon que celui qui a démarré à 15 ans. Par ailleurs, le milieu médical, s'étant aperçu des dégâts de la cigarette sur leur propre santé, a permis d'appuyer les **campagnes de communication** dévalorisant les "militants" de la cigarette, dénonçant le cynisme des cigarettiers, associées d'autre part une **forte hausse du prix du tabac**¹. Le résultat a été une décroissance de la courbe de mortalité par cancer du poumon (cf. graphique).

¹ A titre indicatif le coût d'un paquet de cigarettes s'élève à 6,85 € au Royaume-Uni contre 3,90€ en France.



Source : Pelo R, Lopez AD, Boreham J et al. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000

En conclusion, les objectifs présentés dans le livre Blanc sont ambitieux mais ils nécessitent un investissement important pour les atteindre. Pour ce faire, les dépenses du service national de santé devraient atteindre environ 10,5 Md € en 2003-2004 contre 7,5 pour l'exercice 1999-2000. Ainsi la prévention est intégrée dans une politique d'amélioration du système de soins entraînant une augmentation de crédits : + 40% de 2002 à 2008 portant la part des dépenses de santé dans le PIB à 10% en 2010¹. La part des dépenses de santé au sein du PIB atteindrait alors un niveau proche de la moyenne constatée dans les pays de l'Union européenne.

1.4.3. L'Espagne : une politique de prévention sanitaire décentralisée

En Espagne, l'organisation et la structuration de la politique de prévention se font à deux niveaux : **l'Etat central et les communautés autonomes** (régions) lorsqu'elles se sont vues transférer les compétences en matière sanitaire.

Même si le discours des pouvoirs publics veut s'inscrire dans la prévention, la politique en la matière reste assez fragmentaire.

Dans la réalité, l'Etat central légifère et fixe les grands objectifs ; pour les sept communautés qui ont bénéficié du transfert de compétence, la mise en œuvre de la politique de prévention se fait à l'échelon régional.

Deux ministères sont principalement concernés par la prévention, il s'agit des ministères de la Santé/consommation et de l'Education.

¹ Rapport Wanless. Securing our future health : taking a long term view. 2002

De nombreux champs du domaine de la prévention restent sans action concrète.

L'INSALUD, organe de gestion du service de santé, est peu impliqué dans la gestion du risque et a principalement tourné son action vers la protection maternelle et infantile, protection qui relève plutôt de la prévention secondaire que primaire.

L'éducation pour la santé fait l'objet de quelques grandes campagnes d'information nationale, notamment dans le cadre des MST, du tabac, de l'alcool et plus récemment de l'hygiène bucco-dentaire, inscrit au programme gouvernemental. Il faut souligner que les soins dentaires ne sont pratiquement pas pris en charge par le service national de santé et que le pays souffre d'une très faible densité en chirurgiens dentistes.

Il est très difficile de présenter de façon cohérente le contenu des programmes de prévention en Espagne, très développés dans certaines régions (la Catalogne consacre 35% de son budget à la santé), ces actions sont parfois inexistantes dans d'autres. En règle générale, **l'Espagne dispose d'une politique de prévention encore peu développée et très éparse.**

1.4.4. Le Québec : une politique de prévention sanitaire déconcentrée

Au Québec, la culture de santé publique intègre la promotion de la santé dans son système de santé avec des plans stratégiques conçus pour une période longue (2003 – 2012).

Depuis 2001, l'Institut national de santé publique du Québec développe un **programme de recherche sur la prévention sanitaire**, en corrélant les actions de prévention par rapport aux modes et habitudes de vie (tabac, alcoolisme, alimentation...) dans un **champ communautaire**.

Par ailleurs, l'expérience de **l'émission médicale de télévision** « *Comment ça va?* », diffusée sur les ondes de la Société d'État Radio-Canada entre 1988 et 1993, montre l'engagement d'une politique régionale pour la santé publique.

L'émission d'une demi-heure par semaine était diffusée entre 19h30 et 20h00 (*Prime Time*), soit environ une heure après l'heure du dîner au Canada et au Québec.

L'émission « *Comment ça va ?* » était une **émission**, de prévention et de promotion de la santé, **familiale** destinée à être comprise par les plus jeunes comme par les aînés, autant que par la population active, les parents, les hommes et les femmes d'affaires ainsi que par ceux qui vivaient des handicaps quelconques.

L'émission était découpée en plusieurs sections traitant de **sujets** aussi **variés** que la nutrition, l'éducation physique, la prévention des grandes maladies (notamment le diabète, l'obésité) ainsi que différents sujets de santé publique (la cigarette, l'intoxication au plomb).

Différentes associations professionnelles supportaient et finançaient l'émission, le Collège des Médecins du Québec et d'autres corporations professionnelles. L'émission était également financée par des programmes du ministère de la Santé du Québec et du Canada, ainsi qu'un consortium de partenaires privés. L'objectif du conseil scientifique de cette émission est de **modifier les mentalités** notamment aux niveaux de différents concepts de prévention à incorporer dans la vie de tous les jours.

D'autres exemples de campagnes de promotion pour la santé, parfois inter-générationnelle, sont mis en place sur une période de trois ans avec des enquêtes de suivie et de notoriété au niveau des régions afin de développer des études d'impact en santé. Ainsi la campagne « *parler, c'est grandir* » appréhende la prévention sanitaire dans un contexte plus globale et non plus par type de problème. Elle dure trois ans avec un budget annuels de 2,9 M €, et un suivi par des enquête régulière de notoriété et d'impact.

Au Québec, la politique régionale pour la prévention sanitaire recherche une **approche intersectorielle** afin de favoriser une efficience dans la coordination des acteurs.

1.5 PRESENTATION D'UNE POLITIQUE REGIONALE DE PREVENTION A PARTIR DE L'EXEMPLE DU NORD PAS DE CALAIS

Bien que la santé ne fasse pas partie des compétences obligatoires des Conseils régionaux, il existe pourtant des exemples précurseurs couronnés de succès dans ce domaine.

Le Conseil régional du Nord Pas-de-Calais a en effet depuis quelques années mis en place une politique volontariste en matière sanitaire qui ne consiste pas à faire à la place des acteurs mais bien à porter un **discours politique en santé**.

Pour reprendre l'expérience de cette région, qui dispose certes de spécificités bien différentes que celles de l'Ile-de-France, le constat de départ en matière sanitaire était pourtant comparable : un manque d'objectifs.

Il convenait donc pour cette région de définir des priorités par le politique, de faire des choix de société en matière sanitaire et d'aider à l'expression politique en laissant l'initiative aux acteurs de terrain.

L'objectif commun vise à **améliorer l'état de santé de la population régionale** :

- veiller à une dynamique de prévention ;
- veiller à l'articulation harmonieuse des soins de ville ;
- veiller aux équilibres hospitaliers ;
- veiller à l'animation de la politique de santé en Région Nord Pas-de-Calais.

Pour ce faire la Région a inscrit dans le Contrat Plan Etat-Région (2000-2006) les objectifs d'une politique de santé publique menée en partenariat entre l'Etat (57 M €), la Région (23 M €), les Départements (48 M €), l'Assurance Maladie et les professionnels de santé.

Le CPER consacre 27 % des investissements directement **aux dépenses de prévention** pour agir prioritairement par l'éducation et la promotion de la santé sur le recours aux soins et l'ensemble des déterminants de santé de la population.

S'appuyant sur le **Comité Régional des Politiques de Santé**, regroupant l'ensemble des acteurs locaux de l'Etat, des Caisses d'Assurances Maladies, des professionnels, la Région a initié, par la politique, la mise en place de programmes de prévention reposant sur des schémas existants, en définissant notamment 5 **Programmes Régionaux de Santé (PRS)**, principalement axés sur la **santé des enfants et des jeunes**, les causes de mortalité prématurée (cancer et maladies cardiovasculaires), les conduites à risques, la santé et la précarité.

La grande majorité des actions (87%) des PRS visent un territoire local, et donc des publics cibles.

Conscient de l'ambition de son programme, la Région a mis en place des structures capables de soutenir cette politique :

- l'ORS, principal outil de mesure et d'étude ;
- la Maison Régionale de la Promotion de la Santé (MRPS), structure de soutien et de pilotage des initiatives de prévention ;
- le Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES), cellule de formation à ces nouvelles disciplines.

Forte de ces structures bénéficiant d'un financement stable et pluriannuel (pour la durée du Contrat de Plan) et disposant d'objectifs définis en commun : initiés par le politique, la Région Nord Pas-de-Calais a réussi à faire "décoller" une expérience qui, si elle nécessite encore d'être évaluée, a le mérite d'être pensée, réfléchi et organisée pour répondre aux **besoins de sa population** et aux **enjeux de santé publique** qui lui sont propres.

2. PANORAMA DE LA SANTE EN ILE-DE-FRANCE¹

2.1. APPROCHE DE L'ETAT DE SANTE DES FRANCILIENS

L'évaluation de la santé des franciliens adultes permet aux ordonnateurs et aux acteurs du secteur sanitaire de la région Ile-de-France **de cibler les actions d'éducation pour la santé et de la prévention** chez les enfants et les jeunes adultes afin de modifier certaines données épidémiologiques dans leur avenir.

Parmi les indicateurs épidémiologiques, les indices de mortalité et les indices de morbidité permettent une première approche pour l'évaluation de l'état de santé d'une population.

*Indice de morbidité : - prévalence est égale au nombre total de cas présents à un moment quelconque de la période donnée rapporté à la population moyenne pendant la période,
- incidence ou fréquence de nouveaux cas est égale au nombre de cas commençant au cours de la période considérée rapporté à la population pendant la période.*

L'objectif de déterminer un état de santé est de permettre d'augmenter l'**espérance de vie**, si possible **sans handicap**, par l'intermédiaire d'actions ciblées déterminées par une **stratégie** spécifique alliant le soin curatif, le soin préventif et l'éducation pour la santé.

Ainsi, non seulement celles-ci doivent concourir à une diminution de la mortalité, mais aussi d'assurer une vie la plus longue possible en bonne santé.

L'intérêt de définir un panorama de la santé des Franciliens, doit donc permettre de construire des stratégies dans ce sens, c'est à dire de développer l'éducation pour la santé dans des domaines sanitaires où il existe un taux élevé de la mortalité prématurée et/ou de vie avec handicap prématuré.

En effet, la plupart de ces domaines impliquent une exposition particulière à de nombreux **facteurs de risque** qui diminuent ainsi les chances de vieillir en bonne santé. Certains de ces facteurs apparaissent dès l'enfance pour influencer l'ensemble d'une vie et il est parfois possible d'en diminuer l'impact. Cette notion est déterminée par le terme de « **mortalité évitable** ».

Ce chapitre fait donc apparaître les **pathologies dites évitables** dont il est possible en agissant tôt de diminuer la fréquence de leur apparition.

¹ Sources : travaux de l'ORS, URCAMIF

2.2. GAGNER EN CAPITAL SANTE

L'enjeu des mesures d'éducation pour la santé se mesure sur l'impact qu'elles pourraient avoir sur les mortalités prématurée et évitable.

La **mortalité prématurée** est définie comme la mortalité survenant **avant 65 ans**, en excluant les décès survenus pendant la première année de la vie (dont les causes sont souvent très spécifiques).

La mortalité prématurée représente en France environ 111.000 décès (**21%**), dont 38.000 dits « évitables », sur les 540.000 décès annuels. Les causes les plus fréquentes en 1999 par ordre décroissant : les cancers du poumon (9.500), les suicides (7.300), les cirrhoses et l'alcoolisme (7.100), les accidents de la route (6.400), les cancers des VADS¹ (5.600), les chutes accidentelles (1.200) et le sida (900).

Paradoxalement, l'Ile-de-France bénéficie d'une très faible mortalité générale (en raison notamment du faible nombre de décès liés aux maladies cardio-vasculaires chez les personnes âgées) mais possède un **niveau élevé de mortalité prématurée** (cancers du poumon, du sein, sida²).

Cette mortalité représente **26,5%** de l'ensemble des décès en Ile-de-France, soit 19.000 décès annuels. Elle **affecte plus particulièrement les hommes** (34% de l'ensemble des décès masculins contre 16% des décès féminins).

L'Ile-de-France se caractérise par une **sous-mortalité** d'environ 10% par rapport à la moyenne nationale : l'espérance de vie atteint 76,3 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes, contre respectivement 75 ans et 83 ans sur l'ensemble du territoire. La situation francilienne demande cependant à être nuancée du fait d'une part, par une **surmortalité précoce** et, d'autre part, par d'importantes **disparités infra-régionales**.

Les **tumeurs** dont les cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures et les **maladies de l'appareil circulatoire** sont les deux principales causes de décès en Ile-de-France. Les **morts violentes** arrivent en troisième position chez les personnes de moins de 65 ans (tableau annexe).

Les causes et déterminants de cette mortalité prématurée a conduit au concept de "**mortalité évitable**".

¹ Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) regroupent les cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage et du larynx.

² La mortalité en Ile-de-France en 1995-1997 : principales caractéristiques de la mortalité des franciliens. ORS, 2001

En effet, la "mortalité évitable", se définit par deux types d'indicateurs communément utilisés : d'une part la mortalité dite évitable liée aux **comportements à risques** dont la fréquence peut être, en principe, diminuée par une **action sur les comportements individuels** et d'autre part la "mortalité évitable" liée **au dépistage et au système de soins** dont la fréquence peut être diminuée par une meilleure prise en charge du système de soins et par un dépistage précoce et systématique.

2.2.1 Les cancers

Les **cancers sont la première cause de décès en Ile-de-France**¹. Ce type de mortalité contribue fortement à la mortalité prématurée évitable des deux sexes. Par contre l'Ile de France ne dispose pas d'un registre des cancers tel qu'il en existe dans le Tarn, le Doubs, l'Hérault et le Bas-Rhin.

Le cinquième des décès prématurés chez les hommes est lié à la consommation de tabac, entraînant notamment des cancers pulmonaires. Dans 8% des cas, ces décès peuvent être attribués à la consommation chronique d'alcool.

Chez les femmes, la principale cause de décès est liée au cancer du sein puis aux conséquences de la consommation de tabac.

Ainsi, les principaux cancers sont :

- Le **cancer du poumon** est, de loin, le premier cancer masculin, alors que les femmes décèdent davantage du cancer du sein. Mais les incidences médico-sociales standardisées pour les cancers des VADS et du poumon chez les femmes (lié au tabagisme) sont supérieures aux estimations sur la France entière. Il existe une surmortalité des franciliennes pour ces cancers liés au tabac.
- Les **cancers côlo-rectaux** sont la deuxième cause de décès par cancer chez les hommes comme chez les femmes. La mortalité est légèrement moins importante en Ile-de-France qu'en France. Ce cancer affecte principalement des personnes de plus de 65 ans.
- Le **cancer du sein** est le cancer le plus fréquent chez la femme. Le nombre de nouveaux cas a sensiblement augmenté au cours des quinze dernières années du fait d'un **diagnostic plus précoce** et de **l'élévation du risque** pour les nouvelles générations. En revanche la mortalité reste stable grâce à **l'augmentation de la survie après détection** (efficacité du dépistage par mammographie). Les facteurs de risque connus (comme les antécédents familiaux) ne permettent pas actuellement une prévention primaire. En revanche, il est possible d'opérer un **dépistage à un stade précoce si la femme à connaissance des programmes de prévention**. La mortalité par cancer du sein est supérieure en Ile-de-France à la moyenne

¹ ORS, *la mortalité en Ile-de-France : principales caractéristiques de la mortalité des Franciliens*, juillet 2001

nationale. L'indice comparatif de mortalité (ICM) est de 106,5 en Ile-de-France pour un ICM de 100 en France métropolitaine¹.

- Le **cancer de l'utérus** constitue la quatrième cause de décès par cancer chez les femmes d'Ile-de-France. Le taux de mortalité en Ile-de-France s'apparente à celui de la France. Au cours des vingt dernières années, la mortalité par cancer de l'utérus a régulièrement et fortement diminué (baisse de l'ordre de 20%).

Ces différents cancers répondent à des mécanismes physiologiques propres dont, pour certains, les facteurs de risque sur lesquels on peut intervenir sont plus concrets. Les autres font appels à un meilleur **dépistage précoce** et donc à une **éducation pour la santé entraînant une véritable responsabilisation du jeune dans la gestion de son capital santé tout au long de sa vie.**

Ainsi, pour le cancer du sein et le cancer colo-rectal la motivation individuelle à la démarche de dépistage, même lorsque celui-ci est organisé, demande une **base d'éducation sanitaire**. Pour le cancer de l'utérus, la diminution de l'incidence du cancer du col utérin est attribuée aux dépistages, à l'amélioration de la qualité de ce dépistage. Mais **l'information et l'éducation sanitaire des jeunes femmes** sont une nécessité comme co-facteur de cette diminution du cancer du col de l'utérus. La **démarche volontaire**, dans la notion de **connaissance et de conscience du risque**, de l'utilité du frottis cervical explique l'augmentation de l'incidence des tumeurs pré-cancéreuses et de la diminution de l'incidence du cancer utérin.

Bien entendu, ces actions de responsabilisation ou de lutte contre les facteurs de risque doivent être adaptés à la **géographie sanitaire infra-régionale**, celle-ci présentant pour les cancers de nettes disparités infra-régionales (cf. annexes). Les disparités spatiales de mortalité doivent être étudiées à l'échelle urbaine, à l'échelle des zones d'emploi, mais également par les caractéristiques socio-professionnelles².

¹ L'indice comparatif de mortalité est le rapport en base 100 du nombre de décès observé dans une population au nombre de décès que l'on observerait si cette population subissait une mortalité type.

² Jouglà E., et al. Disparités socio-spatiales de mortalité en France. Rapport de Convention Mire-Inserm, 2000.

Cancers : disparités départementales : à partir d'une cohorte 1994 (incidence / 100 000)¹

Départements	75	77	78	91	92	93	94	95
VADS²								
Hommes	34,1	32,9	34,2	33,1	40,6	41,6	38,7	35,8
Femmes	8,0	4,8	3,9	6,8	10,3	8,7	8,5	6,2
Colon								
Hommes	34,6	25,8	31,5	24,2	30,6	24,3	29,9	24,6
Femmes	35,6	19,9	27,1	21,1	34,7	22,1	32,9	15,2
Poumons								
Hommes	46,0	43,1	40,7	42,1	51,0	47,7	52,0	39,6
Femmes	15,1	6,3	9,7	8,7	10,6	7,3	8,0	8,1
Mélanome								
Hommes	2,9	3,2	2,8	3,6	2,9	2,9	5,4	2,7
Femmes	4,6	4,8	3,6	4,0	5,0	5,0	5,3	3,4
Sein								
Hommes	1,7	2,0	1,5	1,1	1,5	1,3	0,3	0,7
Femmes	110,1	86,1	99,5	87,4	110,4	86,8	104,3	86,5
Col de l'utérus	10,1	8,3	6,1	6,6	8,5	9,1	9,9	10,6
Tous cancers								
Hommes	278,9	241,6	251,3	219,4	309,5	261,2	300,3	237,3
Femmes	279,5	194,4	228,7	204,5	273,8	216,8	262,1	204,7

Source : Incidence médico-sociale des cancers en Ile de France PETRI 1999 (Prévention et épidémiologie des tumeurs en Ile-de-France)

Le tabac est un facteur de risque clairement identifié pour le cancer du poumon. Or, alors que la tendance au cours de la décennie 80 était à la baisse de la **consommation de tabac** chez les adolescents, une hausse de l'expérimentation et de l'usage quotidien s'est amorcée à partir des années 90. Ce phénomène concerne tous les âges de l'adolescence, pour les garçons comme pour les filles. La moitié des jeunes franciliens de 12 à 19 ans ont déjà fumé et le fait d'avoir un parent fumeur augmente le risque de 70 %. Une éducation sanitaire conduisant à l'arrêt du tabac ou à la baisse de cas de nouveau fumeur aurait un impact sur l'épidémie en cours.

Par ailleurs, une récente publication³ montre qu'un Indice de Masse Corporelle (IMC)⁴ au-delà de 40 majore de plus de 50% les décès par cancer. D'où l'importance de l'**éducation alimentaire** dès le plus jeune âge au tant pour prévenir les risques de cancer que de pathologies cardio-vasculaires.

¹ Pfister P., et al. Evolution de l'incidence des cancers déclarés à l'assurance maladie en Ile-de-France entre 1980 et 1994. BEH, 3, 2000.

² Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) regroupent les cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage et du larynx.

³ Calle E., et al. Overweight, obesity and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults. N Engl J Med 2003 ; 348 : 1625-38

⁴ L'indice de masse corporelle est le rapport du poids sur la taille au carré (IMC = P/T²).

2.2.2 Les affections cardio-vasculaires

Ces affections sont responsables de 29% des décès dans la région et sont la **première cause de décès chez les femmes** et la seconde chez les hommes (après les cancers). La mortalité cardio-vasculaire est très inférieure en Ile-de-France à la moyenne nationale et cette sous mortalité tend à s'accroître.

La fréquence des pathologies cardiovasculaires chez l'adulte est liée à un certain nombre de **facteurs de risque et d'habitudes de mode de vie** pris tôt dans leur vie, dont notamment, le tabac, l'alcool, la sédentarité ou encore les conduites alimentaires.

Un certain nombre d'études mettent ainsi en évidence le rôle prépondérant des **comportements alimentaires** dans la survenue de maladies cardiovasculaires ultérieures. En effet, l'**obésité et le surpoids** sont des **facteurs de risque** pour les jeunes. De plus, on peut estimer que la prévalence de l'obésité des enfants de 5 à 12 ans est passée de 6% dans les années 1980 à 10 – 12% une quinzaine d'années plus tard. L'obésité augmente en même temps que la sédentarité et selon le niveau économique et sociale. Selon une enquête réalisée en 2000-2001, 14% des enfants examinés au bilan de 6 ans présentent une surcharge pondérale avec une plus grande fréquence des enfants en zone d'éducation prioritaire (ZEP)¹. Cette évolution défavorable de l'obésité est également observée chez les jeunes².

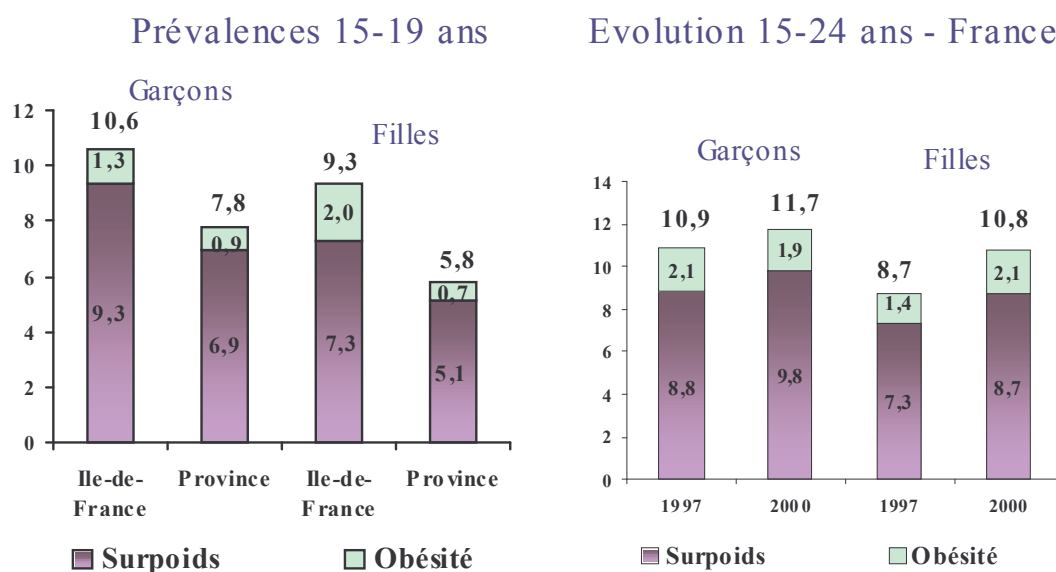
Bien que les enquêtes soient contradictoires sur l'importance de l'obésité en Ile-de-France par rapport à la France, il semblerait que la prévalence soit supérieure de l'ordre de trois points. Ainsi 10,6% des garçons de 15 à 19 ans seraient concernés contre 7,8% en province ; l'écart est encore plus net chez les filles (respectivement 9,3% et 5,8%).

¹ Guignon N et al. La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. Dress, 155, 2002.

⁴ Rolland J-C. L'obésité de l'adolescent : une histoire d'enfance. Colloque Obésité, Bicêtre, 2003

Obésité et surpoids chez les jeunes

ORS
Ile-de-France



Sources : exploitation régionale du Baromètre jeunes 97/98, Obépi 1997 et 2000

De même que dans le cas des cancers, les actions doivent être conduites en fonction des informations géographiques fournies par l'analyse épidémiologique infra-régionale. L'analyse départementale montre que la sous mortalité par maladies cardio-vasculaires se vérifie surtout pour Paris et les Hauts-de-Seine. En revanche ce constat ne se vérifie pas pour le Val-d'Oise et encore moins pour la Seine-et-Marne qui présente une surmortalité de ce type de maladies.

2.2.3 Les maladies infectieuses

Les maladies infectieuses sont essentiellement représentées par deux groupes de pathologies : la **tuberculose** et les **infections sexuellement transmissibles (IST)**.

La tuberculose : un problème de santé communautaire

L'incidence de la tuberculose en France était de 11,2 cas pour 100.000 habitants en 2000 et ne diminue plus depuis quatre ans. La situation épidémiologique de la tuberculose est principalement inquiétante en Ile-de-France où l'incidence est plus du double de l'incidence nationale. Elle atteint **50 cas pour 100.000 habitants dans la ville de Paris** avec des **inégalités sociales devant la maladie** : l'incidence des cas de tuberculose déclarés varie de 1 à 5 entre les **populations françaises et étrangères**¹.

¹ Tuberculose en France : la situation aujourd'hui. BEH, 10 – 11, 2003

Les personnes en provenance d'un pays d'endémie tuberculeuse ont un risque multiplié par 8 par rapport aux nationaux et plus particulièrement les adultes jeunes. Les situations de **précarité économique et sociale** contribuent également à cette situation.

Par ailleurs le taux d'incidence chez les enfants de moins de 15 ans de nationalité étrangère était 11 fois supérieur à celui observé chez les enfants de nationalité française (14,2 / 10⁵ versus 1,3 / 10⁵), et le taux annuel moyen de variation était de - 6% chez les personnes de nationalité française et de + 7% chez celles de nationalité étrangère.

Evolution du taux d'incidence de la tuberculose déclarée

	1997	2001	Variation (%)
Paris	48,7	48,4	0
Seine-et-Marne	10	11,8	+ 4
Yvelines	12,8	5,2*	- 20
Essonne	14,5	20,4	+ 9
Hauts-de-Seine	25,7	26,9	+ 1
Seine Saint Denis	37,4	36,6	- 1
Val de Marne	25,8	27,8	+ 2
Val-d'Oise	20,7	24,6	+ 4
Ile-de-France	26,7	27,2	0

* la diminution de l'incidence dans les Yvelines peut en partie être expliquée par des problèmes de gestion des déclarations obligatoires au niveau de la Ddass.

Evolution du taux d'incidence selon l'âge et la nationalité

Age	Nationalité française		Nationalité étrangère	
	1997	2001	1997	2001
	Incidence / 10 ⁵		Incidence / 10 ⁵	
0 – 14 ans	1,7	1,3	6,8	14,2
15 – 24 ans	3,6	4,3	36,5	76,9
25 – 39 ans	7,2	5,4	69,6	86,6

Une politique de prévention uniforme néglige le fait que cette maladie affecte des populations à risque très bien identifiées : la tuberculose est la première infection opportuniste chez les migrants d'Afrique subsaharienne. La présentation d'une épidémie de tuberculose dans un foyer de migrants africains à Paris illustre bien cette composante de l'épidémie actuelle et les difficultés de sa gestion.

Le contrôle de l'épidémie nécessite la mise en place de **dépistage et de prévention spécifique, avec si possible des actions de santé communautaire**. Or un dépistage sur un lieu donné demande une participation des populations concernées mais aussi de leur connaissance du risque de contamination de cette maladie.

D'autant que la tuberculose *en* représente la seconde cause des pathologies inaugurales du sida avec 22% des cas alors qu'en 1995 elle ne représentait que 10% des cas.

Des **actions spécifiques de terrain**, basées sur l'épidémiologie locale de la maladie et adaptées culturellement et socialement aux besoins, associées à des moyens ciblés, doivent être développées afin d'inverser les tendances épidémiologiques actuelles.

Les Infections sexuellement transmissibles (IST) : une recrudescence

Les infections sexuellement transmissibles, provoquées par des agents infectieux bactériens ou viraux, doivent bénéficier d'une **communication globale**, et non d'une communication sur le VIH différente des autres agents infectieux sexuellement transmissibles.

La région Ile-de-France reste la région de France métropolitaine la plus touchée par l'infection à **VIH** où, depuis le début de l'épidémie, plus de 50 % des cas diagnostiqués l'ont été dans la région. (25.000 cas)

Grâce aux nouveaux traitements, le nombre de malades du **sida** diminue depuis deux ans. Toutefois cette diminution tend à se ralentir et une augmentation de cas, en particulier chez les populations d'origine étrangère, s'amorce actuellement¹. D'autre part, les hétérosexuels restent les personnes les moins bien dépistées, mais surtout 52,5% des personnes découvrent leur séropositivité au moment du diagnostic du sida.

Le **profil épidémiologique des malades a évolué** avec une augmentation de la proportion de femmes, avec un âge médian de 38 ans (42 ans pour les homosexuels, 43 ans pour les hommes hétérosexuels), de personnes contaminées par voie hétérosexuelle et d'étrangers. Parmi les personnes vivantes avec le VIH, en dix ans, la proportion de **femmes contaminées** est passée de 1 femme pour 7 hommes à 1 femme pour 3 hommes. La proportion de femmes qui découvrent leur statut sérologique positif au VIH, au moment de l'entrée dans le sida (diagnostic tardif) a été multipliée par 3 en Ile-de-France passant de 11% avant 1991 à 29% en 2000. Au sein de ce phénomène, ce sont les **femmes migrantes** qui sont deux fois plus touchées par le sida que les françaises. Ainsi en Ile-de-France, **47% des femmes migrantes** (33% originaires du Maghreb, 52% d'Afrique subsaharienne) **ignorent leur séropositivité au moment du diagnostic sida**, contre 27% des femmes de nationalité française.

Des enquêtes tendent à montrer un **relâchement des comportements de prévention**, très marqué en Ile-de-France qui pourrait entraîner un risque de reprise

¹ Surveillance du VIH/sida en France. Rapport semestriel 1, Invs, 2002

épidémique du VIH. Les « nouveaux » traitements (trithérapie, prophylaxie après une exposition sexuelle) semblent entraîner ce phénomène, notamment parmi les personnes les plus exposées au risque de contamination (célibataires, multipartenaires) et parmi les homosexuels masculins.

Ce relâchement du **principe de précaution** est marqué également par la **recrudescence des autres infections sexuellement transmissibles** (syphilis, gonococcies, papillomavirus humains). Ainsi près de 200 cas de **syphilis** ont été recensés à Paris entre janvier 2000 et avril 2002, ce qui représente 82% des cas en France¹. De même, il est repéré une progression de l'infection génitale par les papillomavirus humains, co-facteurs oncogènes des cancers ano-génitaux.

L'ensemble de ces constats montre qu'actuellement il est nécessaire de faire une communication de façon globale de toutes les infections sexuellement transmissibles. La **prévention des IST nécessite une transversalité**.

L'enquête KABP 1999–2001² apporte des éléments nécessaires pour mobiliser les curseurs de la communication et de la prévention pour les politiques sanitaires futures.

En matière d'éducation à la santé, il convient sans doute d'insister chez les jeunes gens et jeunes filles sur l'**éducation sexuelle**. L'information liée aux comportements sexuels est nécessaire pour la prévention des maladies sexuellement transmissibles mais aussi pour la prévention des grossesses non désirées.

2.2.4 Sexualité et contraception

En effet, le recours à l'intervention volontaire de grossesse (IVG) est plus fréquent en Ile-de-France qu'en France métropolitaine et a augmentée dans tous les départements franciliens. **Le nombre d'IVG est particulièrement important à Paris** (65,5% IVG pour 100 conceptions) et faible en Seine-Saint-Denis (53,1%) et dans le Val d'Oise (50,8%). Selon le rapport du Professeur Nisand³, les deux tiers des IVG, en Ile-de-France sont réalisés dans le secteur privé. Cette constatation est due à **l'absence ou la réduction de prise en charge de l'IVG par certains hôpitaux publics et par la difficulté de recrutement de personnels médicaux**. Ce rapport met en évidence une nécessaire incitation des chefs d'établissements scolaires à développer des actions de prévention primaire de l'IVG, et plus globalement en matière de contraception. De même, il confirme la nécessité d'une meilleure articulation entre des acteurs « éparpillés ».

¹ Couturier E. et al. Résurgence de la syphilis en France 2000-2001. BEH, 35 – 36, 2001 ; Couturier E. et al. Evaluation de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis à Paris. Invs, 2002.

² ORS, la gestion du risque VIH-sida après une rupture conjugale : enquête KABP, décembre 2002.

Grémy I. et al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France, évolutions 1992-1994 et 1998-2001, ORS, 2001.

³ Nisand I. Rapport sur l'IVG en France. 1999.

Par contre, une étude réalisée en Seine-Saint-Denis (Hôpital J. Verdier, Bondy) montre que les adolescentes de 14 à 18 ans qui venaient interrompre leur grossesse, étaient pour les 3/4 quarts d'origine française dont 40% déscolarisées et sans emploi. Dans 4% des cas, la grossesse était issue d'un viol, et le plus souvent d'un viol incestueux, 12% d'entre elles avaient déjà eu recours à une IVG. Par ailleurs, l'étude montre que **71% des adolescentes n'avaient pas de contraception** dans les trois mois précédant l'IVG, souvent associé à des difficultés psychologiques, sociales et économiques¹. En dehors de cas particuliers, une IVG est un échec de contraception, d'éducation sexuelle et sanitaire.

La majorité des contraceptifs ne sont pas remboursés en opposition de la loi Veil. Si un des obstacles de l'utilisation des contraceptifs est leur coût, les pouvoirs publics devraient réévaluer la prise en charge. **L'information et la sensibilisation de la jeune fille** sur sa contraception par les professionnels de santé nécessitent également d'insister sur la connaissance de l'existence de la pilule du lendemain afin d'éviter des complications psychologiques encore mal évaluées chez les adolescentes. Par le décret du 9 janvier 2002, **le pharmacien délivre la « pilule du lendemain »** sur simple déclaration orale par l'intéressé et conseille la personne sur l'utilisation de celle-ci qui est gratuite pour les mineurs.

Aussi **l'information sur la contraception et la sexualité**, indépendamment des IST, **doit être renforcée et adaptée aux jeunes adolescentes**, notamment sur l'utilisation du préservatif ou sur celle de la « pilule du lendemain » qui devient parfois un moyen détourné de contraception. Il est notamment de la mission du pharmacien de délivrer cette information et de rappeler que le recours à la contraception d'urgence doit rester exceptionnel et qu'elle ne remplacera jamais, si nécessaire, une contraception régulière bien adaptée.

2.2.5 La santé psychique et les conduites addictives.

En Ile-de-France, la fréquence des **souffrances psychiques chez les jeunes** est supérieure à celle de la France métropolitaine et il existe un écart entre les sexes avec une **prévalence plus importante chez les filles**. En effet, selon Marie Choquet, "*toutes les conduites sont sexuées*" (*masculinité des conduites violentes, féminité des « troubles du corps »*).

¹ Levardon M. *Enquête AADOC attitudes et comportements des adolescentes face à la contraception*, enquête GINE, Inserm unité 292, 2000.

Suicide et tentative de suicide chez les jeunes : une actualité sanitaire

Si le taux de mortalité par suicide des adolescents et adultes jeunes (les 15 à 24 ans) reste stable, les **tentatives de suicide** (chez les 12 à 19 ans scolarisés) **sont en augmentation** passant de 7,6% en 1993 à près de 10% en 1999. Cette augmentation se retrouve également dans la **prégnance des pensées suicidaires**¹.

Les jeunes Franciliens se suicident moins que les jeunes de province mais la souffrance psychique des jeunes (en prenant en compte les taux de pensées suicidaires et de tentatives de suicide), et principalement des jeunes filles, est plus vive en Ile-de-France. A titre illustratif, 17,7% des adolescentes franciliennes de 15 à 19 ans ont connu des pensées suicidaires en 1998 contre 12,7% des adolescentes de province.

Toutefois, ces données demandent à être interprétées avec précaution du fait d'un sous-enregistrement avéré des suicides dans les six départements² dépendants de l'institut médico-légal (IML) de Paris. D'autant que selon une étude de l'Inserm ainsi que d'autres sources, il existe un risque de sous-estimation des suicides dans les statistiques de mortalité, de l'ordre de 25% pour la tranche d'âge des 15 – 24 ans³.

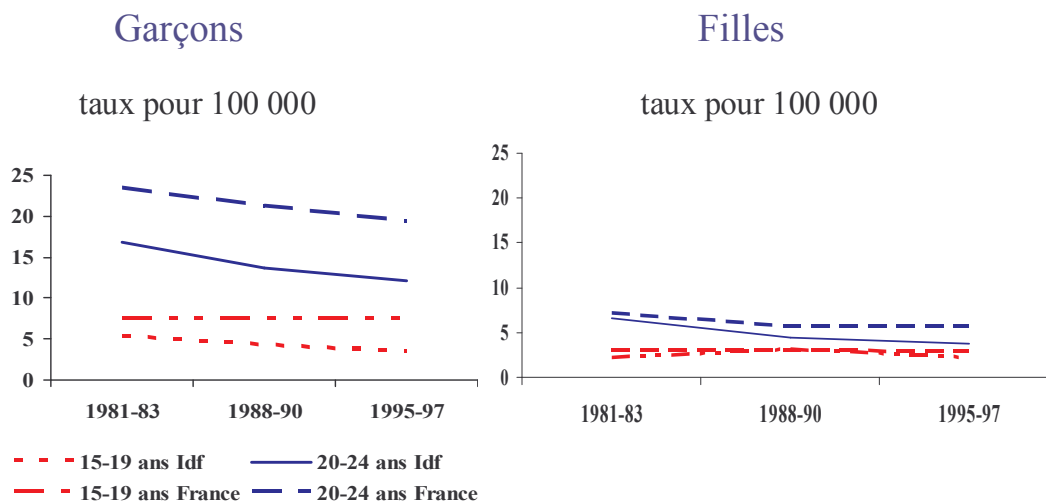
Mise à part des pays connaissant des taux atypiques (surmortalité en Finlande, 27,1% et en Autriche, 16,2%), la France se positionne parmi les premiers pays d'Europe occidentale par le taux de suicide chez les jeunes.

¹ Péquignot F., et al. Mortalité par suicide chez les jeunes en France en 1997 et évolution depuis 1980. BEH, 9, 2000

² Les deux départements ne dépendant pas de l'IML de Paris : Val-d'Oise et les Yvelines.

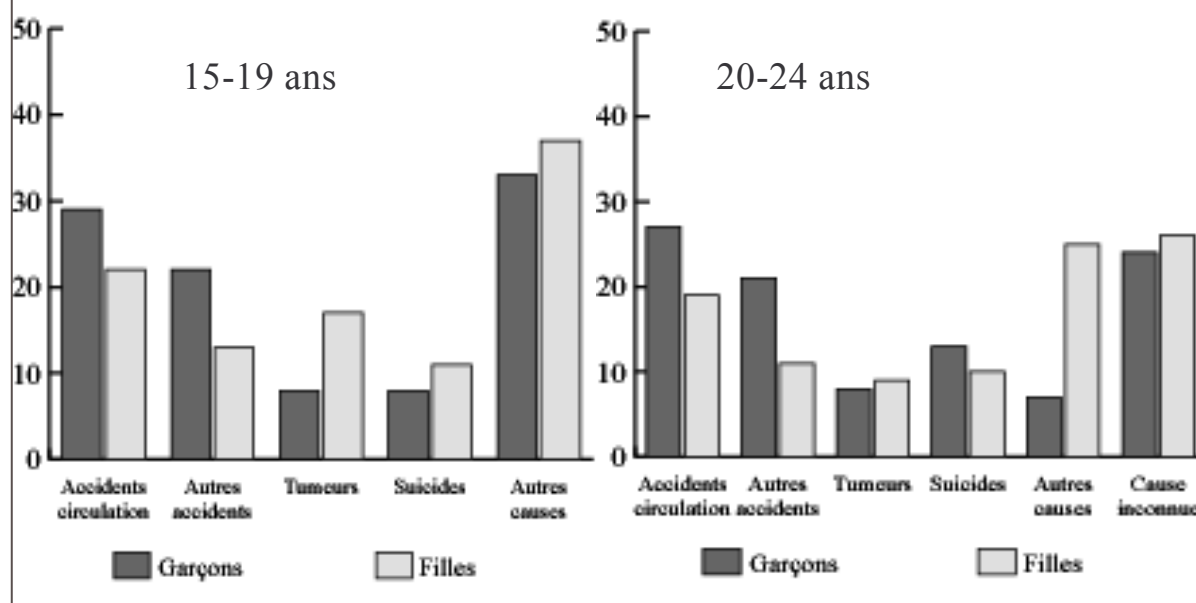
³ Badeyan G. et al. Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique. Drees, 109, 2001

Mortalité par suicide des 15-24 ans



Source : INSERM SC8 – Exploitation ORS Ile-de-France

Taux de mortalité par causes selon le sexe 1997-1999 en Ile-de-France



source : Pépin, Grémy J. la mortalité des jeunes de 10 à 29 ans en Ile-de-France – ORS, 2000.

La prévention du suicide des jeunes intervient en prévention primaire, secondaire voire tertiaire¹.

En **prévention primaire**, l'intervention consiste à repérer les jeunes présentant certains troubles psychologiques et à les orienter vers les soins. A cette **prévention primaire spécifique** (qui s'adresse à des jeunes se trouvant en situation de vulnérabilité) s'ajoute une prévention primaire **non spécifique** qui vise à renforcer les capacités de l'ensemble des jeunes à affronter tout événement stressant. Cette démarche s'inscrit tout à fait dans une approche de **promotion de la santé mentale**.

La **prévention secondaire** porte sur la prévention des **récidives**, grâce à un traitement et un suivi approprié.

Enfin la **prévention tertiaire** vise à soutenir **l'entourage**.

Les conduites à risque et addictives : un phénomène de l'adolescence

La **volonté de transgression** fait partie du développement de l'adolescence, et peut entraîner des conduites à risque qui peuvent avoir des conséquences sur leur devenir sanitaire.

Les **conduites à risque** regroupent toute conduite reflétant des **conduites d'agression** envers soi-même comme envers autrui. Sont considérées de cette manière les violences subies, la toxicomanie et la consommation abusive, les suicides et conduites suicidaires, les accidents particulièrement ceux en relation avec une prise de risque, mais aussi les troubles de l'alimentation, l'auto-dépréciation, etc².

L'usage expérimental, puis la consommation régulière de différents produits, commence de plus en plus tôt avec des **phénomènes d'accoutumance** qu'il s'agisse du **tabac** (à 19 ans, plus de la moitié des jeunes en consomme régulièrement avec une date d'entrée dans le tabagisme vers 15 ans), de l'**alcool** (à 13 ans, plus de la moitié des jeunes ont déjà bu), des **drogues illicites**, essentiellement du cannabis (à 19 ans, 53% des jeunes Franciliens et Franciliennes en ont déjà fait l'expérience), des **polyconsommations** (à 19 ans, ils sont 54% à avoir consommé au moins une fois alcool, tabac et cannabis)².

Expérimentation : personnes ayant déjà consommé au moins une fois au cours de leur vie une substance (tabac, alcool, drogues illicites).

Consommation : personnes consommant de manière plus ou moins régulière une substance. Les critères définissant la notion de « consommation régulière » varient d'un produit à l'autre. A titre illustratif, les consommateurs réguliers de tabac fument au moins une cigarette par jour ; ceux de cannabis, au moins dix fois au cours de leur vie.

¹ CFES, Prévention primaire du suicide des jeunes, recommandations pour les actions régionales et locales, décembre 2001.

² ORS / CFES, Conduites à risque chez les jeunes de 12 à 19 ans en Ile-de-France : analyse régionale du baromètre CFES, santé jeunes 1997/98, mars 2000.

L'Ile-de-France se caractérise par une **expérimentation et une consommation de drogues illicites** plus élevées qu'en province : 37% des jeunes Franciliens de moins de 19 ans ont expérimenté des drogues illicites contre 26,6% des jeunes de province. La consommation de tabac ne diffère guère selon les régions. Par contre celle de l'alcool concerne une proportion plus importante de provinciaux.

La conduite addictive se définit comme le comportement de dépendance (biologique, psychologique voire sociale) d'un consommateur vis-à-vis d'une substance psychoactive (tabac, alcool, cannabis, héroïne...)

Toute **conduite addictive** présente un **trouble addictif** se définissant par une série de symptômes, dont "l'impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans un comportement spécifique", la "tension interne croissante avant d'initier le comportement" ou encore "le sentiment de perte de contrôle" pendant la réalisation du comportement¹.

Comme nous l'avons signalé dans le chapitre 2.2.1, une hausse de l'expérimentation et de l'usage du tabac s'est amorcée chez les adolescent(e)s à partir des années 90.

La perception de la consommation de tabac demeure assez positive et les jeunes s'avèrent **sous-informés des risques** à l'égard du tabac.

La consommation d'alcool chez les jeunes ne connaît pas de diminution notable. **L'alcool est la première substance psycho-active consommée par les jeunes**, notamment en Ile-de-France.

En revanche, les **conduites** se modifient avec une diversification de la consommation d'alcool et des usages davantage occasionnels (notamment en fin de semaine). L'évolution la plus nette concerne en effet l'expérimentation et la consommation de cannabis. Alors que jusqu'au début des années 90, les Français ne consommaient guère de cette substance, on assiste à un renversement des usages avec un niveau de consommation des plus forts d'Europe¹.

Dans la réflexion pour une éducation pour la santé, le sens commun associe le **sport** à des valeurs positives en termes de santé. Or, des enquêtes auprès d'adolescents ont observé une relation curviligne entre la pratique sportive extra-scolaire et l'usage de produits psycho-actifs, notamment pour l'alcool². La encore, nous pouvons constater que la loi Barsach³ (1987), prohibant la publicité pour les alcools dans les lieux sportifs ou dans les locaux d'associations de jeunesse n'a pas été appliquée.

Depuis 10 ans, la **politique de lutte contre la toxicomanie s'est diversifiée**. Les mesures de réduction des risques infectieux semblent avoir porté ses fruits, avec notamment une baisse importante du nombre de surdoses à l'héroïne (passant de près de 300 surdoses en Ile-de-France en 1994 à 59 en 2000) et du nombre de décès par

¹ Parquet Ph-J. Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance, CFES, 1998.

² Beck F. et al. Pratique sportive et usages des substances psychoactives, France, 2000. BEH, 15, 2003.

³ Loi n°87-588 du 30 juillet 1987 portant divers mesures d'ordre social.

sida. Par contre cette politique a eu des résultats plus mitigés en ce qui concerne la contamination par le VHC.

En Ile-de-France, la consommation d'héroïne et d'opiacés reste prépondérante parmi les toxicomanes pris en charge. La **polytoxicomanie** est un phénomène très courant et d'une fréquence plus importante en Ile-de-France qu'en province.

Par contre, comme le rappelle J-P Deschamps¹, les interventions préventives relatives au tabac, à l'alcool, aux drogues, aux IST, aux grossesses non désirées, à la prise de risques, sont justifiées. Cependant il faut éviter de considérer le symptôme comme le problème à régler, et de chercher souvent à « prévenir » l'adolescence, considérant l'adolescence comme un risque à éviter.

La prévention de la maltraitance des mineurs : une situation préoccupante

On considère comme maltraité, tout enfant de moins de 15 ans subissant des violences physiques, morales, psychologiques ou affectives qui retentissent de façon grave sur son état de santé, quel qu'en soit l'auteur : famille, institution ou autre.²

La gravité de la situation est soulignée par le nombre d'enfants maltraités par an en France : environ 50.000 enfants font l'objet d'actions judiciaires ou sont pris en charge par l'aide sociale à l'enfance. Le chiffre réel est vraisemblablement plus élevé encore car son estimation est difficile. Il pourrait en résulter 600 à 800 décès par an, mais l'estimation de ce nombre est délicate³.

Il faut insister sur la fréquence des violences sexuelles (inceste, pédophilie, attentats à la pudeur, pornographie infantile, prostitution infantile). On a estimé que, avant 18 ans, 10 à 25% des filles et 10 à 12% des garçons ont été victimes d'abus sexuels. Ceux-ci laissent des séquelles psychologiques très graves et sont à l'origine d'une proportion notable des suicides, d'autant que l'enfant violenté se sent souvent rejeté par sa famille, voire coupable. Le pourcentage de tentatives de suicide passe pour les garçons de 8% chez ceux n'ayant pas subi de violence à 40% chez ceux en ayant été victimes et pour les filles de 9% à 48%. On trouve des accroissements comparables pour les fugues, les dépressions et l'usage des drogues.

La prévention primaire fait appel d'une part à des mesures médico-sociales en associant les actions spécifiques dirigées vers les familles à risque et comportant des aides à domicile. Il faut donc former des professionnels et informer les enfants⁴. Or la maltraitance n'est que le cas extrême des dysfonctionnements de la cellule familiale qui sont vraisemblablement fréquents et qui requièrent des enquêtes spécifiques.

¹ Michaud PA., et al. La santé des adolescents. Approches, soins, prévention. Ed. Doin, Paris, 1997

² La maltraitance des enfants (dossier). Revue Internationale de Pédiatrie, 294, 1999.

³ Assemblée Nationale. Rapport 871 (La maltraitance) Mai 1998. Observation Nationale de l'enfance en danger. La lettre, les constats de l'année 2000,2001.

⁴ Boulard P., Arthuis M. Plaidoyer de l'Académie nationale de médecine pour une nouvelle circulaire concernant l'éducation à la vie affective et sexuelle dans les établissements d'enseignement. Bull Acad Natle Méd.,182.

L'adaptation du mode de garde, la création de structures d'accueil, des campagnes médiatiques pourraient améliorer la situation.

L'exemple de la **prise en charge de la maltraitance en Picardie** : du fait d'une situation préoccupante, la lutte contre la maltraitance infantile est l'une des priorités régionales de santé en Picardie. Un programme, financé par la DRASS, vise à **améliorer la prise en charge de la maltraitance** et à mieux identifier les logiques et les circuits à l'œuvre entre les différentes institutions (Conseil général, Justice, Education nationale, hôpital ...) prenant en charge plus ou moins directement la maltraitance afin de favoriser une **logique de réseau** au niveau de la région. Cette configuration se structure autour des pôles ressources en documentation et formation en éducation pour la santé.

2.2.6 Les accidents routiers

Les accidents de la route sont la première cause des décès chez les jeunes de 20 à 24 ans. Avec 20,4 décès pour mille, l'Ile-de-France se situe bien en deçà des taux nationaux (43,6). Mais la variabilité des taux est extrême en Ile-de-France : la fourchette allant de 7,3 à Paris jusqu'à près de 56 en **Seine-et-Marne**. Une sous-mortalité urbaine s'oppose logiquement à une surmortalité rurale.

Dans ce contexte, la Prévention routière, créée et soutenue par la Fédération française des Sociétés d'assurance consacre une grande part de ses actions en milieu scolaire. L'étude du Credoc confirme le lien entre les accidents de la route et le mode de vie des jeunes, en particulier leurs pratiques festives et leur consommation ou non d'alcool et de drogues. L'étude fait ressortir qu'une minorité de jeunes cumule tous les risques mais que rares sont ceux qui n'en prennent jamais. C'est pourquoi les actions de sensibilisation conduites par la prévention routière sous forme de campagne de communication et opérations de type « Capitaine de soirée » ou « je pilote ma ville » contribuent fortement, bien au-delà de la seule prévention des accidents de la route, à l'éducation à la santé sur un plan plus général, par l'éducation des comportements face aux risques. Par ailleurs, l'Association Assureurs prévention santé (APS) créé par plusieurs sociétés d'assurance, avec le concours d'un comité consultatif médical réalise des campagnes d'information sur différents thèmes de santé publique.

2.2.7 La santé environnementale

Assurer le bien être des jeunes, c'est aussi avoir des interventions sur leur cadre de vie.

Le saturnisme infantile : un problème d'habitats

Dans la région Ile-de-France a été créée en 1992, le **système de surveillance du saturnisme infantile**, financé par la DRASSIF. Les objectifs sont le recensement des cas d'intoxication et l'identification des populations à risque, l'évaluation des stratégies de dépistage et le suivi de la prise en charge des enfants intoxiqués. Cette action de dépistage / prévention est primordiale suite à la publication de deux articles¹ montrant les effets délétère du plomb chez l'enfants mais aussi chez l'adolescent (retard pubertaire).

Le système repose essentiellement sur le **dépistage des enfants exposés**. Entre mai 1992 et décembre 1999, 17.620 enfants ont été dépistés. Les enfants les plus exposés au risque sont dans la tranche d'âge six mois à six ans.

Presque un enfant sur trois, c'est à dire 5.000 enfants, présentait au moment du dépistage une plombémie trop élevée (>100 µg/l). Parmi ceux-ci 256 enfants (1,5%) relevaient de **l'urgence médicale**, avec une Pb supérieure à 450 µg/l.

Ce problème concerne évidemment en premier lieu les zones d'**habitats anciens** et non réhabilités tels que la zone Est de Paris et la proche couronne Est, notamment le département de la Seine-Saint-Denis.

La Pollution atmosphérique : un phénomène sociétal

L'impact de la pollution atmosphérique sur la santé, notamment sur les enfants, doit également être pris en compte dans un bilan de santé régional.

Le programme Evaluation des risques de la pollution urbaine sur la santé (ERPURS), cofinancé par l'Etat et le Conseil Régional d'Ile-de-France et mis en place en 1989, 'montre les liens entre la pollution atmosphérique urbaine de fond et la santé en Ile-de-France'².

Concernant les incidences de la pollution sur les jeunes, l'étude constate, sur le fondement d'une comparaison des journées à niveau de pollution variable, des **augmentations de consultations hospitalières** des moins de 15 ans pour **asthme** (jusqu'à près de 8%) et pour l'ensemble des **maladies respiratoires** (plus de 5%).

Le rapport d'ERPURS conclut par la nécessité « *d'informer la population sur l'évolution de la relation pollution-santé* », ce qui pourrait se faire notamment par une sensibilisation et une "éducation thérapeutique" des parents et des enfants afin d'aider à l'auto détection des risques entraînant asthme et autres maladies ORL.

¹ Canfield R., et al. Intellectual impairment in children with blood lead concentrations below 10 microg per deciliter. N Engl J Med, 348, 2003; Selevan S., et al. Blood lead concentration and delayed puberty in girls. N Engl J Med, 348, 2003

² ORS, ERPURS 1987-2000 : analyse des liens à court terme entre pollution atmosphérique et santé, 2003

Le rayonnement solaire : une mode du corps bronzé

Les ultraviolets du soleil sont à la fois bénéfiques et nocifs. A forte dose, ils causent des lésions cutanées et sont à l'origine de cancers de la peau. La fréquence des mélanomes a doublé depuis 20 ans (5.000 nouveaux cas/an en France occasionnant 2.000 décès) favorisée par les modes de vie. La prévention consiste à réduire la durée et l'intensité des expositions de la peau aux rayons UV (UVA et B du soleil)³.

C'est surtout au cours de la petite enfance et de l'enfance que les expositions au soleil sont dangereuses ; or les parents prennent rarement les précautions nécessaires. Le souhait d'avoir des enfants avec un joli hâle, prend le pas sur les règles de prévention, surtout dans les milieux défavorisés⁴. L'exemple des pays qui ont réussi à changer les comportements montre que la prévention doit être axée sur une information intense et persévérante.

2.2.8 Les troubles de l'apprentissage scolaire

L'importance de la prévention sanitaire des **troubles de l'apprentissage scolaire** dès le plus jeune âge est une nécessité lorsqu'au regard des études, ceux-ci montrent que 16 à 24% des élèves en scolarité pré-élémentaire et élémentaire sont en échec scolaire du fait du handicap occasionné¹ :

- 2 à 3 % par suite de déficiences sensorielles, motrices, mentales,
- 10 à 15 % à la suite de causes socio-culturelles, économiques, psychologique,
- 5 à 6 % du fait de troubles de développement spécifiques des apprentissages.

Les troubles du langage

Au niveau national, on estime à environ **4 à 6% les enfants d'une classe d'âge**², concernés par les troubles spécifiques du langage oral et écrit (dysphasies, dyslexies)³. N'ayant pas d'évaluation épidémiologique régionale de ce trouble en Ile-de-France, nous supposons que la fréquence des troubles du langage dans notre région est similaire à l'étude nationale.

³ Académie des sciences – Académie nationale de médecine. La santé en France (M.Tubiana, H. Sancho-Garnier, J.F. Bach, G. Nicolas, A.J. Valleron). Bull Acad Natle Méd, 2002.

⁴ Leclerc A., et al. Les inégalités sociales de santé. Inserm, la Découverte. Paris 2000.

¹ nf.sante.univ-nantes.fr, www.chu-rouen.fr

² Selon les acteurs de terrain, ces estimations seraient sous-évaluées. Ces troubles concerneraient environ 10% des enfants.

³ Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, Rapport 2001. www.education.gouv.fr

La directive de l'éducation nationale (BO n°6 du 07.02.02) demande de **connaître**, de **dépister**, de **repérer** les troubles spécifiques du langage à partir d'un bilan à l'âge de 3 à 4 ans, mais actuellement il est difficile de connaître le taux de couverture de ce bilan dans les départements.

Un second bilan doit être organisé auprès des enfants de 5 à 6 ans (art. L. 541-1 du code de l'Education nationale) par le médecin de l'Education nationale. Or, la médecine scolaire souffrant d'une insuffisance de médecins et d'infirmières ne peut avoir un taux de couverture complète.

Une circulaire préconise la prise en charge globale des troubles spécifiques du langage au niveau départemental par la **concertation et la collaboration des différents intervenants** (DDASS, Conseil général, PMI, réseau de professionnels de santé libéraux).

Les déficits visuels

En France, plus de **10% des enfants âgés de moins de 5 ans** peuvent présenter une ou plusieurs **anomalies de la vision** pouvant interférer avec le développement de l'enfant et retentir sur l'ensemble de ses comportements¹.

D'après une étude réalisée en 1999 – 2000 sur plus de 30.000 élèves à l'entrée en école primaire environ **un enfant de 6 ans sur cinq présente un trouble de la vision** (hypermétropie 8%, acuité visuelle < 8/10^e 8%, strabisme 4%, trouble de la vision binoculaire 5%). Cette étude montre par ailleurs un déficit de dépistage et de prise en charge pour les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP)².

Mais toutefois la présence de ZEP au sein d'une région ne permet pas d'expliquer la totalité des disparités régionales (cf. graphe annexé)³.

Les statistiques du centre de bilan de santé de l'enfant de Paris, dont l'interprétation reste toutefois difficile dans la mesure où la population dépistée n'est pas représentative de la population générale (les enfants sont vus sur la base du volontariat des familles), montrent un taux global de prévalence des amétropies (myopie, hypermétropie, astigmatisme) est de l'ordre de 33% des enfants de 3,5 à 4,5 ans. Ce taux est plus élevé que ceux publiés dans la littérature internationale.

L'étude de l'INSERM, commandée par la MGEN (Mutuelle générale de l'Education nationale), recommande que l'acuité visuelle soit évaluée dès les premières années de maternelle. Mais **ce dépistage nécessite la mise en place d'une information et d'une sensibilisation, donc d'une éducation pour la santé du public**. Par ailleurs, les professionnels de santé compétents, tel que les orthoptistes pourraient participer à ce dépistage, d'autant que l'ANAES recommande de faire un examen visuel par ces professionnels de santé entre 4 – 5 ans⁴.

¹ Déficiences visuelles : dépistage et prise en charge chez le jeune enfant, Expertise collective, Inserm 2002.

² Guignon N. et al. La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. Drees, 155, 2002.

³ **Guignon N et al. L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions. Drees, 250, 2003**

⁴ Dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant pour prévenir l'amblyopie. ANAES, 2002.

Les déficits auditifs

Les troubles auditifs sont repérés par des signes d'appels le plus souvent indirects qui sont variables suivant l'âge. Un retard de développement du langage parlé à l'âge préscolaire, tout comme un banal retard scolaire amène les personnes environnant l'enfant à faire un dépistage des troubles auditifs.

La conduite essentielle, du succès, de l'acquisition ou de la correction du langage passe par le dépistage et l'évaluation précoce du handicap auditif.

2.3 QUELLE(S) POLITIQUE(S) DE PREVENTION A LA LUMIERE DE L'ETAT DE SANTE DES FRANCILIENS ?

A la lumière de ce constat, il semble apparaître qu'une politique de prévention doit répondre au double objectif d'**évitement d'un risque immédiat** (comportements à risques, accidents de la route...) et de **prévention d'un risque plus lointain** (obésité, maladies cardio-vasculaires, cancers...).

Ce double objectif peut être atteint par une politique d'éducation et de prévention sanitaire qui doit débuter **dès le plus jeune âge** et surtout doit s'inscrire dans la **durée** en respectant l'évolution et le développement de l'enfant, de l'adolescent et de son entourage.

Cette prévention primaire doit permettre une **modification des comportements** visant à améliorer le bien être, le bien vivre des populations de son territoire.

Elle doit s'appuyer sur **l'ensemble des acteurs** réunis autour d'**objectifs communs**. Mais il est nécessaire de différencier les besoins de santé qui se rapportent à une collectivité, des demandes de soins, plus spécifiques, qui correspondent à la notion de droit aux soins des citoyens. D'où la nécessité de dissocier le champ de la santé (éducation pour la santé, prévention, soins) de celui du médico-social. Cette dissociation permettra de mieux identifier et privilégier les acteurs des deux champs ainsi que leur financement.

Les données montrent également les inégalités en amont de l'accès aux soins. La prise en considération de ces inégalités par les pouvoirs publics s'est traduite essentiellement par la mise en place de dispositifs tentant de réduire les inégalités d'accès aux soins¹. En effet, les soins continuent d'être considérés comme le déterminant essentiel de la santé et le remède à la réduction des inégalités en la matière. Pourtant, c'est bien en amont du système de soins que peut s'effectuer cette réduction des inégalités.

Pour cela le maillage doit être fin, et les objectifs définis de façon consensuelle par les politiques de santé régionale qui proposent les champs d'actions, définissent les responsabilités et décident des financements.

¹ www.inserm.fr, Les inégalités sociales de santé. Ed. La découverte. 2000.

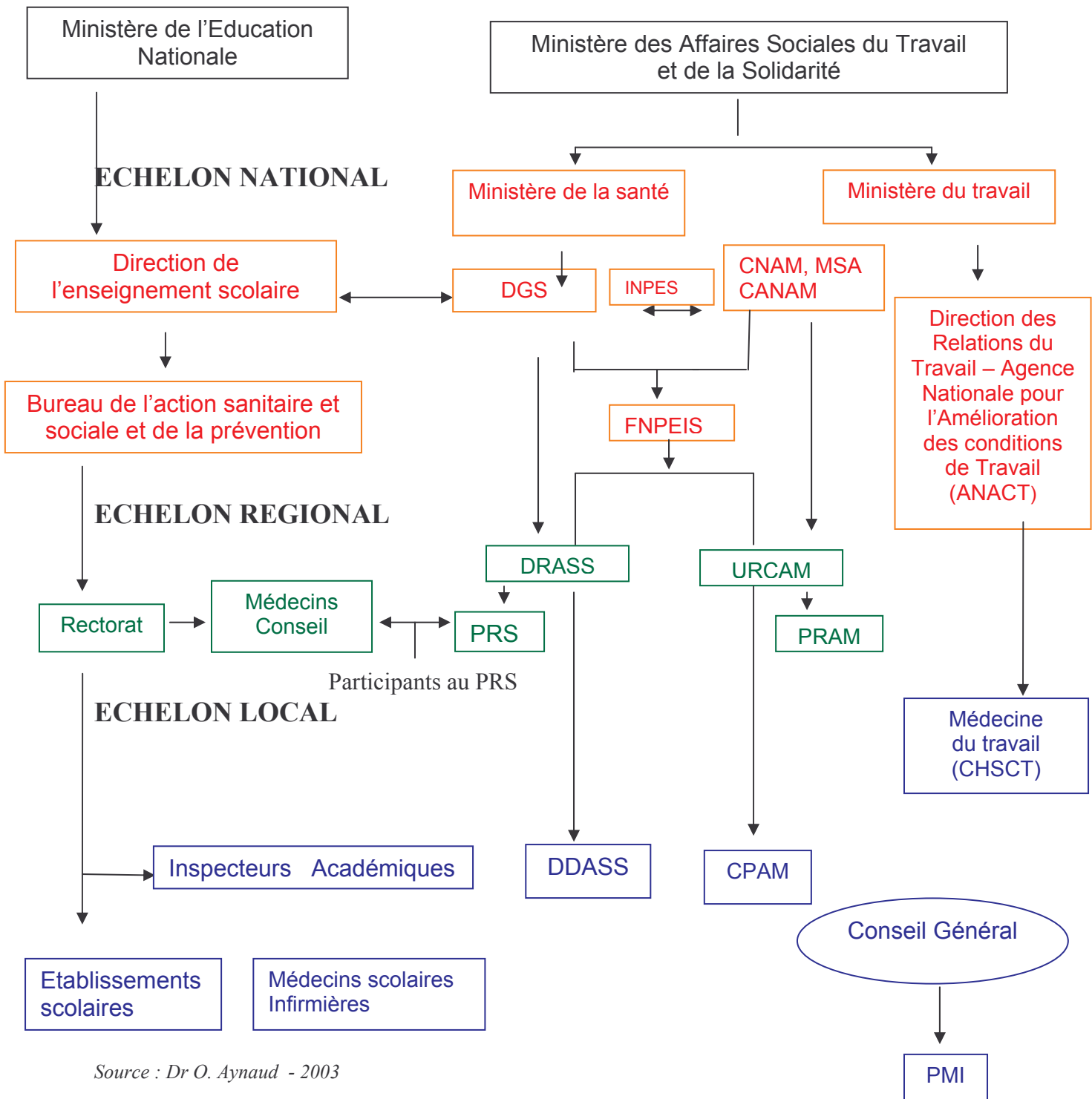
3. LES ACTEURS ET LEURS ACTIONS DANS LES DOMAINES DE L'EDUCATION POUR LA SANTE ET DE LA PREVENTION

La prévention sanitaire est un champ dans lequel intervient une multitude d'acteurs avec des ambitions et des objectifs sinon différents du moins mal coordonnés. Si chacun apporte sa compétence, avec sérieux et engagement, il n'en reste pas moins que vu de l'extérieur l'édifice ne bénéficie pas d'une réflexion initiale permettant de structurer les acteurs et leurs actions.

3.1 IDENTIFICATION DES CIRCUITS DE DECISION EN MATIERE DE POLITIQUE DE PREVENTION NATIONALE

Au niveau national, deux ministères sont directement engagés dans la prévention sanitaire. Il s'agit du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et du ministère de l'Education nationale.

Le schéma ci-dessous permet de visualiser les **principaux ordonnateurs nationaux** de politique de prévention et leurs services déconcentrés en régions et départements dont les compétences sont enchevêtrées. Ainsi **les compétences en matière de prévention sanitaire apparaissent fortement cloisonnées et sectorisées, laissant peu de place à une politique globale et coordonnée de prévention.**



Toute politique de prévention passe par une coordination étroite à tous les échelons, nationale, régionale et locale entre tous les partenaires concernés autour d'un objectif partagé en commun.

3.2. LES ACTEURS INSTITUTIONNELS

Le gouvernement agit dans le domaine de la prévention par l'intermédiaire des ministères de la Jeunesse et des Sports, de l'Education et de la Recherche, de l'Emploi et de la Solidarité, de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

3.2.1. Le ministère de la Santé

Pour le ministère de la santé, c'est la Direction Générale de la Santé (DGS) qui conduit la politique de prévention au niveau national. Comme nous l'avons vu précédemment, les gouvernements français successifs ont plutôt cherché à obtenir l'excellence en matière de soins que de développer des politiques globales de santé intégrant la prévention.

Toutefois cette tendance évolue, depuis le décret du 29/04/2002 de la loi relative aux droits des malades, l'Etat a mis en place l'Institut national de prévention de d'éducation pour la santé (**INPES** en remplacement du CFES) et un Comité technique national de prévention (CTNP) qui bénéficie d'une dotation globale fixée par le ministre de la Santé, de la Sécurité sociale et du Budget, à la charge des régimes d'assurance maladie (CNAMTS, MSA, CANAM).

Les **missions** de l'INPES ont été profondément élargies :

- expertise et conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- développement de l'éducation pour la santé ;
- mis en œuvre des programmes de prévention.

Les **champs de compétences sont définis par thèmes** : conduites addictives, maladies infectieuses, maladies chroniques, équilibre de vie, risques de la vie courante, santé mentale ; **ou par lieux** : lieux de soins, milieu scolaire et périscolaire, milieu du travail, lieux d'accueil des publics précaires, collectivités territoriales, services régionaux d'éducation pour la santé.

Son budget 2002 était de 70,9 M€ pour un effectif de 109 personnes, avec environ 14% de l'ensemble consacrés aux frais de structure.

Ainsi le ministère de la Santé est à présent doté d'un **outil lui permettant de décider et d'ordonner des campagnes de promotion et d'éducation nationale** capable de répondre à ses ambitions. Mais si les programmes des campagnes de prévention sont élaborés au niveau national, la décentralisation doit permettre à la Région d'aborder une mise en œuvre locale. Cette décentralisation est le transfert de compétence à des autorités locales, à contrario de la déconcentration agissant dans le principe de subordination.

En région tous les acteurs sont-ils cohérents ?

Créé en 1984, le Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France (CRESIF) est une association loi 1901 qui a pour vocation de **promouvoir et de développer l'éducation pour la santé** en Ile-de-France. Le CRESIF est financé par des subventions émanant de la CRAMIF et de la DRASSIF, et des actions ponctuelles, pour un budget annuel de 589.000 €.

Les objectifs du CRESIF sont :

- de gérer un **centre ressource** régional en matière de la santé en fournissant des services de formation, d'information, de conseil et d'évaluation. d'autre part de
- de contribuer à l'élaboration de **stratégies régionales** d'éducation pour la santé
- et enfin d'animer le **réseau francilien de comités départementaux**.

Ainsi, il participe aux instances régionales de concertation et de décision en matière de **définition et de mise en œuvre des politiques de santé**.

Par ailleurs, la région d'Ile-de-France compte cinq Comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES), soutenus financièrement par les DDASS et les Conseils généraux. Les actions des CODES sont optimisées par le CRESIF. Pour les départements dépourvus de ces comités, à savoir Paris, la Seine-et-Marne et le Val-de-Marne, le CRESIF gère des antennes en direct.

Enfin, il intervient auprès de **publics spécifiques**, notamment auprès de lycéens dans le cadre de la prévention contre le tabac.

Dans cette organisation l'INPES, contrairement au feu CFES, n'a plus le rôle d'animateur de réseau des antennes régionales. Ainsi la centaine de CRES et CODES, régionaux ou départementaux sont indépendants. Pour pallier à ce manque de concertation nationale les CRES et CODES se sont fédérés en Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (FNES). Malheureusement les financements alloués à ces structures de proximité en Ile de France sont fortement insuffisantes par rapport l'enjeux de leurs missions.

Budget CRES + CODES en 2000

	Habitant (1999)	Euros	€ / 1.000 hab
Franche Comté	1.117.059	955.282	855
Picardie	1.857.481	1.136.890	612
Nord Pas-de-Calais	3.996.588	1.637.811	410
Pays de la Loire	3.222.061	1.015.521	315
Ile-de-France	10.952.011	1.633.688	149
Alsace	1.784.145	146.190	84
France métropolitaine	58.518.395	20.691.571	354

Parallèlement, la DRASS détermine et anime la **politique régionale de santé publique** et identifie les **orientations prioritaires de santé**. Elle a pour mission l'observation et l'analyse des besoins, la planification et la programmation, l'allocation des ressources affectées aux dépenses sanitaires, médico-sociales et sociales, et la coordination des actions entre les échelons départementaux et régionaux.

Pour ce faire, elle organise les **Conférences régionales de santé (CRS)** qui s'apparentent à des déclarations d'intention permettant la mise en place effective de programmes. Trois conférences ont porté **spécifiquement** sur la question des jeunes, qu'il s'agisse de la CRS de 1997 portant sur les jeunes (de la périnatalité à l'adolescence), de celle de 1999 portant sur « *la problématique des jeunes en situation de crise* » ou encore la dernière conférence portant sur « *la souffrance psychique des jeunes* ».

Les outils de la DRASS

Issus des conférences régionales de santé, cinq **programmes régionaux de santé (PRS)** sont en œuvre en Ile-de-France : addictions, saturnisme infantile, périnatalité, PRAPS et personnes âgées. Trois programmes sont en partie orientés vers une population jeune :

- le programme de lutte contre le **saturnisme infantile** s'appuie sur une double stratégie basée sur une approche de santé via le dépistage des enfants et sur une approche liée aux conditions de logement.
- le programme **alcool et addictions** vise à développer la prévention et à intervenir le plus précocement. A partir de 2002, la priorité est donnée à la prévention chez les jeunes dont les comportements de consommateurs sont de plus en plus précoces.
- le programme **périnatalité** tend notamment à réduire les inégalités d'accès et l'offre des soins périnataux. Les objectifs de ce programme se sont élargis à la question de l'accessibilité à la contraception et à l'IVG.

Les PRS sont financés majoritairement par l'Assurance maladie, par l'Etat (23%), par les collectivités territoriales (8,5%) et par la Mutualité (1,3%).

Le **PRAPS**¹, quant à lui, facilite l'accès à la prévention et aux soins précaires en prévenant notamment les conduites à risques chez les jeunes en difficulté sociale. Deux mesures concernent spécifiquement la question de la prévention des jeunes par le « *repérage de la souffrance psychique et la prévention des conduites à risque chez les jeunes de moins de 25 ans* » et par l'éducation à la sexualité.

Contrairement à d'autres régions, il n'existe pas en Ile-de-France de programme régional de santé (PRS) voué exclusivement aux jeunes.

¹ Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les Personnes Démunies.

Le budget annuel consacré à la promotion de la santé par la DRASS pour 2002 est de 7 M €, dont 50% pour le PRAPS, 30 % pour les PRS. Le reste (20%) est consacré à la reprise des priorités nationales et au financement du CRESIF.

Un premier schéma en région

La circulaire de la Direction générale de la santé du 22 octobre 2001 institue la mise en place de **Schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS)** afin « *d'organiser le renforcement ou la mise en place d'un pôle régional de compétence au service de tous les acteurs de la région dans un souci d'amélioration de la qualité des programmes et actions mis en place* » et « *d'optimiser l'organisation des services et la répartition de l'offre (...) pour une meilleure satisfaction des besoins de la population* ».

Sous la conduite de la DRASS, l'élaboration du SREPS en région Ile-de-France se mène de manière partenariale où se tient un comité de pilotage qui réunit les principales structures concernées¹. Réunies en ateliers, les différentes institutions définissent une charte qui servira, selon la circulaire sus-nommée, de « *socle conceptuel et d'engagement à l'écriture du SREPS* » afin de définir « *une culture commune de l'éducation pour la santé* ».

Deux ateliers régionaux de travail ont porté sur la question de « l'expression des usagers » et sur celle de « l'évolution des pratiques professionnels ».

A ces ateliers thématiques, un état des lieux général du SREPS a été accompli dont les principaux constats sont les suivants :

- « *les définitions de l'éducation pour la santé sont particulièrement variées* »,
- « *le concept même d'éducation pour la santé représente une grande source de malentendus* »,
- l'éducation pour la santé est mise en pratique par une multitude d'acteurs de terrain aux méthodes et objectifs différents,
- l'absence de « *véritable cursus de formation en éducation pour la santé*. »

D'où des recommandations en vue de « *formaliser une culture de l'éducation pour la santé* », « *de renforcer les méthodes et les compétences en éducation pour la santé* » et de permettre de « *rendre la population autonome dans ses choix de santé* ».

Le SREPS d'Ile-de-France se décline en quatre principaux axes :

- mise en place du pôle régional de compétence ;
- promotion d'une culture commune de l'éducation pour la santé ;
- évolution des pratiques actuelles et professionnalisation des acteurs ;
- optimisation de l'organisation des services et mutualisation des moyens en vue d'une réponse plus adaptée aux besoins des acteurs et des populations.

¹ sont représentées les institutions suivantes : DRASS, CPAM, URCAM, Education nationale, certaines DDASS, CRES et CRIPS, absence des professionnels de santé.

Le SREPS Ile-de-France reste à ce jour à l'état de réflexion institutionnelle sans participation des acteurs de terrain. Il devrait être un lieu de participation active des professionnels de la prévention et des représentants de la société civile. Pourtant, lors du premier séminaire du SREPS¹, Michel Peltier, directeur de la DRASSIF, a « *souligné l'importance [...] du SREPS, à savoir la participation des usagers* » et qu'il était nécessaire « *d'agir de concert avec les usagers et les acteurs engagés dans l'éducation pour la santé* ». D'autant qu'un récent rapport² précise la notion d'expertise collective dans les régions.

Les lois de décentralisation de 1982 ont abouti à la séparation des **Directions départementales d'actions sanitaire et sociale (DDASS)** en deux structures distinctes, l'une dépendant de l'Etat et l'autre du Conseil général.

Les DDASS, qui sont sous l'autorité du préfet départemental, assurent la **mise en œuvre des politiques nationales par la définition et l'animation des actions locales.**

Perspectives :

Le Code de la santé publique (loi de 1998 de lutte contre l'exclusion) est presque « muet » sur l'éducation pour la santé, soulignant ainsi par défaut les lacunes du système de santé français davantage tourné vers le soin que vers la prévention.

Dans le cadre de l'élaboration de la **loi relative à la politique de santé publique**, le rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs (GTNDO) de santé publique dresse un bilan des connaissances disponibles sur la quasi-totalité des pathologies et des déterminants de santé candidats à une priorisation.

Ce travail porte globalement sur les problèmes de santé, et traite donc à un même niveau certains déterminants de santé (tabac, alcool, sédentarité...) et les pathologies (diabète, maladie d'Alzheimer...) sélectionnés en fonction de la possibilité de définir des objectifs de santé publique susceptibles d'être atteints. Cette démarche est intéressante puisqu'elle amène **à spécifier les différents types d'actions préventives envisageables.**

Dans ce plan, **l'enfance et l'adolescence constituent un enjeu majeur pour l'acquisition des comportements de santé.** Un chapitre est d'ailleurs consacré à la « santé des adolescents »³.

¹ Schéma régional d'éducation pour la santé en Ile-de-France : actes du séminaire, février 2003

² Territoires et accès aux soins. CreDES, 2003

³<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/index.htm>

Le Haut Comité de la Santé Publique a largement reconnu le rôle majeur du déficit de prévention par rapport aux activités de soins curatifs face aux enjeux forts que sont la réduction de la mortalité prématurée et la réduction des inégalités de santé. Le travail du GTNDO confirme cette analyse par le nombre important de **415 propositions d'actions** formulées par les experts et relevant du domaine de la prévention.

Malheureusement la multiplication des cibles et des plans risque en revanche de rendre moins claire la stratégie générale et d'en limiter les possibilités d'évaluation.

3.2.2. Le ministère de l'Education nationale

La santé des enfants en milieu scolaire représente le premier maillon de la chaîne de la **sauvegarde du capital santé**.

Le contenu de la dernière circulaire en date¹ aborde de façon pertinente les principes généraux d'une politique de santé à l'école :

- « *la responsabilité première en matière de santé des élèves relève des **familles**, qui doivent être étroitement associées à la définition et à la mise en œuvre des projets dans ce domaine ;*
- *la politique de santé à l'école est l'affaire de l'**ensemble de la communauté éducative**, appuyée par des personnels médicaux et infirmiers ; elle constitue à ce titre un élément essentiel des projets d'écoles et d'établissements ;*
- *l'école n'a pas vocation à agir seule dans ce domaine : elle doit développer des **partenariats** privilégiés avec son environnement et trouver des appuis et des relais dans des domaines qui ne relèvent pas de ses missions principales. »*

La **santé en milieu scolaire** fait l'objet d'une réglementation abondante mais séquentielle, basée sur une fragmentation de thèmes, favorisée sans doute par une alternance de stratégies, des insuffisances dans la communication des politiques, une façon de réagir en fonction des urgences, des nécessités voire des modes.

La **médecine en milieu scolaire**, par définition, poursuit un objectif d'éducation collective et individuelle à la santé et non un objectif de soins. La vocation de l'Education nationale n'est pas de se substituer au système de santé de droit commun, mais de donner au jeune la connaissance des moyens de se connaître, de se prémunir contre les risques et de se soigner.

¹ Circulaire N°2001-012 du 12 janvier 2001, relative aux "orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves".

Sur le plan régional, trois rectorats se répartissent la couverture de la région Ile-de-France. Chaque recteur est épaulé par un médecin-chef-conseil qui coordonne l'activité des professionnels de santé de l'Education nationale de son secteur et participe aux réunions de pilotage et de concertation avec les instances régionales sanitaires.

Le rôle des rectorats tient notamment en la définition de la **politique académique**, en la sensibilisation des chefs d'établissement afin de promouvoir les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) et en la **formation** des équipes d'établissement.

L'Ile-de-France dispose de 400 médecins scolaires en équivalent temps plein, environ la moitié sont des vacataires, ce qui représente un médecin scolaire pour 6500 élèves. Conjointement 1176 infirmiers **équivalent temps plein** participent également aux interventions sanitaires en milieu scolaire, soit une infirmière pour près de 3000 élèves, avec des disparités selon les rectorats (avec par exemple dans le Val-de-Marne un médecin et deux infirmières pour 4000 élèves).

L'insertion de ces professionnels de santé dans le projet d'établissement n'est pas toujours évident, et leur coopération avec le corps enseignant ou la direction parfois difficile.

La mise en place des Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté a dans certains cas permis de mobiliser l'ensemble des personnes susceptibles de réfléchir et d'agir au sein de l'établissement et dans le bassin de vie. Ces initiatives sont toutefois très dépendantes de la volonté du chef d'établissement.

La circulaire du 1 juillet 1998¹ précise le rôle des inspecteurs d'Académie à l'échelon départemental. Les autorités académiques doivent « *relancer la dynamique de prévention* », développer les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté et faciliter le partenariat. D'une manière plus précises, les actions mises en œuvre visent à « *créer une véritable interface avec les chefs de projets toxicomanie (...) ainsi qu'avec les Contrats locaux de sécurité (CLS)* ».

L'éducation à la santé à l'école élémentaire et secondaire est inscrite dans les programmes depuis 1998, mais sa mise en œuvre souffre d'un manque d'organisation, de coordination. Les textes reconnaissent pourtant que la politique de santé à l'école est un élément essentiel des projets d'établissements.

3.2.3. La MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie)

La mission interministérielle a changé plusieurs fois d'appellations et d'attributions. Selon les époques, elle a été rattachée aux services du Premier ministre, au ministère de la Santé et de la Solidarité, ou au ministère de la Justice.

¹ Circulaire N°98-108 du 1 juillet 1998 relative à la « prévention des conduites à risque et aux CESC »

On ne peut que déplorer l'instabilité des structures d'une part, et des lignes directrices d'autre part, qui ont pendant longtemps fragilisé la politique de lutte contre la drogue et la toxicomanie en France. Ces structures ont connu 15 présidences différentes en 20 ans d'existence.

La MILDT, créée par le **décret du 24 avril 1996**, est aujourd'hui placée sous l'autorité du Premier ministre. Elle anime et coordonne l'action de **dix-sept départements ministériels** concernés par la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances, notamment dans les domaines de la prise en charge sanitaire et sociale, de la prévention, de la répression, de la formation, de la communication, de la recherche et de la coopération internationale.

Elle anime, soutient et coordonne les efforts des **autres partenaires publics et privés** que sont les collectivités territoriales, les institutions spécialisées et acteurs de la vie civile (associations).

Au niveau local, son action est relayée par les chefs de projets désignés par les préfets, qui mettent en oeuvre la politique interministérielle dans les départements, et bénéficient à ce titre des différents instruments de la coordination interministérielle, tels les conventions d'objectifs ou les plans départementaux de prévention.

La MILDT prépare et met en oeuvre les décisions du comité interministériel de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, qui concerne depuis le plan gouvernemental du 16 juin 1999 **aussi bien les consommations de drogues illicites que l'abus d'alcool, de tabac et de médicaments psychoactifs**, soit l'ensemble des pratiques addictives.

Outre son rôle de coordination interministérielle, la MILDT assure notamment le financement de deux **groupements d'intérêt public** et d'une association nationale : il s'agit d'une part de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et de Drogue Info Service, devenu en raison de la modification du champ des compétences de la MILDT Drogues Alcool Tabac Info Service, qui se veut un outil d'écoute téléphonique (numéro vert), d'information et d'orientation ; d'autre part de **l'association Toxibase** qui gère un réseau de neuf centres d'information et de documentation sur les drogues et les toxicomanies à travers la France, différents des centres régionaux ou départementaux créés par la MILDT à travers la France.

En 2000, les crédits inscrits en loi de finances initiale au chapitre 47-16 (action interministérielle de lutte contre la toxicomanie) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité s'élevaient à 42,45 M €.

En 2001, cette somme s'élève à 45,46 M €, soit un niveau à peine supérieur à son niveau de 1998 (44,89 M €).

La MILDT a su **faire évoluer les mentalités** en inscrivant le tabac et l'alcool dans le champ de la toxicomanie, et a également réussi à réunir certains acteurs autour d'une **prise en charge des comportements à risque de façon globale et non plus par une approche mono-produit**.

3.2.4 Les caisses d'assurance maladie (CNAMTS/MSA/CANAM)

Les **caisses d'assurance maladie** sont investies d'une mission de prévention et d'information (art. L. 262-1 du code de la Sécurité sociale) par le Fonds national de prévention, de l'éducation et de l'information sanitaire (290 M € en 2001).

Le **Code de la Sécurité sociale** ne comporte qu'un article législatif mentionnant la prévention (**art. L. 262-1**) qui affirme la mission de prévention des caisses d'assurance maladie. Or dans ce même Code de la Sécurité sociale, l'article L. 321-1 précise le financement des soins sur le « risque » alors que les actes de préventions en sont exclus à l'exception de quelques actes de dépistage et vaccination.

Par ailleurs une volonté est affirmée par la signature d'engagements utilisée par la CNAMTS en matière de communication qui s'adresse aux assurés et aux professionnels de santé en affirmant fort quatre principes : « *prévenir, conseiller, faciliter, financer* » et en signifiant que « *plus on en fait pour la santé, mieux vous vous portez* ».

Ainsi, les caisses d'assurance maladie sont-elles amenées à réaliser elles-mêmes des actions de prévention et/ou à financer des promoteurs pour la réalisation de ces mêmes actions et ceci aux niveaux national et régional.

Un des financements de l'Assurance Maladie (régime général), plus particulièrement dédié aux actions de prévention, est le **Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires (FNPEIS)**.

Globalement, on peut dire que les actions menées au titre du FNPEIS se subdivisent en trois axes :

- la prévention primaire : avec en particulier l'incitation aux vaccinations et les **programmes nationaux et locaux d'éducation pour la santé** : lutte contre la consommation excessive d'alcool, contre le tabagisme, les accidents de la vie courante, le sida et les maladies sexuellement transmissibles, prévention et hygiène bucco-dentaire, éducation nutritionnelle... ;
- la prévention secondaire : principalement les actions de **dépistage** (maladies génétiques, cancers, affections bucco-dentaires...) ;
- la prévention tertiaire : tous les programmes qui relèvent du champ de **l'éducation du patient atteint de maladies chroniques** et qui ont pour

objet de limiter les incapacités fonctionnelles liées à la maladie et de lutter contre le handicap résiduel.

Ces actions sont encadrées par la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) et ses avenants signés pour 4 ans entre la CNAMTS et l'Etat s'inscrivent donc dans une **perspective pluriannuelle**. Les deux autres caisses MSA et CANAM participent elles aussi à une politique pluriannuelle de prévention.

En effet, les propositions d'intervention de l'assurance maladie dans le champ de la prévention doivent prendre en compte les orientations de santé publique définies par l'Etat, en complément du soutien traditionnel qu'elle apporte aux initiatives innovantes ou expérimentales. Par ailleurs, le rapport du Prof. Goldberg¹ commandé par la CNAM recommande de transformer progressivement les centres d'examen de santé en laboratoire de santé publique.

¹ Goldberg M. Rapport d'expertise sur l'activité et les orientations des centres d'examen de santé. CNAM, 2000.

Budget du FNPEIS

	2001	2002	2003 p
	en millions d'euros		
TOTAL	281	295	312
Actions de prévention	83,08	91,01	109,76
Vaccinations antigrippale	16,77	16,77	16,77
Vaccin ROR	7,62	7,62	7,62
Dépistage cancer colo-rectal	0,46	0,46	0,46
Dépistage cancer du sein	47,26	59,00	77,75
Dépistage cancer de l'utérus	0,91	0,91	0,91
Dépistage hépatite C	1,98	1,98	1,98
Hygiène bucco-dentaire	7,62	3,66	3,66
Diabète	0,46	0,46	0,46
Education pour la santé (dotation aux organismes)	15,4	16,31	16,31
Campagnes de prévention	18,45	21,50	19,82
Bon usage du médicament	3,05	4,57	4,57
Espérance de vie sans incapacité	1,22	2,44	0,76
Santé des jeunes	4,42	4,42	4,42
Hygiène de vie-Nutrition	6,25	4,73	4,73
Accidents de la vie courante	0,76	0,76	0,76
Communication avec les PS	0,91	0,91	0,91
Vaccinations	1,07	3,05	3,05
Evaluations	0,76	0,76	0,76
Centres d'examens de santé	126,23	126,23	126,23
Subventions	39,18	39,94	40,09
CFES	26,07	26,07	26,07
AFDPHE et dépistages des maladies génétiques	6,40	7,17	7,32
Autres associations	6,71	6,71	6,71

En complément des actions de la caisse nationale, la **Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF)** s'est fixée une doctrine d'intervention consistant d'une part à vulgariser l'essentiel des notions **d'hygiène individuelle et collective**, d'autre part à **éduquer** au plus tôt permettant, entre autres, la prévention contre les risques des maladies et des accidents et enfin à véhiculer l'idée que la santé est « *le plus grand capital de l'homme et de la société* ».

La division de l'éducation pour la santé de la CRAMIF s'articule autour de quatre priorités :

- réaliser des projets de santé communautaires ;
- mettre en œuvre des actions dans le cadre d'une approche globale et transversale de la santé ;
- poursuivre le développement d'un partenariat dynamique et
- mener des évaluations de certains projets.

La Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF) s'adresse à **trois publics spécifiques**, les assurés, les entreprises et les partenaires de santé :

- en direction des **assurés**, elle aide les personnes confrontées à des difficultés liées à la santé, au handicap ou au vieillissement. Elle propose une offre de soins de proximité par le biais, notamment, de centres de santé.

- en direction des **entreprises**, l'objectif annoncé est de maîtriser les risques professionnels en tentant de réduire le nombre et la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles et en assurant une mission de tarification des risques professionnels.

- en direction des **partenaires de santé**, la CRAMIF vise à promouvoir la santé par la prévention, la formation, l'éducation de l'ensemble de la population. Cette mission est entreprise par le biais des « **délégués de prévention** » au nombre de 16 pour l'ensemble de la région.

Les crédits du service de l'éducation pour la santé, concernant l'exercice 2002, s'élève à 6.380 M €.

En avril 1996¹ les ordonnances Juppé créent les **Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie** (URCAM) dont la particularité est de fédérer des Organismes d'Assurance Maladie en inter-régimes. Une des missions fondamentales est de participer à la définition de la politique régionale de santé publique en partie positionné dans le champ de la prévention. Ainsi, l'URCAM « *contribue à la mise en œuvre par chacune des caisses des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional* ».

Enfin, les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ont un domaine de compétence locale. Elles sont responsables de l'affiliation des assurés, du service des prestations, de l'action sanitaire et sociale de leur circonscription et de **diverses actions locales de prévention**.

3.2.5 Les Mutuelles

Depuis la fin des années 70, la **Mutualité française** a développé d'importants programmes de prévention et de promotion de la santé.

Cette politique a été mise en place grâce à la création d'un fonds de prévention à partir de cotisations des adhérents. Une équipe de prévention a vu le jour au niveau

¹ ordonnance 96-344 du 24 avril 1996 (article L183-1 du code de la sécurité sociale)

de chaque délégation départementale, travaillant en collaboration avec les acteurs locaux de prévention.

Les Mutuelles régionales : l'exemple de la Fédération mutualiste parisienne

La **Fédération mutualiste interdépartementale de la région parisienne** (FMP) dépasse le rôle classique des mutuelles pour investir le champ de la **prévention** (actions ciblées) et de la **promotion de la santé** (actions globales). Il s'agit en effet du 4^{ème} métier de la mutualité après la complémentaire santé, les réalisations sanitaires et sociales et la prévoyance.

La Fédération nationale de la mutualité française, qui représente l'ensemble du mouvement mutualiste en France, a défini un plan stratégique pour trois ans développé par un réseau national (comptant 85 unions mutualistes dont la FMP).

En partant du principe que la gestion du risque passe par la **solidarité**, la mutualité francilienne intervient dans l'ensemble de la région d'Ile-de-France par le biais d'environ **400 mutuelles santé** sur l'Ile-de-France. Son objectif est double : être un **acteur de la santé** publique (en association avec les principaux acteurs) et être un **centre de ressources**.

Elle se décline entre une **commission de la prévention** qui définit les orientations, un **groupe « inter-unions départementales »** qui prépare et coordonne les actions et un **conseil d'administration** qui valide les programmes.

La mutualité a défini une méthode de travail passant par la prise en compte des priorités régionales (définies notamment par la Conférence régionale de santé), par la **participation des populations** (dont les jeunes), par le multi-partenariat et l'évaluation des actions.

S'agissant plus spécifiquement du public des **jeunes**, des actions diverses ont été menées allant de la création de points santé, jusqu'à des actions de lutte contre la toxicomanie, en passant par la prévention des troubles auditifs ou encore des projets relatifs au mal-être des jeunes ou autrement dit le suicide des jeunes.

3.2.6. L'Union régionale des médecins libéraux

L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'Ile-de-France s'est investie, depuis sa création en 1993, dans le domaine de la prévention.

Les élus de l'URML, notamment ceux de la commission prévention ont participé aux pilotages des différentes actions initiées par les instances régionales et ont ainsi permis une meilleure coordination avec les médecins libéraux franciliens.

L'URML a par ailleurs également directement piloté un certain nombre d'actions de prévention, dans le domaine du dépistage (cancer-colorectal), de la

vaccination (information sur la vaccination contre l'hépatite B), et de l'éducation sanitaire, notamment dans le domaine de l'environnement et de la santé.¹

L'URML se positionne ainsi comme un **acteur régional référent** qui joue un rôle prépondérant au stade de la réflexion, de la fabrication des outils, de la coordination, de l'information et de la mobilisation des médecins de ville.

Avec ses **24.000 médecins** en exercice en Ile-de-France, la médecine de ville constitue certainement un relais important dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé. En effet, les quelques études traitant du sujet ont démontré une attention particulièrement importante du patient en consultation, le simple fait d'évoquer un facteur de risque dans ce contexte pourrait avoir des répercussions significatives.

Toutefois, la promotion de la santé ne s'inscrit pas au cœur de la consultation médicale telle que nous la pensons aujourd'hui dans un système curatif et il est difficile d'estimer le temps consacré à cette activité et la nature des messages délivrés.

L'idée de **consultation de prévention** ou de **forfait d'éducation à la santé** pour certaines populations en médecine de ville a déjà émergé dans certains réseaux de santé franciliens, cette réflexion est d'ailleurs reprise par la commission de l'URML Ile-de-France en partenariat avec certains acteurs mutualistes.

Ces initiatives s'inscrivent justement dans les premières propositions de la prochaine loi de programmation en santé publique.

3.3 DES LIEUX DE SENSIBILISATION DES JEUNES

Dans son parcours, de l'enfance à l'âge adulte, le jeune fréquente un certain nombre de lieux dans lesquels il peut recevoir ou aller chercher une information, un contact, une prise en charge en matière d'éducation pour la santé.

Sans vouloir citer l'ensemble de ces lieux, ce qui serait fastidieux et l'exhaustivité ne serait pas atteinte, ce chapitre vise à présenter les quatre principaux lieux au sein desquels les enfants et les jeunes reçoivent un message préventif : l'école, l'université, l'entreprise et la vie familiale et sociale.

3.3.1. L'enfant et l'adolescent à l'école

Le décret de 1991 (27 novembre 1991 art-2) créant le corps des **médecins de l'Education nationale** précise que ceux-ci, outre leurs autres fonctions, ont « *un rôle spécifique de conseiller technique en prévention sanitaire individuelle et collective auprès des inspecteurs de l'Education nationale, des chefs d'établissement et*

¹ www.urml-idf.org

directeurs d'écoles.... des jeunes scolarisés et de leurs parents et de référent santé au sein de la communauté éducative ».

Toutefois dans la réalité, douze ans après le décret, leur intégration au sein des établissements ne semble pas totalement acquise.

Les missions des **services infirmiers de l'Education nationale**¹ :

- prévention primaire / secondaire / tertiaire ;
- mise en place des actions d'éducation à la santé ;
- évaluation des actions ;
- organisation des soins d'urgence et des gestes de premier secours.

Il est à noter que le taux d'encadrement infirmier au niveau national a sensiblement progressé ces dernières années mais reste insuffisant.

Les **secrétaires médico-scolaires** : en application des dispositions de la circulaire du 24 juin 1991, les secrétaires médico-sociales exercent, au sein du service de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire, des fonctions d'information et d'accueil, de liaison entre les divers membres de l'équipe, de documentation et de secrétariat.

Parallèlement, les **assistants et conseillers techniques de service social** participent aussi, indirectement, au dispositif de santé scolaire. Ces personnels ne dépendent pas du chef d'établissement et fonctionnent souvent en réseau. Le taux d'encadrement est d'environ 1 assistant de service social pour environ 2000 élèves.

Les **enseignants** : en secondaire, trois séries de discipline contribuent principalement à l'éducation à la santé, à savoir, les sciences de la vie et de la terre, l'éducation à la citoyenneté, l'éducation physique et sportive.

Mais l'**intégration de l'éducation à la santé dans le cursus scolaire reste difficile** même si cette notion fait partie du projet d'établissement et que les directives du ministère invitent régulièrement les enseignants à le faire. Les initiatives sont variables et dépendent du dynamisme et du degré d'implication des intéressés.

Pour bien faire, l'éducation à la santé devrait être considérée comme une **discipline à part entière** et donc au même titre que les autres et dans le même esprit, elle devrait comporter des **programmes précis** et une évaluation de l'enseignement dispensé. En outre les enseignants concernés devraient être formés dans les IUFM à l'éducation à la santé.

Les bilans de santé : un outil épidémiologique

L'Education nationale propose deux bilans de santé obligatoires :

¹ Les missions sont définies par les circulaires N°91148 de 1991 (décrets N°93345 et 93221 de 1993) et N°2001-12 de 2001.

- le **bilan de santé en grande section de maternelle** (bilans dits de la 6^{ème} année), ou pratiqué à défaut en cours préparatoire, consiste en un dépistage précoce des difficultés médicales, psychologiques et sociales.
- le **bilan de santé à la fin de la scolarité au collège** est obligatoire pour les élèves qui sont orientés vers un enseignement court. L'objectif de cet examen étant de préparer l'orientation des élèves.

Les **bilans de la 6^{ème} année** : le code de l'Education nationale prévoit donc qu'au cours de leur sixième année, tous les enfants soient obligatoirement soumis à une visite médicale, laquelle est principalement orientée sur les acquisitions et le développement nécessaire à une bonne insertion à l'école. En 2000-2001, 580.923 élèves ont bénéficié de ce bilan, soit une moyenne de 80 % des élèves concernés (sauf certaines académies à 60 %). Ces bilans sont réalisés directement par le service médical de l'Education nationale ou par les centres de PMI.

Des réseaux se mettent en place, tel celui initié par l'URCAM dans les Pays de Loire qui regroupe enfant, enseignant, médecin scolaire, médecin de famille et orthoptiste afin d'obtenir une meilleure coordination des informations. Un psychomotricien est employé par ce réseau.

Certains examens conduisent à un avis nécessitant une consultation. Dans les faits, ces **avis sont trop souvent peu suivis d'effet**. Ainsi en 2000-2001, 28 % en moyenne des élèves examinés ont eu un avis prescrivant une consultation ou demandant un complément de diagnostic, de soins ou une prise en charge¹. Or, **dans 6 cas sur 10 ces avis n'ont aucune suite**.

La responsabilité de cette carence n'incombe pas à la seule Education nationale, les parents en ont aussi une très large part, mais on ne peut se satisfaire de ce constat.

Si ces examens ne sont pas suffisants pour constituer un programme d'éducation à la santé ils constituent en revanche une belle photographie de l'état de santé des enfants et pourraient servir de **base épidémiologique** permettant un meilleur suivi et une meilleure adéquation de l'éducation aux besoins. Ceci reste à accomplir.

Par ailleurs si ces examens et ces dépistages sont nécessaires, le **suivi des cas dits sensibles** entre la médecine scolaire et les autres acteurs de soins n'est pas réel, le suivi des cas sensibles est mal assuré. La chaîne « dépistage-signalement-traitement-contrôle » est souvent défailante... chacun se confine dans son domaine, à son niveau d'intervention, et ce, au détriment de l'intérêt de l'enfant.

¹ Guignon N., et al. La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. Drees, 155, 2002.

Les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC)

Les CESC, structures visant au rapprochement des acteurs d'un bassin de vie, parents, enseignants, médecin de ville, association sportive... pour définir et agir en matière d'éducation à la santé, restent **des initiatives très éparses** qui dépendent trop souvent du bon vouloir du chef d'établissement et sont limités par le manque de disponibilité des acteurs. Constat d'écrit dans le rapport Most¹ qui remarque l'absence d'intégration de l'éducation pour la santé dans le cursus scolaire. Ce constat peut être associé au faible développement de l'éducation pour la santé et la sexualité dans le cadre de la formation des enseignements au sein de l'Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM).

L'exemple d'un outil éducatif sur la santé : l'agenda des adolescents

“L'agenda de l'ado bien dans sa peau” a été conçu en 1999 pour les élèves de troisième par **l'académie de Rennes et l'Union régionale des médecins libéraux de Bretagne avec le soutien des conseils généraux.**

Les trois promoteurs avaient fixé trois objectifs à cet agenda :

- donner aux jeunes de 3^{ème} un **outil éducatif sur la santé**, attrayant et conforme à leur centre d'intérêt, afin qu'il leur serve réellement en matière d'information, de réflexion et d'orientation vers les personnes ressources existantes pour compléter la réponse à leurs attentes,
- favoriser le **dialogue** entre les adolescents et avec leur entourage : amis, famille, enseignants, médecin traitant,
- proposer un **support éducatif** à l'usage des équipes d'établissements scolaires pour les aider dans leur mission d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

A travers 10 thèmes abordés dans cet agenda, les jeunes peuvent conforter leurs connaissances sur des questions de santé qui les préoccupent. Cet agenda favorise le dialogue entre les adolescents et leur entourage.

Dix thèmes abordés :

- 1- Pour bien vivre ensemble il faut des règles
- 2- Stress
- 3- Etre soi même
- 4- Comment je suis fait, je ne suis pas beau
- 5- Le sport à bonne dose
- 6- Etre ou paraître
- 7- Etre bien dans son assiette
- 8- La sexualité s'est pas n'importe quoi
- 9- Quand on est maltraité

¹ Most Ph. Rapport intermédiaire sur la santé des jeunes en milieu scolaire. IGAS, 2003.

10- Etre en forme pour le brevet

Depuis septembre 2000, l'agenda de l'ado est remis gratuitement à tous les élèves de troisième à chaque rentrée.

En Bretagne sur 314 établissements, 291 l'ont distribué (90 %). Les données issues de l'évaluation quantitative montre que 61 % des élèves utilisent quotidiennement l'agenda à l'école et chez eux, avec une légère prédominance chez les filles. Ces résultats tiennent notamment à leur appréciation positive de l'objet agenda : ils considèrent sa présentation pratique et son ton « drôle », adaptés à leurs besoins scolaires et attentes personnelles.

Pour près de la moitié des adolescents questionnés, l'agenda de l'ado constitue un outil de dialogue effectif, et ce, essentiellement dans la sphère amicale et familiale : avec leurs camarades (86 %), leurs parents (38 %), leur fratrie (28 %). Enfin pour 20 % des élèves, les thèmes de l'agenda ont fait l'objet d'une présentation ou **d'un débat en classe**.

Cette initiative a été reprise dans plusieurs régions qui ont dans certains cas adapté les messages aux spécificités régionales. Dans certaines régions, l'agenda a été adapté pour une diffusion aux élèves de seconde avec le soutien du Conseil régional.

La prévention de l'alcoolisation : le programme CAPRI

Dans le cadre du PRS « alcool », la CRAMIF a mis en place un programme en milieu scolaire destiné à **prévenir l'alcoolisation des jeunes**. Cette démarche s'articule avec les dispositifs officiels de l'Education nationale. Ce programme pilote et expérimental, dit **CAPRI** (Collèges et Addictions, Programme Régional Interacadémique), s'adresse à des collégiens sur une période de trois ans (2000/2003) en vue de prévenir l'abus de consommation d'alcool chez les adolescents (notamment en milieu festif) en les sensibilisant aux effets liés à la consommation d'alcool.

Cette action se déroule au sein de cinq départements d'Ile-de-France et concerne environ 700 élèves. Des ateliers (« informations et réflexions sur les substances psychoactives » et « développer la solidarité entre pairs »), comprenant au maximum 15 élèves, sont animés par un binôme comprenant un délégué de la CRAMIF et un référent du service de la promotion de la santé de l'Education nationale (médecin, infirmière ...).

Ce programme privilégie une approche de **prévention fondée sur les comportements** et tend à **responsabiliser les adolescents**. Une évaluation générale de cette action a été confiée à l'ORS.

La prévention de l'obésité¹

Le Conseil général et l'Inspection académique du Val-de-Marne ont mis en place un projet pilote en matière d'alimentation des jeunes et de prévention de l'obésité qui comprend trois :

1. Un dispositif de **formation** en direction des jeunes afin de les aider à mieux maîtriser leur choix en matière alimentaire (achat et consommation). (32 établissements sont concernés)
2. Un dispositif de promotion d'une **politique nutritionnelle** dans les collèges et lycées dont l'objectif est de répondre aux recommandations du Programme nationale nutrition santé (PNNS)² : (29 établissements sont concernés)
3. Un dispositif de **dépistage** et de **prise en charge** des adolescents déjà en surpoids. Cette action vise à repérer les élèves de 5^{ème} en surpoids et de les soutenir dans le cadre scolaire (suivi par l'équipe sanitaire et pédagogique) et à l'extérieur (incitation à consulter un médecin traitant). (ensemble des classes de 5^{ème} du département).

Ce projet thérapeutique contre l'obésité, suite aux recommandations de l'ANAES et à l'expertise de l'Inserm, est élaboré avec l'élève dépisté, sa famille, le médecin scolaire, la diététicienne et le médecin de famille. Cette pluridisciplinarité permet à l'adolescent d'avoir une prise en charge éducative. Cependant le médecin est un des acteurs dans le suivi de l'adolescent obèse, seul tiers parfois à qui l'on confie ses souffrances physiques et psychiques, si celui-ci a été formé pour cette prise en charge spécifique³.

L'ensemble de ce programme a été élaboré de façon concertée par des professionnels des secteurs médicaux et pédagogiques, après une mise en place expérimentale réussie, s'inscrit dans le moyen terme.

Mallette de la sexualité : la formation des professionnels

En 2000, Ségolène Royal annonce le dépistage et le suivi des problèmes de santé, fondés sur le renforcement du lien PMI – praticiens scolaires et de ville (expérimentation dans l'Oise) et un partenariat entre l'Education nationale et les Laboratoires Wyeth - Léderlé pour la mise en place d'une mallette sur la sexualité, destinée aux infirmières et aux professeurs de sciences de la vie et de la Terre.

¹ Feur E. Prévention obésité dans le Val-de-Marne : exemple d'un principe de réalisme, mars 2003

² Le PNNS, qui propose des recommandations de santé publique, a été mis en place en 2001, sous l'égide du ministère de la Santé

³ de Tournemire R. Obésité à l'adolescence : quels objectifs de soins ? Colloque CHU Bicêtre, 2003.

Guide de la prévention des conduites à risque

Fin 1999, Nicole Maestracci, Présidente de la MILDT a mis en place avec l'Education nationale un guide « Prévention des conduites à risque » destiné aux médecins, infirmières et assistantes sociales scolaires afin de repérer les comportements d'échec. **Malheureusement, l'information de ce guide et le relais avec les professionnels extérieurs à l'institution n'a pas eu lieu.**

3.3.2. Les jeunes à l'université

Les services de **médecine préventive universitaire** (MPU) dépendent des rectorats. Ces services offrent aux étudiants inscrits pour la première fois en université française une possibilité de visite de prévention à l'initiative de l'étudiant.

En plus, chaque étudiant inscrit, quelque soit son année d'études peut sur demande accéder à une consultation auprès des professionnels suivants : assistante sociale, infirmière, médecin ou psychologue.

Les principaux objectifs de ces consultations sont les suivants :

- Vaccinations
- **Informations - prévention** concernant les principaux thèmes de santé publique (nutrition - alcoolisme - maladies sexuellement transmissibles - sida - tabagisme, etc.)
- Consultation anti-tabac
- Conseils et remise à jour des vaccinations
- Conseils contraception, MST, sexologie
- Dépistage des troubles de la vue
- Consultation d'aide psychologique

Par ailleurs les services de MPU organisent également des actions de **promotion de la santé en collaboration avec des étudiants** : enquêtes, expositions, journées d'information, animations sur des thèmes divers : sida, stress, alimentation, secourisme... Ces actions peuvent être réalisées dans le cadre de certaines unités d'enseignement.

Du fait de son statut, la médecine préventive universitaire ne délivre pas d'ordonnance mais peut établir un certain nombre de certificats et faciliter l'orientation des étudiants dans le système de santé.

On constate dans les résultats de l'étude SMEREP¹, sur les étudiants franciliens que le premier recours aux soins pour cette population passe plutôt par la **médecine de ville**, soit le médecin généraliste soit une consultation de spécialiste.

Cette tendance est plus marquée chez les femmes qui via la contraception accèdent aux professionnels de santé de façon assez régulière. Cette consultation pourrait être l'occasion d'un bilan de santé plus complet.

Pour les hommes le bilan de santé à l'entrée du service militaire ayant disparu, le suivi médical entre 18/25 ans paraît moins certains.

L'enquête de la SMEREP en quelques résultats :

La majorité des étudiants accordent de l'importance à la santé en pensant que l'on peut avoir beaucoup **d'influence sur sa propre santé**.

Si les étudiants ont globalement une **bonne santé** (moins de consommateurs de produits psychoactifs que les jeunes des mêmes âges, bonne connaissance des comportements de prévention des MST et des grossesses non désirées, etc.), les indicateurs témoignent d'une certaine **souffrance psychique**, de **comportements alimentaires perturbés** et d'un **niveau insuffisant de perception des risques**.

De plus, le recours à un service d'urgence hospitalier s'avère très fréquent (concernant 1 étudiant sur 5).

Enfin, les étudiants ont une mauvaise connaissance des dispositifs de **protection sociale** (mutuelles, carte vitale, tiers payant) et l'utilisation du **système de soins** ne semble guère adéquate, avec notamment des **attitudes consuméristes**.

Le suivi médical de l'étudiant est souvent peu stable car il s'agit d'une population peu sensibilisée, et pas vraiment fidélisée à un type d'accès aux soins.

Le CROUS de Paris, en partenariat avec la SMEREP, a conduit une action d'éducation à la santé ; la « **semaine de l'équilibre alimentaire** » en mars 2003 au sein de trois restaurants universitaires parisiens (Bullier, Censier et Dauphine).

L'objectif de cette action est de favoriser l'acquisition des principes de l'équilibre alimentaire, de manière ludique.

Le principe consiste, par l'intermédiaire d'étudiants formés et encadrés par la SMEREP, à diffuser une information sur l'équilibre alimentaire. Les étudiants sont invités à composer des plateaux équilibrés qui sont jugés par des étudiants participant à l'action.

Par ailleurs, une information plus poussée et une réponse aux questions des étudiants sont proposées grâce à des diététiciennes dans chaque restaurant universitaire.

30 000 étudiants ont été touchés par cette action, 10 000 ont participé.

20% des personnes interrogées à **l'occasion de l'évaluation de cette action émettent le souhait de modifier** leur comportement alimentaire.

¹ SMEREP-ORS, Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la SMEREP, septembre 2002.

3.3.3. Les jeunes en formation professionnelle et entreprise

A coté de l'école et de l'université, les jeunes en formation en entreprise dépendent des services médicaux du travail intitulés Service de santé au travail (Directive européenne du 12/06/89). Or l'article L. 241-2 de la réglementation du travail précise le rôle des médecins du travail : « *le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs...* »

Ainsi ces jeunes qui sont dans l'entreprise ne bénéficient que rarement des actions cibles en éducation pour la santé comme leurs homologues à l'université. Normalement ces jeunes lorsqu'ils ont moins de 18 ans doivent avoir une surveillance médicale particulière. Et pourtant ils représentent une population non négligeable : dans le Val d'Oise, l'AMETIF (association de médecine inter-entreprise de l'Ile-de-France) surveille parmi les employés des entreprises de ce département 16,5% des hommes, femmes de moins de 23 ans. De même l'ACMS (association des centres médicaux et sociaux de l'Ile-de-France) répertorie 9,5% de salariés de moins de 23 ans en Ile de France.

Par ailleurs, l'absence de collaboration entre le ministère du travail et celui chargé de la santé ne permet pas aux médecins du travail d'avoir une médecine de santé publique. Ce cloisonnement des institutions, et des professionnels qui y travaillent, diminue l'efficacité des actions de prévention, d'où la nécessité de renforcer la coordination entre la médecine du travail et les professionnels de santé libéraux à l'échelle d'un bassin d'emploi. L'ensemble doit permettre une meilleure reconnaissance et prise en charge des pathologies ayant un lien avec les conditions de travail, afin d'établir des plans de prévention.

L'insuffisance de personnel de santé dans ce secteur d'activité ne permet pas d'effectuer suffisamment d'actes rentrant dans le champ de l'éducation pour la santé.

3.3.4. Vie familiale et sociale des jeunes

La famille : un lieu de transmission

Comme le précise le professeur Philippe Jean Parquet de l'université de Lille, la **famille** peut être considérée comme un acteur de prévention et d'éducation à la santé fondamental, à côté du milieu scolaire qui est le « lieu privilégié de toute politique de prévention ». En effet, « la famille a une forte valeur structurante des comportements dans leur ensemble par la transmission de modèles ». Comment « développer les capacités de prévention implicites de la famille » demeure une question essentielle, encore ouverte.

La commune : une prévention décentralisée

Le maire a une autorité locale pour l'hygiène publique, l'hygiène du milieu environnemental, l'eau ou encore l'assainissement.

En dehors de ces domaines de compétence obligatoires, les actions locales sont très diverses, car relevant des **initiatives locales**. Ainsi, des communes contribuent à la santé publique en mettant en place de **structures locales de prévention** (en direction ou non d'un public-cible), en participant à des projets d'équilibre alimentaire dans les cantines, en finançant des postes d'infirmières scolaires, etc.

Les communes sont souvent au **cœur d'un dispositif opérationnel de promotion de la santé**. En effet nombreuses municipalités s'inscrivent plus ou moins implicitement dans l'esprit de la charte d'Ottawa par le biais notamment des **réseaux Ville-Santé**.

Des projets de prévention sanitaire et d'éducation à la santé peuvent se mettre en œuvre à l'initiative de **communes**, dans le cadre d'opérations de **droit commun** ou dans le cadre de la **politique de la ville**.

❖ **La prévention de l'obésité infantile** : une action de territoire-santé

La ville de Saint-Étienne a lancé à l'automne dernier une opération de prévention de **l'obésité infantile** dans le quartier de Montchovet.

« **L'obésité, une maladie de la précarité ?** » La ville de Saint-Etienne a choisi un quartier classé en zone d'éducation prioritaire (Zep) pour mener à bien une action de prévention de l'obésité infantile dans le cadre du programme national « **Nutrition santé** ». Car les incidences socio-économiques de la précarité sur les habitudes alimentaires sont maintenant reconnues.

Les quatre groupes scolaires du quartier, le service de PMI, le service de santé scolaire et les médecins généralistes du quartier ont été associés à ce travail. Il s'agit de recenser un maximum d'enfants de 4 à 10 ans présentant déjà des problèmes de surpoids et de leur proposer une consultation avec un nutritionniste et des ateliers, le mercredi matin, pour parler des comportements alimentaires.

Les premiers résultats sont prometteurs. « *L'adhésion au projet des familles concernées a été intéressante et satisfaisante en nombre* », estime le médecin. Enfants et parents ont été pris en charge séparément au cours des ateliers. Ils ont pu aborder différents thèmes avec une psychologue et une diététicienne. Les enfants ont été suivis par le nutritionniste environ toutes les six semaines.

❖ Les ateliers « santé-ville »

Dans le domaine de la **politique de la ville**, le champ sanitaire fut longtemps occulté ou tout au moins relégué au profit des volets sociaux, économiques et surtout urbains.

La création des **ateliers « santé-ville »** (ASV) tend à combler ce manque. L'objectif de ce nouvel outil de la politique de la ville vise à « *réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé et notamment améliorer l'accessibilité aux soins et à la prévention des personnes en situation précaire* »¹. L'idée est d'associer les acteurs locaux et institutionnels, les professionnels de santé et les habitants (avec une approche dite communautaire dans le quart des projets) afin qu'ils élaborent des **programmes d'intervention** locaux. Pour ce faire, un diagnostic (besoins, état des lieux, enjeux ...) est réalisé au préalable.

Afin de mener à bien ces projets, les communes doivent se porter candidates.

La démarche a démarré au sein de deux territoires pilotes, la **Seine-Saint-Denis** et la Provence-Alpes-Côtes-d'Azur. Les communes en contrat de ville soumettent alors des projets à un comité de pilotage (composé de représentants de la DDASS, du PRAPS, de la DIV et d'un médecin de santé publique). Les actions menées en Seine-Saint-Denis portent prioritairement sur les trois thèmes suivants, la dépendance vis-à-vis des produits psychoactifs, la santé des jeunes et la santé mentale.

A titre illustratif, la commune d'Aulnay-sous-bois mène des actions, en direction des jeunes, de prévention contre les conduites addictives et celle d'Aubervilliers entreprend des actions sur trois fronts, construction d'un tableau de bords de santé (collecte d'informations provenant de sources variées dont la santé scolaire), jonction entre le social et la psychiatrie et création d'une « *maison des pratiques de santé et de bien-être* » au sein d'un quartier insalubre (présence de saturnisme).

A terme, ces outils ont l'ambition de s'intégrer dans une logique d'aménagement du territoire et pourraient aider à la mise en cohérence des politiques de santé publique.

Des lieux de proximité

a) La pharmacie

De par leur mission de **conseil en éducation pour la santé**, les pharmaciens s'inscrivent dans une démarche de santé publique.

¹ Délégation Interministérielle à la Ville (DIV), Desjardins M., *Dossier ville : les ateliers « santé-ville »*, 2002

Grâce à leur proximité et leur accessibilité, les pharmaciens ont mené de nombreuses campagnes de prévention sanitaires en direction du grand public ou de publics ciblés.

La campagne d'information, menée à partir de juillet 2003, en partenariat avec les entreprises du médicament et la fondation recherche médicale est un exemple d'opération initié par l'ordre national des pharmaciens (cespharm)¹.

En effet, cette campagne vise à **sensibiliser et informer le grand public** sur des thèmes **d'intérêt général**, l'ostéoporose, le sida, les allergies, les cancers, etc. Des vitrines sont installées dans les pharmacies officinales ainsi que, en direction d'un public plus restreint, dans les salles d'attente des laboratoires d'analyse médicale. Une des originalités de cette campagne tient en sa durée qui devrait se dérouler sur 2 ans.

La première campagne vise au "bon usage du médicament en pédiatrie". L'atout de ce type d'action réside notamment dans le nombre de personnes potentiellement concerné, à savoir les 4 millions de visiteurs reçus quotidiennement dans les 23.000 officines françaises.

b) Le cabinet médical

L'étude du cabinet CEMKA et du groupe THALES pour la direction de la sécurité sociale (2001) a évalué entre 17% à 25% les actions de prévention pratiquées par les médecins libéraux au sein de leur activité médicale.

Ainsi les médecins comme les autres professionnels de santé accomplissent tous les jours des actes de soins préventifs. Or cet acte préventif reste isolé, individuel, et manque de coordination collective. Il est donc nécessaire de leur donner **les outils** pour cette démarche de santé publique (peut-être dans le prochain projet de loi de santé publique), mais cet acte préventif n'est pas codifié dans la nomenclature des actes des professionnels de santé.

L'absence de codification de ces actes est indirectement précisé par l'IGAS dans son rapport¹. Celui-ci note que le nombre de médecins bénévoles s'impose pour disposer d'un outil de surveillance sensible et réactif.

D'autre part, certains actes de préventions pratiqués par les médecins peuvent être transférés ou délégués à d'autres professionnels de santé à compétence étendue qui sont formés pour cet objectif. Par ailleurs, une enquête de l'URML-IdF a montré que de nombreux médecins de la région ressentaient un besoin de formation pour la prise en charge des adolescents.²

¹ CES PHARM : Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française

¹ Santé, pour une politique de prévention durable. IGAS, Rapport annuel 2003

² Recensement des besoins en formation des médecins pour la prise en charge des adolescents de 13 à 19 ans. www.urml-idf.org

c) Le milieu associatif

Acteurs et outils des décideurs, de nombreuses associations œuvrent dans le champ du sanitaire sur les grands thèmes tels que l'alcoolisme, le tabagisme, le cancer, le sida, les maladies cardio-vasculaires ou encore les maladies génétiques. D'autres associations, d'éducation populaire, de prévention routière, de consommateurs (prévention des accidents domestiques) ou encore sportive, interviennent dans le champ de l'éducation pour la santé.

Elles poursuivent des objectifs variés allant de la défense des malades, à l'aide sociale et psychologique, en passant par l'aide à la recherche et bien sûr des actions de prévention et d'éducation.

Elles bénéficient très souvent de financements publics et font parfois appel aux fonds privés.

L'association « réseau d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité » a bénéficié d'un financement conjoint de la Région d'Ile-de-France et de l'Education nationale afin d'étendre des **actions d'information et de prévention santé concernant la contraception et l'IVG à destination des jeunes en difficultés** ce qui implique la réalisation d'une campagne d'information en direction des professionnels et du public-cible en vue de la promotion du numéro vert de cette association.

d) L'hôpital

La Région d'Ile-de-France a cofinancé, aux côtés de la Ville de Paris et de la CRAMIF, le centre d'études cliniques des communications familiales afin de pérenniser un **dispositif de consultations gratuites à destination des jeunes ayant effectué une tentative de suicide**. Ce projet s'inscrit dans un programme de prévention de la récurrence à destination des jeunes ayant effectué une tentative de suicide et de leur famille. Il vise à systématiser les consultations gratuites après toute tentative de suicide. Cette action se mène en lien direct avec **l'hôpital Bichat**.

Le groupe hospitalier du Havre a créé en milieu ouvert une **maison des adolescents**. Cette structure est destinée à recevoir des adolescents (13 à 20 ans) en souffrance psychologique, somatique et psychiatrique. Une équipe pluridisciplinaire, composée d'infirmiers, d'éducateurs et de psychologues, reçoit les jeunes et leur propose des consultations (psychologiques, diététiques, gynécologiques ou encore pédiatriques) et des rencontres avec une assistante sociale. L'équipe assure également une permanence téléphonique. Un Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) est intégré au sein de cette maison des jeunes.

D'autres expériences de création de « maisons de l'adolescent » sont à l'étude ou en cours de montage, dont certaines seront implantées en région d'Ile-de-France (Cochin - Saint Vincent de Paul, Avicenne ...).

e) Les médias

L'étude de l'Institut Lilly¹ montre le **rôle prédominant des médias** (et plus particulièrement la télévision) dans l'information sanitaire (cf. tableau). De même le dialogue avec les professionnels de santé apparaît ensuite comme seule alternative valable aux médias. L'étude révèle au passage la faible influence des actions de prévention institutionnelles.

Etre informé sur les risques pour la santé ne signifie pas qu'on agisse pour les réduire : plus 25% des jeunes 18 – 25 ans citent le tabac comme le facteur le plus dangereux pour la santé, mais 54,2% fument régulièrement depuis près de 6 ans en moyenne. Ainsi chaque individu adapte ses représentations à ses actes et non le contraire. Moscovici explique que « pour qu'un individu change son comportement, d'une part il doit être impliqué, d'autre part il doit reconnaître comme légitime l'autorité émettrice du message »².

Liste proposée	Parent d'enfant	Jeune adulte	Jeune femme
Emission santé à la télévision	68,9%	68,0%	66,0%
Dialogue avec les prof. de santé	43,9%	32,0%	43,8%
Pages santé des magazines	36,4%	31,5%	40,2%
Magazines de santé « grand public »	30,3%	22,2%	32,0%
Emission santé à la radio	10,5%	5,4%	7,7%
Ecole ou université	2,6%	16,7%	3,1%
Médecine du travail	6,1%	3,9%	5,2%
Autre	2,6%	0,5%	4,1%

Cinéma sans tabac, mode sans tabac : action !³

A l'occasion de journée mondiale sans tabac, le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées et l'INPES ont sensibilisé, aux côtés de l'Organisation mondiale de la santé, les **secteurs de la mode et du cinéma** à l'influence qu'ils peuvent avoir sur l'opinion publique à travers les représentations du tabac qu'ils véhiculent.

Le cinéma et la mode sont des univers très médiatiques, ils créent des codes, renforcent des valeurs, diffusent des modèles et créent des tendances. C'est pourquoi, l'industrie du tabac, dont la stratégie marketing s'appuie sur la construction de références, s'est efforcée de placer ses produits dans les films et les milieux de la mode.

Un jeune sur deux fume à 18 ans. Or, selon des études américaines, le **cinéma influence le comportement tabagique** des spectateurs, notamment des plus jeunes

¹ « Inégalités socio-culturelles dans le domaine de l'accès aux soins » Etude de l'Institut Lilly 2000.

² Moscovici S. Dissensions et consensus. PUF, 1992.

³ Journée mondiale sans tabac, BEH, 22-23, 2003.

qui constituent le public du cinéma en salles. Le lien entre le fait de fumer et celui d'avoir vu de nombreux films où ce comportement apparaissait est aujourd'hui clairement établi. Une étude menée par la Direction générale de la santé en association avec la Ligue nationale contre le cancer, le Centre national du cinéma et l'institut Ipsos montre que ce sont dans les films français que les acteurs fument le plus et qu'une marque de tabac est encore identifiable dans près d'un tiers des 200 films ayant fait le plus d'entrée en France en salle ces vingt dernières années.

Conscients de l'enjeu sanitaire, des représentants de la mode et du cinéma se sont engagés:

- ***Le Centre national de la cinématographie***

Responsable de l'ensemble des mécanismes de soutien financier au cinéma, le Centre national du cinéma (CNC) se mobilise aux côtés du ministère de la Santé, de l'INPES et de la Ligue contre le Cancer. Le CNC entend mettre à profit la Journée mondiale sans tabac 2003 pour rappeler à ses partenaires l'influence du tabac au cinéma et la législation en ce domaine par la diffusion d'un mémo aux professionnels du cinéma.

- ***Elite Model " Fumer nuit à mon corps "***

Trois tops models Elite (Rebecca Dayan, Maria Del Mar et Sophie M.) ont gracieusement accepté de prêter leur image à la lutte anti-tabac. Elles ont posé pour le photographe David Ledoux, arborant un tee-shirt sur lequel il est écrit : "fumer nuit à mon corps".

- ***Des personnalités de la mode***

Pour montrer que les milieux de la mode sont de plus en plus sensibles au problème du tabac, la styliste Corinne Cobson et Jean-Pierre Mocho, Président de la Fédération Française du Prêt à porter féminin, se mobilisent aux côtés du ministère de la Santé et de l'INPES, pour relayer les messages de prévention au sein de leur secteur d'activité.

f) Des lieux d'information généraliste en direction des jeunes : les missions locales

Les **missions locales** sont des structures locales s'adressant à des jeunes de 16 à 25 ans visant à les aider à (re)construire un projet de vie, par le biais à l'origine de la formation et de l'insertion professionnelle. Progressivement les missions de ces structures se sont élargies, prenant en compte également le logement et la santé. Aussi des professionnels de la santé proposent-ils souvent des permanences afin de répondre aux interrogations des jeunes.

Ainsi, la mission locale des Ulis, dont le champ d'action couvre 24 communes, a créé une permanence d'écoute, dit « Point Ecoute Jeune », gratuite, au sein de laquelle un thérapeute **conseille et oriente les jeunes rencontrant des difficultés liées à toute forme de souffrance psychologique**. Ces consultations sont

proposées deux après-midi par mois.

L'idée que la réussite du parcours d'insertion d'un jeune passe également par la prise en considération des questions liées à l'éducation à la santé semble acquise.

g) Des lieux d'information spécialisée en direction des jeunes :
l'exemple du Cybercrips

A l'initiative du Conseil régional d'Ile-de-France, le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS), créé en 1989, a vu ses missions, définies dans le cadre d'un programme élaboré par l'Etat et le Conseil régional, s'élargir à l'occasion de modifications successives de ses statuts. Ainsi, le CRIPS n'a plus pour seul objet la prévention du sida mais intervient dans le champ de la **prévention des toxicomanies et des comportements à risque**, en particulier ceux des jeunes.

Le CRIPS met en œuvre des actes de prévention et de lutte contre le sida et la toxicomanie et participe à des actions d'information en direction notamment des jeunes et des professionnels.

Les relations entre le CRIPS et la Région sont régies par une **convention** annexe au CPER¹. La subvention allouée en 2003 au CRIPS par le Conseil régional s'élève à 1.720 M €.

Autorisations d'engagement pour 2003 (montant en M€) des crédits de fonctionnement du Conseil régional relatifs à la prévention sanitaire :

CRIPS : 1.720 M€

Projets et programmes de prévention et de lutte contre les addictions : 450.000 €

Projets et programmes de prévention et d'éducation à la santé : 910.000 €

NB : l'ensemble des dispositifs d'accès, de prévention et d'éducation à la santé est doté d'un budget (investissement + fonctionnement) de 4.211 M€.

Le CRIPS a créé en 2002 un espace ludique visant à prévenir le sida, les IST et les risques liés à l'usage de drogue chez les jeunes : le CyberCRIPS.

Le Conseil Régional définit cet espace comme « *une passerelle entre nouvelles technologies et la prévention* » en valorisant « *les attitudes participatives et d'échange par la mise à disposition d'un ensemble diversifié de supports, en particulier les Nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) et d'animations* ». Les objectifs du CyberCRIPS sont de 3 ordres :

- élargir les actions de prévention en les rassemblant dans un lieu identifiable et à l'image des jeunes,
- favoriser les échanges sur les comportements de prévention,
- offrir aux jeunes un espace d'exploration et d'expérimentation sur leur santé.

¹ Délibération N°CP 02-69 du 7 février 2002

Plus de la moitié des utilisateurs de cet espace ont moins de 17 ans et les 3/4 sont scolarisés¹.

h) Des lieux d'habitat en collectivité : les Foyers de jeunes travailleurs (FJT)

Les FJT accueillent des jeunes, âgés de moins de 25 ans, ayant ou non un emploi. Par delà leur rôle traditionnel d'hébergement, ces structures diversifient leurs services en vue d'une insertion globale des jeunes. Des demandes en matière d'éducation pour la santé ont émergé conduisant certains FJT à proposer ce type d'actions.

En lien avec le comité des Yvelines d'éducation pour la santé, le foyer de Mantes-la-Jolie a réalisé un programme d'actions afin de contribuer à l'amélioration de la santé des jeunes hébergés en leur transmettant les moyens leur permettant de promouvoir leur santé et leur qualité de vie. Un des axes de ce programme vise à **favoriser les attitudes préventives de santé** par des approches thématiques dans le cadre d'ateliers collectifs (sexualité, alimentation, stress ...) se déroulant tout au long de l'année scolaire. Cette action s'inscrit dans une démarche globale initiée par l'INPES.

Notons que les Foyers de travailleurs migrants (FTM) proposent également des actions de prévention (lutte contre le sida, la tuberculose ...) dans le cadre de projets de santé communautaire. Mais, compte tenu du public visé (des adultes et parfois des personnes vieillissantes), ces programmes dépassent le cadre de cette étude.

La mise en place d'un label de qualité

Le programme régional francilien de prévention ARCADE « Ensemble, préservons la santé **bucco-dentaire** des jeunes Franciliens »

Quel que soit le lieu au sein duquel se pratique une action de prévention sanitaire, son suivi voire son évolution est fondamentale.

Considérant la santé bucco-dentaire des jeunes Franciliens comme une priorité de santé publique, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine participe au programme régional ARCADE (**Action Régionale Contre les Atteintes Dentaires des Enfants**).

Une importante enquête de l'URCAMIF, réalisée entre 2000 et 2002, a montré qu'il existait encore des besoins de soins importants, non couverts par les dispositifs de prévention et de distribution de soins actuels.

¹ Mazeau V. et Lert F. Evaluation de l'activité du CyberCRIPS au second semestre 2002 : profil des usagers, utilisation du service et impact de l'action de prévention, CRIPS, 2002.

Afin de répondre à ces besoins, et compte tenu de l'efficacité de la démarche préventive en matière dentaire, un programme régional de prévention bucco-dentaire dénommé ARCADE a vu le jour en 2002.

Les labels de qualité ARCADE sont une garantie de cohérence et d'efficacité des dispositifs de prévention.

ARCADE vise une généralisation et une harmonisation des actions de prévention pour la santé bucco-dentaire des enfants. Le dispositif repose sur un processus de **labellisation** garantissant la **qualité et la cohérence des actions**. La labellisation permet l'utilisation du nom et du logo ARCADE, l'intégration dans un programme régional bénéficiant du soutien de l'Assurance Maladie et de l'État et l'obtention éventuelle de financements régionaux. Le label est accordé par un Comité scientifique, après étude du dossier et conformément aux cahiers des charges ARCADE.

Trois labels de qualité sont proposés aux promoteurs d'action de prévention :

- Label I : Information et sensibilisation à la santé bucco-dentaire pour les enfants de 0 à 2 ans.
- Label IES : Information et Éducation pour la Santé (actions d'apprentissage) pour les enfants de 3 à 5 ans.
- Label IDES : Information, Dépistage et Éducation pour la Santé pour les enfants de 6 à 11 ans.

Une structure locale de dialogue et d'accompagnement à la labellisation

Au niveau des départements, pour exemple, un comité de suivi a été installé le 17 juin 2003 dans les Hauts-de-Seine. C'est une instance animée par la CPAM et composée des différents partenaires locaux compétents en matière de santé dentaire des jeunes. Le rôle de ce comité local est de recevoir les dossiers des porteurs de projet, et de soutenir techniquement ces derniers pour l'octroi du label qualité ARCADE. Le comité de suivi est aussi et surtout une structure de dialogue, un observatoire, permettant notamment la **mise en commun des moyens**.

4. STRATEGIE POUR LA REGION ILE-DE-FRANCE EN VUE D'UNE OPTIMISATION DES POLITIQUES D'EDUCATION POUR LA SANTE ET DE LA PREVENTION SANITAIRE CHEZ LES JEUNES

A la lecture de ce rapport un constat s'impose, l'éducation pour la santé reste le maillon faible du système sanitaire français. Peu connue, mal utilisée, sous évaluée cette forme de prévention souffre d'une confuse mobilisation des politiques et acteurs régionaux.

La forte incidence des facteurs culturels (hygiène alimentaire), comportementaux (tabagisme, alcoolisme) et socio-économiques (précarité / recours aux soins tardifs) dans la détermination de l'état de santé de la population francilienne nécessitent pourtant le développement renforcé de programmes de prévention basés sur l'éducation et la promotion de la santé.

Le bilan de santé des Franciliens impose en effet la mise en place de moyens visant à améliorer la santé des jeunes non pas seulement par une approche curative de la prise en charge mais aussi et surtout par une meilleure connaissance des risques développant ainsi la responsabilisation des usagers dans la gestion de leur capital santé.

La notion de bassin de santé suggérée lors de la mise en place en 1996 de la réforme du système de santé, inscrite dans la loi depuis le 04/05/1999 est fondée sur les besoins de soins curatifs, essentiellement hospitalier, et non sur une santé de proximité où les professionnels de santé sont les premiers acteurs d'une politique de prévention. Le champ de la prévention sanitaire tout comme celui de l'éducation pour la santé n'ont pas été abordés dans cette notion de bassin de santé

Pour ce faire la Région doit initier un discours politique de promotion de la santé et du bien être démontrant ainsi par son volontarisme, sa capacité à insuffler une dynamique sanitaire en Ile-de-France.

Pour autant, il est important de rappeler que les politiques de promotion de la santé ne sont pas conçues comme un moyen de maîtriser l'augmentation des dépenses de santé mais comme un objectif d'améliorer l'efficience des investissements en santé et notamment de réduire les inégalités sociales et régionales.

Les points clefs d'une politique régionale de prévention en Ile-de-France :

Identifier des priorités régionales de santé

Orienter des systèmes d'observation épidémiologique en coordonnant l'ensemble des données sanitaires : ORS (tableaux de bord et études), Education nationale (bilan de santé à l'âge de 6 ans, à développer en sortie de collège), PMI

(bilan de santé), assurance maladie (gestion du risque)...Mais aussi ceux des services déconcentrés de l'Etat, des collectivités locales, des contrats d'agglomération, des contrats de pays afin d'analyser le territoire dans le domaine géographique de la politique de santé.

Ces bases de données sanitaires doivent être une aide à la décision permettant d'arriver, à partir d'un diagnostic partagé et d'une méthodologie commune, à la définition de programmes régionaux de prévention sanitaire.

Sur la base de ces diagnostics éclairés, il appartient aux élus de la Région de participer aux choix de société en matière de santé et d'aider à l'expression opérationnelle de ces choix en laissant l'initiative et la conduite aux acteurs en présence.

Ces choix de société devront aboutir à la définition commune d'objectifs quantifiables en matière sanitaire permettant un suivi et une évaluation des programmes et actions de prévention.

Fédérer les acteurs autour de programmes pluriannuels

Les acteurs de la prévention sanitaire sont nombreux, mais trop souvent mal ou peu coordonnés, leurs actions perdent en efficacité et en suivi.

Il convient alors d'animer et de mieux coordonner à partir de l'existant les lieux de concertation, de coordination et de décisions indispensables à la mise en œuvre d'une véritable politique régionale de promotion de la santé.

Acteurs locaux de l'Etat, Caisses d'Assurances Maladies, professionnels de santé, mutuelles et tout acteur qui s'y retrouve, doivent se sentir investi dans la politique pluriannuelle soutenue par les politiques régionales.

Réel plan de bataille, les plans pluriannuels doivent permettre à chaque acteur d'accorder ces moyens dans l'espace et dans le temps afin d'assurer une synergie des efforts jusqu'alors dispersés, en fonction des objectifs fixés dans les priorités. Ils permettent aussi d'assurer la pérennité de l'effort d'éducation qui fait principalement défaut aujourd'hui mais facteur essentiel de son efficacité.

Insistons que nous avons la chance en Ile-de-France d'avoir une concentration privilégiée des différents intervenants, représentés par des institutions clairement identifiées.

Se donner les moyens et la légitimité de son action

La Région donne le sens politique de cette action, par son rôle d'animation elle donne les directions et la légitimité aux acteurs de terrain.

Forte de son rayonnement régional elle appuie son discours en le relayant médiatiquement afin d'en faire une priorité régionale connue et partagée.

Pour ce faire, la Région qui s'investit déjà dans des secteurs concernant le jeune et sa qualité de vie, par des dépenses d'infrastructures doit insister sur la

nécessité de développer l'estime de soi et la notion de bien être chez le jeune. Nouvelles prérogatives pour la Région, la promotion de la santé doit faire l'objet d'une négociation dans le cadre du prochain Contrat de Plan Etat-Région (CPER) 2006-2012 en définissant clairement les responsabilités de l'Etat, de la Région, des Départements et de l'Assurance maladie. Dans ce Contrat de Plan Etat-Région, la partie sanitaire doit identifier clairement les investissements directement liés aux dépenses de prévention pour agir prioritairement par l'éducation à la santé.

Mutualiser les moyens et l'expertise par un centre régional de ressources.

Les programmes pluriannuels doivent être soutenus par un centre de ressources qui permet de remplir les missions suivantes :

- Diffuser et promouvoir la définition reconnue pour l'éducation pour la santé (Charte d'Ottawa) ainsi que les différents travaux scientifiques effectués sur ce domaine. L'absence de définition commune des concepts d'éducation pour la santé et de prévention primaire pour chacun des intervenants potentiels conduit à restreindre leur efficacité et à réduire leur rôle.
- Informer le grand public et les professionnels en développant une communication ciblée pour promouvoir le rôle de l'éducation pour la santé.
- Développer les compétences professionnelles dans l'éducation pour la santé dans le cadre des missions de la Région.
- Evaluer les actions menées pour mieux utiliser les ressources financières et améliorer leur efficacité.

Aider à la professionnalisation, développer l'encadrement et les compétences

La réalisation des actions de promotion sanitaire ne se fera pas sans l'appui des personnels médico-sociaux. Il faut pour ce faire renforcer les compétences de ces professionnels en matière d'éducation à la santé en développant des formations techniques et méthodologiques permettant de professionnaliser les métiers de la promotion et de l'éducation à la santé.

Ce plan de formation, ce rôle de conseiller technique passe nécessairement, pour répondre à l'ambition de ces programmes, par le financement de structures (type CRESIF) permettant de diffuser les compétences en région.

Forte de ces structures, s'appuyant sur des contrats d'objectifs et de moyens, dans le cadre de plans sanitaires pluriannuels regroupant l'ensemble des acteurs régionaux, la Région dispose d'une légitimité et d'une compétence qui lui permet de relever le défi, et de développer au travers d'une information préventive la notion de responsabilité personnelle du capital santé. Cet investissement collectif permettra de modifier les comportements à risque des jeunes et d'atteindre à terme une amélioration générale de l'état de santé des Franciliens. Si ce rapport s'est attaché à traiter de la prévention du public jeune, il n'en demeure pas moins qu'une politique de prévention et d'éducation à la santé doit se programmer à tous les âges de la vie et notamment chez les personnes âgées.

ANNEXES

TABLE DES SIGLES

ACMS :

ADES : association départementale d'éducation pour la santé

ALD : affections longues durées

AMETIF :

ANACT : agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ARCADE : action régionale contre les atteintes dentaires des enfants

ARH : agence régionale d'hospitalisation

ASV : atelier Santé-Ville

BEH : bulletin épidémiologique hebdomadaire

BO : bulletin officiel

CANAM : caisse nationale d'assurance maladie et de maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles

CAPRI : collèges et addictions, programme régional interacadémique

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CES PHARM : comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française

CESC : comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

CFES : comité français d'éducation à la santé

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail

CHU : centre hospitalier universitaire

CIRDD : centre d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances

CLS : contrat local de sécurité

CMT : consommation médicale totale

CNAM : caisse nationale d'assurance maladie

CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNC : centre national du cinéma

CODES : comités départementaux d'éducation pour la santé

COG : convention d'objectifs et de gestion

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPER : contrat plan Etat-Région

CRAMIF : caisse régionale d'assurance maladie d'IdF

CREDES : centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé

CRES : comité régional d'éducation pour la santé

CRESIF : comité régional d'éducation pour la santé d'IdF

CRIPS : centre régional d'information et de prévention du sida

CRPPS : comité régional de pilotage de politiques de santé

CRS : conférence régionale de la santé

CSB : contribution sociale sur les bénéfices des sociétés

CTNP : comité technique national de prévention

DCS : dépense courante de santé

DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DGLDT : délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie

DGS : direction générale de la santé

DRASS : direction régionale des affaires sanitaire et sociales

DRASSIF : direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Idf

DREES : direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques

ERPURS : évaluation des risques de la pollution urbaine sur la santé

FJT : foyers de jeunes travailleurs

FMP : fédération mutualiste inter-départementale de la région parisienne

FNES : fédération nationale d'éducation pour la santé

FNPEIS : fonds national des prévention, d'éducation et d'information sanitaire

FOREC : fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale

FTM : foyers de travailleurs migrants

GTNDO : groupe technique national de définition des objectifs

HCSP : haut comité de la santé publique

ICM : indice comparatif de mortalité

IGAS : inspection générale des affaires sociales

IMC : indice de masse corporelle

IML : institut médico-légal

INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS : institut national de veille sanitaire
IST: infection sexuellement transmissible
IVG : interruption volontaire de grossesse
KABP : knowledge, attitude, belief and practice
LFSS : loi des finances en santé publique
MGEN : mutuelle générale de l'éducation nationale
MILDT : mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MPU : médecine préventive universitaire
MRPS : maison régionale de promotion de la santé
MSA : mutualité sociale agricole
MST : maladies sexuellement transmissibles
NTIC : nouvelles technologies de l'information et de la communication
OFDT : observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS : Organisation mondiale de la santé
ORS : observatoire régional de la santé
ORST : Observatoire régional de la santé du travail
PMI : protection maternelle et infantile
PNNS : programme nationale nutrition Santé
PRAM : plan régional de l'assurance maladie
PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes démunies

SMEREP : société mutualiste des étudiants de la région parisienne
SREPS : schéma régional d'éducation pour la santé
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire
TAGP : taxe générale sur les activités polluantes
TCA : taxe sur les conventions d'assurance
TED : trouble envahissant du développement
TOC : troubles obsessionnels compulsifs
TVS : taxe sur les véhicules des sociétés
URCAM : Union régionale des caisses d'assurances maladie
URML : union régionale des médecins libéraux d'IdF
VADS : voies aéro-digestives supérieures
VHC : virus hépatite C
VIH : virus de l'immuno-déficience humaine
VIH : virus de l'immuno-déficience humaine
ZEP : zone d'éducation prioritaire

PRS : programme régionaux de santé
ROR : rubéole oreillons rougeole

CHARTRE d' OTTAWA pour la PROMOTION de la SANTÉ

Texte intégral OMS - Organisation mondiale de la santé - 1986

La première Conférence internationale pour la **promotion de la santé**, réunie à Ottawa le 21 novembre 1986, émet la présente **CHARTRE pour l'action**, visant la **Santé pour tous d'ici l'an 2000** et au-delà. Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La Conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la **Déclaration d'Alma Ata** sur les soins primaires, au document "**Les buts de la Santé pour tous**", et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé

PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé est le **processus** qui confère aux populations les moyens d'assurer un **plus grand contrôle** sur leur propre **santé**, et **d'améliorer** celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "**santé**" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut - d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, - d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. **La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie**; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour **viser le bien-être**.

CONDITIONS PRÉALABLES A LA SANTÉ

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

PROMOUVOIR L'IDÉE

Une **bonne santé est une ressource majeure** pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. **Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé**. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la **promotion** des idées.

CONFÉRER LES MOYENS

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et **d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités** pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

SERVIR DE MÉDIATEUR

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, **la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants** : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsable de la **médiation** entre les intérêts divergents, en faveur de la santé. Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et région, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTE SIGNIFIE QUE L'ON DOIT :

ELABORER UNE POLITIQUE PUBLIQUE SAINNE

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des **responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.**

Une **politique de promotion de la santé** combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : **la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels.** Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants

La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, **ainsi que la détermination des solutions.** Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

CRÉER DES MILIEUX FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on **ne peut séparer la santé des autres objectifs.** Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une **approche socio-écologique de la santé.** Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la **conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale.**

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et **la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine.** La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables. **L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé,** et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement est indispensable; de plus, **elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets.** La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCER L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. **Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé**, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

ACQUÉRIR DES APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en **offrant des informations**, en **assurant l'éducation** pour la santé et en **perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie**. Ce faisant, elle **permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle** sur leur propre santé, et de **faire des choix** favorables à celle-ci. Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, **au travail** et dans le cadre communautaire, par les **organismes professionnels**, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

RÉORIENTER LES SERVICES de SANTÉ

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé. Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelles. Ceci doit mener à un **changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement**.

ENTRER DANS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de **l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie**, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé; L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, **les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux**

L'ENGAGEMENT FACE A LA PROMOTION DE LA SANTE

Les participants de cette conférence s'engagent : - à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs ; - à contrer les pressions exercées en

faveur des **produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains** ou d'une nutrition inadéquate ; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, **les risques professionnels**, le logement et les peuplements ; - à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés ; - à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être ; - **à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même** ; - à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie. Les participants de la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation Mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé. Les participants de la Conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.

SOURCES

Travaux INSERM

Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent, Expertise collective, Inserm, 2002

Déficits visuels : dépistage et prise en charge chez le jeune enfant, Expertise collective, Inserm, 2002

Education pour la santé des jeunes, Expertise collective, Inserm, 2001

Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant, Expertise collective, Inserm, 2000

Choquet M., Ledoux S. Attentes et comportements des adolescents. Inserm – Espace 34, 1998

Travaux ORS

Analyse des liens à court terme entre pollution atmosphérique et santé. Erpurs 1987-2000, ORS, 2003

La gestion du risque VIH-sida après une rupture conjugale : enquête KABP. ORS, 2002

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-Sida en France. Evolutions 1192 à 2001. ORS, 2001

La mortalité en Ile-de-France en 1995-1997 : principales caractéristiques de la mortalité des Franciliens. ORS, 2001

Principaux acquis et suites du programme. Erpus, ORS, 1997

Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la SMEREP. SMEREP-ORS, 2002

Travaux CFES

Prévention primaire du suicide des jeunes, recommandations pour les actions régionales et locales. CFES, 2001

Conduites à risque chez les jeunes de 12 à 19 ans en Ile-de-France : analyse régionale du baromètre, santé jeunes 1997/98. CFES, 2000

Arenes J., et al. Baromètre santé jeunes 1997 / 1998. CFES, 1998

Parquet PhJ. Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance. CFES, 1998

La santé bucco-dentaire des jeunes en formation de moins de 20 ans, 2000, www.urcamif.fr

Veille sanitaire chez les jeunes de 11 à 25 ans, 2002, www.urcamif.fr

Comptes nationaux

Calle EE, et al. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med.*, 348, 1625-38, 2003

Eilstein D. et al. Cancer du col dans le Bas-Rhin : tendance et projection de l'incidence jusqu'en 2014. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 31, 28-33, 2002.

Bulletin épidémiologique

La Tuberculose, la situation 2003, BEH, 10-11, 2003

Journée mondiale sans tabac, BEH, 22-23, 2003

Pratique sportive et usages des substances psychoactives, France. BEH, 15, 2000

Navarro F., et al. Les comportements de santé des jeunes, BEH, 48, 1999

Baudier F., et al. La consommation de tabac et les jeunes français : premiers résultats du baromètre santé jeunes 1997, BEH, 52, 1998

La surveillance nutritionnelle en France. BEH, 18-19, 2003

La mortalité prématurée en France. BEH, 30 – 31, 2003

Ouvrages de référence

G. Salem G., et al. Atlas de la santé en France, ed. John Libbey, 2000
Comptes nationaux de la santé, DREES, *Eco-Santé, France 2002*

Exploitation régionale du Baromètre jeune 97/98, Obépi 1997 et 2000

Autres études, rapports et travaux

Bajos N. et al. Contraception : from accessibility to efficiency. *Hum. Reprod*, 18 : 994-9, 2003

Feur E. Prévention obésité dans le Val-de-Marne : exemple d'un principe de réalisme, mars 2003

DIV, Délégation Interministérielle à la Ville. Desjardins M., Dossier ville : les ateliers « santé-ville », août 2002

Jourdain-Menniger D., Lignot-Leloup M. Comparaisons internationales sur la prévention. La documentation Française. 2003

Guignon N. La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. Drees, 2002

Jacquin P. La différence des sexes dans la demande de soins à l'adolescence, *Gynécol Obstét Fertil*, 2002

Taux d'incidence de la tuberculose déclarée (déclaration obligatoire, DO) en Ile-de-France, 1997-2001

Skrabanec P. L'impossibilité politique de santé publique en France. Lorient, 1995

Kopp P., Fénoglio P. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France, Observatoire des drogues et des toxicomanies, étude n°22, Paris 2000

Inégalités socio-culturelles dans le domaine de l'accès aux soins, Etude de l'Institut Lilly, 2000

Nisand I., Rapport IVG en France, 1999

Anguis M., et al. Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac, Insee première, 1997

Michaud P.A., et al. La santé des adolescents. Approches, soins, prévention. Ed Payot Lausanne, Doin Ed Paris, 1997

Rosa JJ. Le coût social de la consommation de tabac et l'équilibre des finances publiques : le cas de la France, cahiers de recherche en économie de l'entreprise, n°9601, Institut d'études politiques, Paris 1996

Levardon M. Attitudes et comportements des adolescentes face à la contraception, Enquête AADOC, 2001

Vigneron E. Santé et territoire. La documentation Française. 2000

Textes législatifs

Circulaire N°2001-012 du 12 janvier 2001, relatives aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves

Délibération N°CP 02-69 du 7 février 2002

Circulaire N°98-108 du 1 juillet 1998 relative à la prévention des conduites à risque et aux CESC

Circulaires N°91-148 de 1991 (décrets N°93-345 et 93-221 de 1993) et N°2001-12 de 2001
Ordonnance 96-344 du 24 avril 1996 (article L183-1 du code de la sécurité sociale)

**Principales causes de décès en Ile-de-France
en 1995 -1997 (nombre annuel de décès)
chez les 15-34 ans**

HOMMES	Effectifs 1995-97	% 1995-97
Traumatismes, empoisonnements	748	39,5
<i>dont accidents circulation</i>	287	15,2
<i>dont suicide</i>	225	11,9
Symptômes, signes, états morbidité mal définis	416	22,0
Sida	315	16,6
Autres	286	15,1
Tumeurs	128	6,8
Toutes causes	1 893	100,0
FEMMES		
Traumatismes, empoisonnements	226	28,8
<i>dont accidents circulation</i>	71	9,0
<i>dont suicide</i>	77	9,8
Symptômes, signes, états morbidité mal définis	163	20,8
Autres	164	20,9
Sida	128	16,3
Tumeurs	104	13,2
Toutes causes	785	100,0

Source : Insee - Inserm exploitation - ORS 2001

Chez les 35-64 ans en 1995-1997

HOMMES	Effectifs	%
Tumeurs	4 584	40,3
<i>dont cancer du poumon</i>	1 346	11,8
<i>dont cancers des v.a.d.s.¹</i>	838	7,4
Maladies appareil circulatoire	1790	15,7
Symptômes, signes, états morbidité mal définis	1233	10,8
Traumatismes, empoisonnements	1160	10,2
Autres causes	1899	16,7
Sida	710	6,2
Toutes causes	11 376	100,0
FEMMES		
Tumeurs	2 557	50,1
<i>dont cancers du sein</i>	790	15,5
<i>dont cancer du poumon</i>	273	5,3
Maladies appareil circulatoire	558	10,9
Traumatismes, empoisonnements	516	10,1
Autres causes	1 472	28,8
Toutes causes	5 103	100,0

Source : Insee - Inserm exploitation - ORS 2001

¹ Les cancers des voies aéro-digestives supérieures regroupent les cancers des lèvres, der la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage et du larynx.

Chez les 65 ans ou plus en 1995-1997

HOMMES	Effectifs	%
Tumeurs	8 033	32,8
<i>dont cancer du poumon</i>	1 759	7,2
<i>dont cancer de la prostate</i>	1 153	4,7
Maladies appareil circulatoire	7 803	31,8
Maladies appareil respiratoire	2 349	9,6
Symptômes, signes, états morbidité mal définis	1 540	6,3
Autres causes	4 802	19,6
Toutes causes	24 527	100,0
FEMMES		
Maladies appareil circulatoire	11 653	36,7
Tumeurs	6 803	21,4
<i>dont cancers du sein</i>	1 073	3,4
Maladies appareil respiratoire	2 843	8,9
Symptômes, signes, états morbidité mal définis	2 768	8,7
Autres causes	7 702	24,2
Toutes causes	31 769	100,0

Source : Insee - Inserm exploitation - ORS 2001

**Principales causes de décès selon le sexe
France 1998, 1999**

Causes de décès	Ensemble %		Femmes %		Hommes %	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Maladies de l'appareil circulatoire	31,1	30,7	34,5	33,8	28	27,7
Tumeurs	27,7	27,6	22,5	22,6	32,6	32,4
Causes extérieures, empoisonnement, dont	8,3	8,1	6,8	6,8	9,6	9,4
- Suicides	2	1,9	1,1	1,1	2,8	2,7
Maladies de l'appareil respiratoire, dont	8,1	8,2	8,2	8,2	8	8,2
- Symptômes, états morbides, mal définis	6,3	6,3	7,3	7,3	5,4	5,4
Maladies de l'appareil digestif	4,9	4,7	4,7	4,5	5,1	4,9
Maladies endocriniennes, de la nutrition, dont	3	3,2	3,8	3,9	2,3	2,5
- Diabète sucré	1,7	1,8	2	2,1	1,4	1,6
Troubles mentaux	2,7	3,1	3,4	3,7	2,1	2,6
Maladies infectieuses, parasitaires, dont	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
- sida	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3	0,3

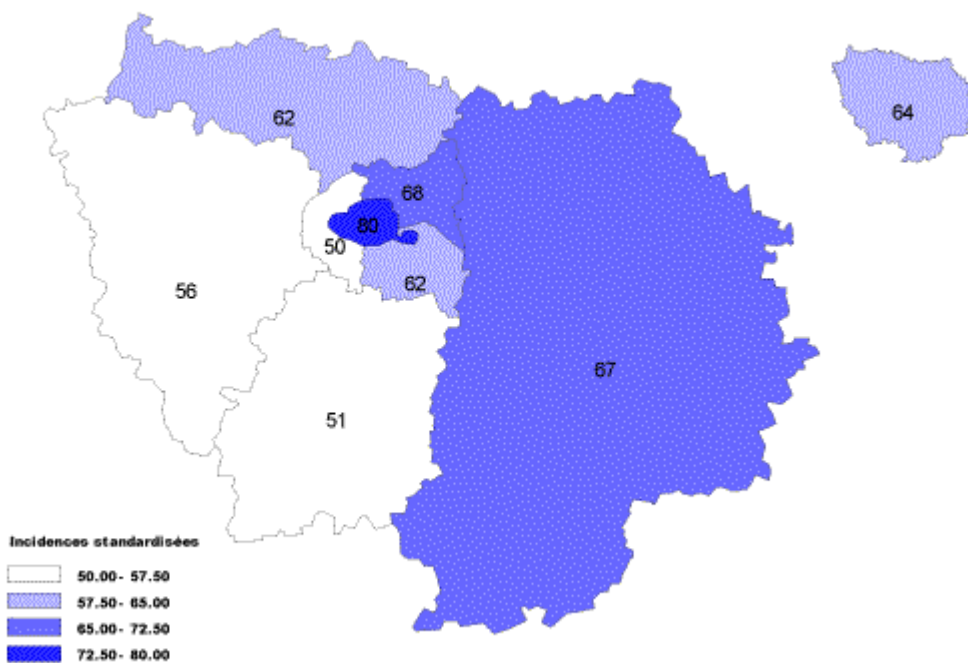
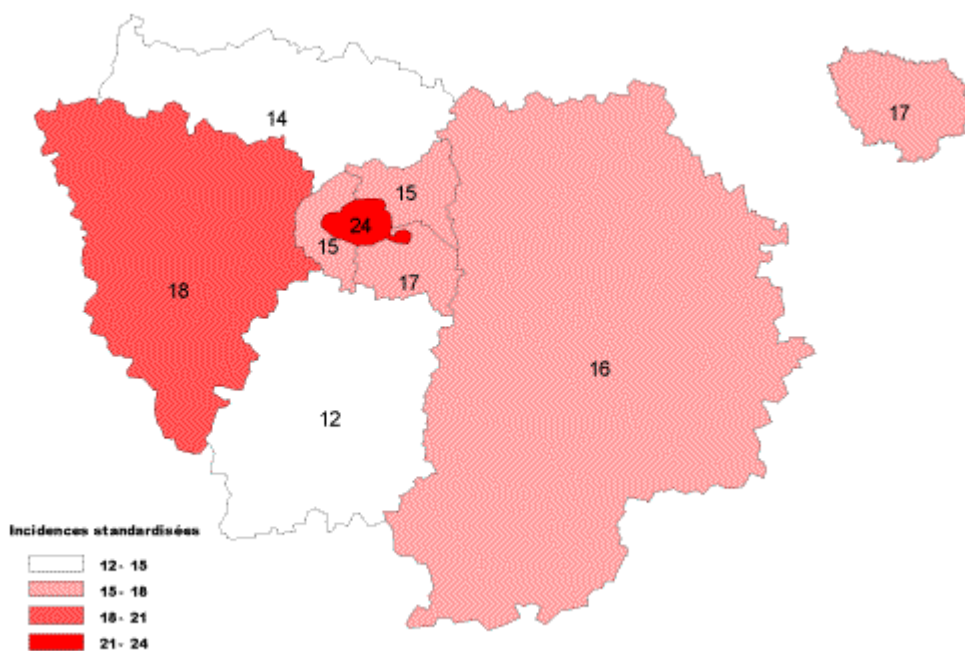
Source : INSERM (données disponibles dans Eco-Santé France 2002, CREDES-DREES)

Les principales causes de mortalité prématurée en Ile-de-France en 1995-1997
(nombre annuel de décès et proportion pour chaque cause)

	Hommes			Femmes		
	Nombre décès	(%) <i>IDF</i>	% France	Nbre décès	(%) <i>IDF</i>	% France
Ensemble des tumeurs , dont	4 752	(34,1)	35,4	2 712	(42,4)	42,6
poumon	1 351	(9,7)	10,0	276	(4,3)	3,6
voies aéro-digestives supérieures	841	(6,0)	6,6	107	(1,7)	1,5
intestin	293	(2,1)	2,2	197	(3,1)	3,4
sein	6	(0,0)	0,0	813	(12,7)	12,4
utérus	-	-	-	159	(2,5)	2,6
Ensemble des traumatismes et empoisonnements, dont	1 999	(14,4)	20,8	803	(12,6)	16,6
accidents de la circulation	509	(3,7)	5,9	180	(2,8)	4,5
suicides	655	(4,7)	7,6	272	(4,3)	6,3
Ensemble des affections cardio- vasculaires, dont	1 878	(13,5)	15,7	615	(9,6)	11,7
cardiopathies ischémiques	748	(5,4)	6,6	127	(2,0)	2,7
maladies vasculaires cérébrales	382	(2,7)	2,9	190	(3,0)	3,5
Alcoolisme	715	(5,1)	6,3	321	(5,0)	5,6
Sida	1 031	(7,4)	3,1	222	(3,5)	1,7
Autres causes	3 548	(25,5)	18,7	1 716	(26,9)	21,8
Toutes causes	13 923	(100,0)	100,0	6 389	(100,0)	100,0

Source : Insee, Inserm – Exploitation ORS 2001

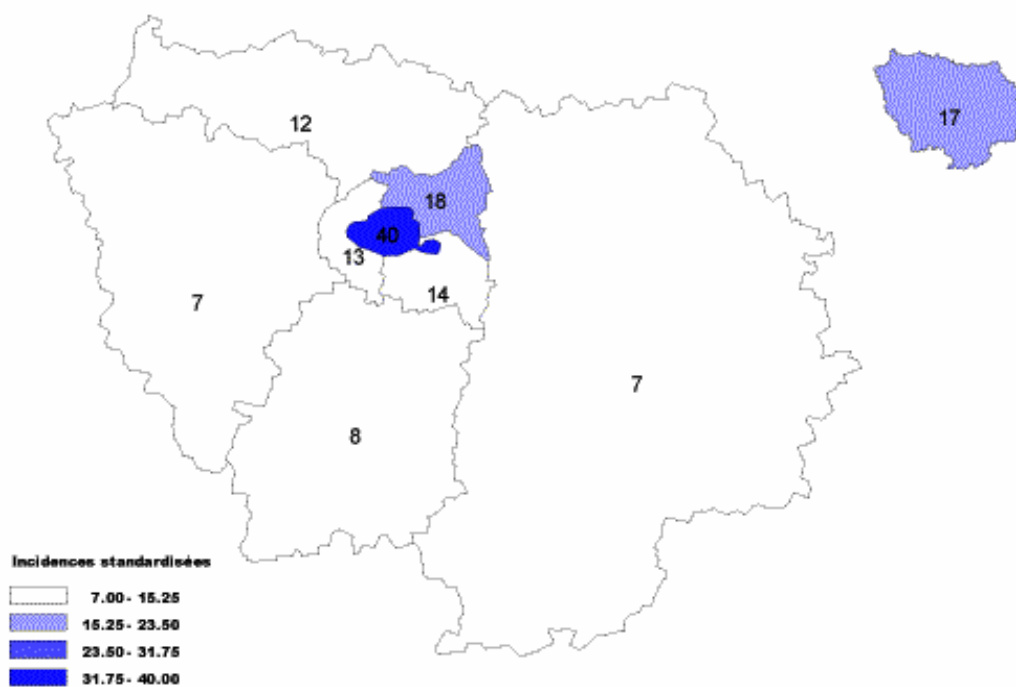
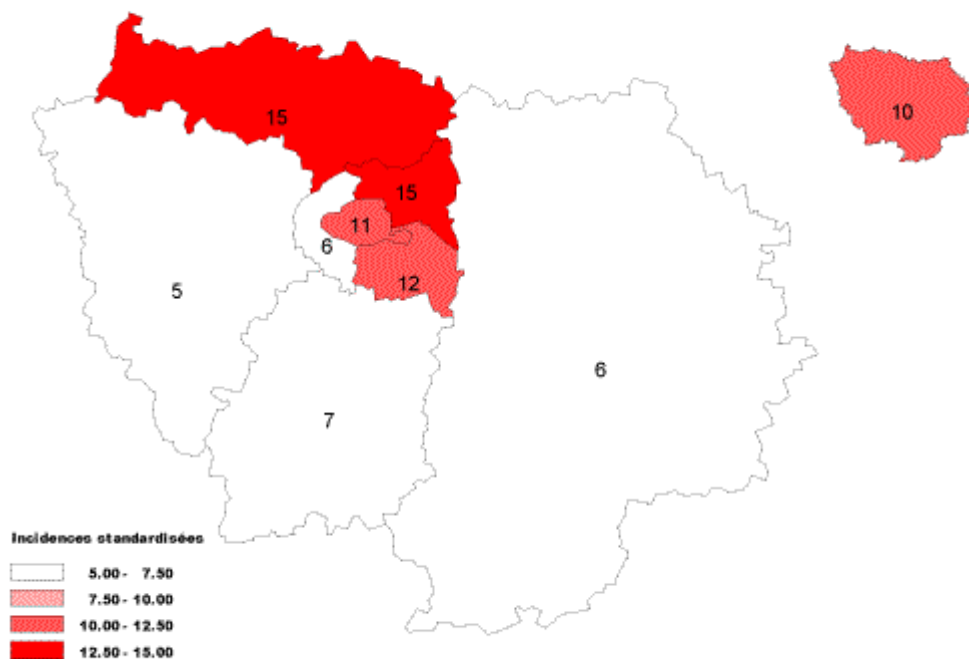
Morbidité cancer poumon/trachée/bronche, IdF 2000 (URCAM) Femme et Homme



Morbidité du VIH : admission en affection de longue durée, IdF 2000 (URCAM)

Femme et Homme

	1994	2001
Mode de contamination :	41% homosexuels, 23% hétérosexuels 24% U.D.I.	24% homosexuels 49% hétérosexuels 15% U.D.I. (usage drogue injection)

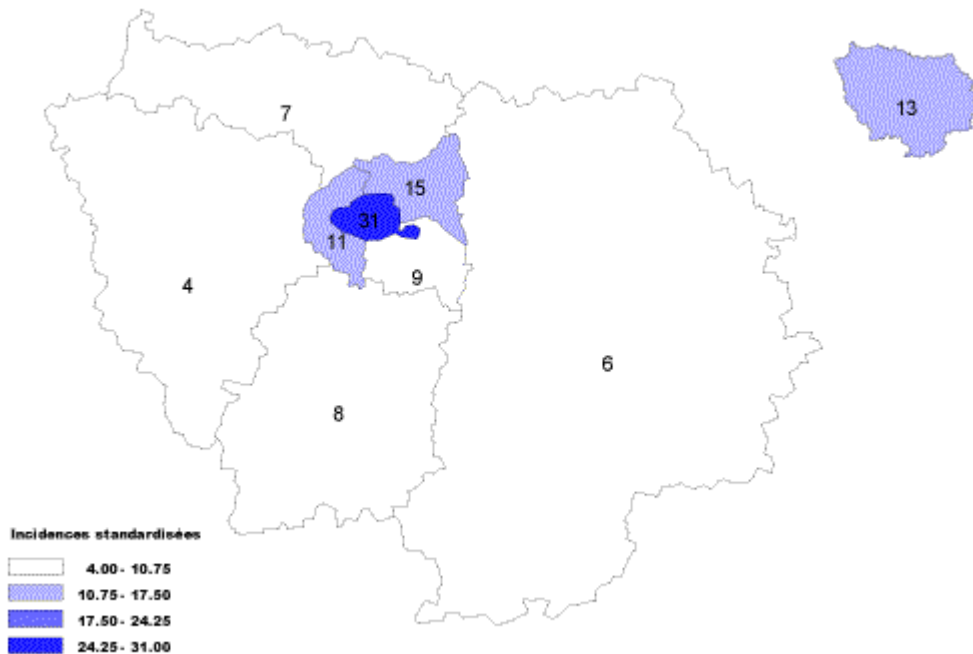
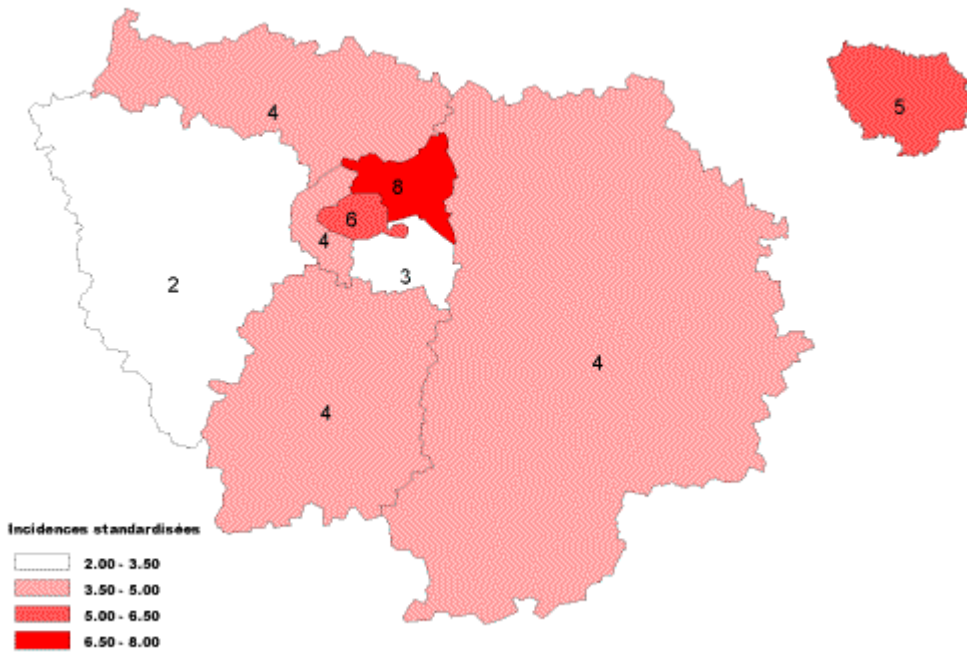


Morbidité SIDA avéré : Admission en affection de longue durée, IdF 2000 (URCAM)

Femme et Homme

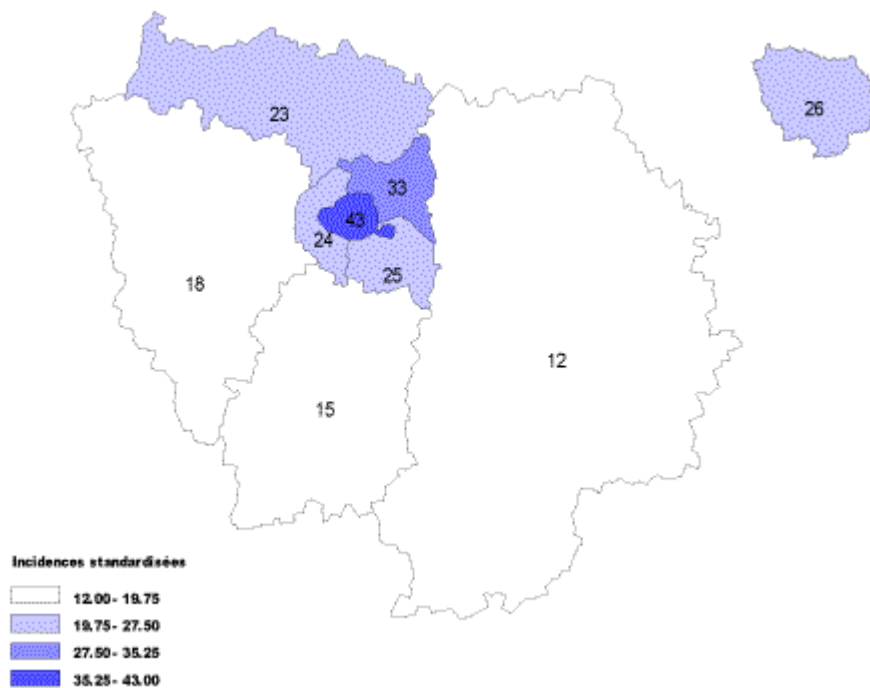
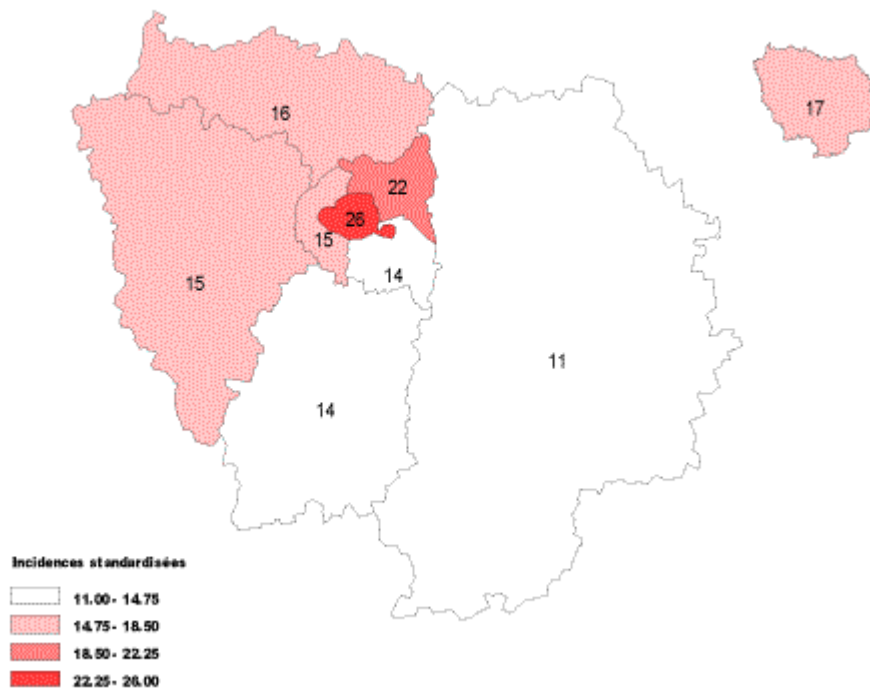
Diagnostic du Sida

Méconnaissance de la séropositivité	20% en 1994	50% en 2001
Connaissance de la séropositivité	79% en 1994	50% en 2001



Morbidité tuberculeuse : admission en affection de longue durée, IdF 2000 (URCAM) Femme et Homme

L'Ile-de-France a un taux d'incidence 4 fois supérieur à la moyenne nationale hors Ile-de-France ($27,2 / 10^5$ versus $7 / 10^5$)



Données épidémiologiques tirées de M Choquet, J Arenes

	11 – 13 ans		14 – 15 ans		16 – 17 ans		18 – 19 ans	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Dépressivité Score 8 à 10 kandel*	19%	12%	38%	17%	48%	23%	55%	30%
Score 11 à 12 kandel	4%	2%	11%	3%	14%	5%	16%	6 %
Conduites violentes**	51%	77%	58%	76%	50%	71%	47%	65%
Prise de risque	5%	14,5%	10%	15%	12%	20%	15%	27%

*échelle Kandel : troubles du sommeil, inquiet, nerveux, désespéré en pensant à l'avenir

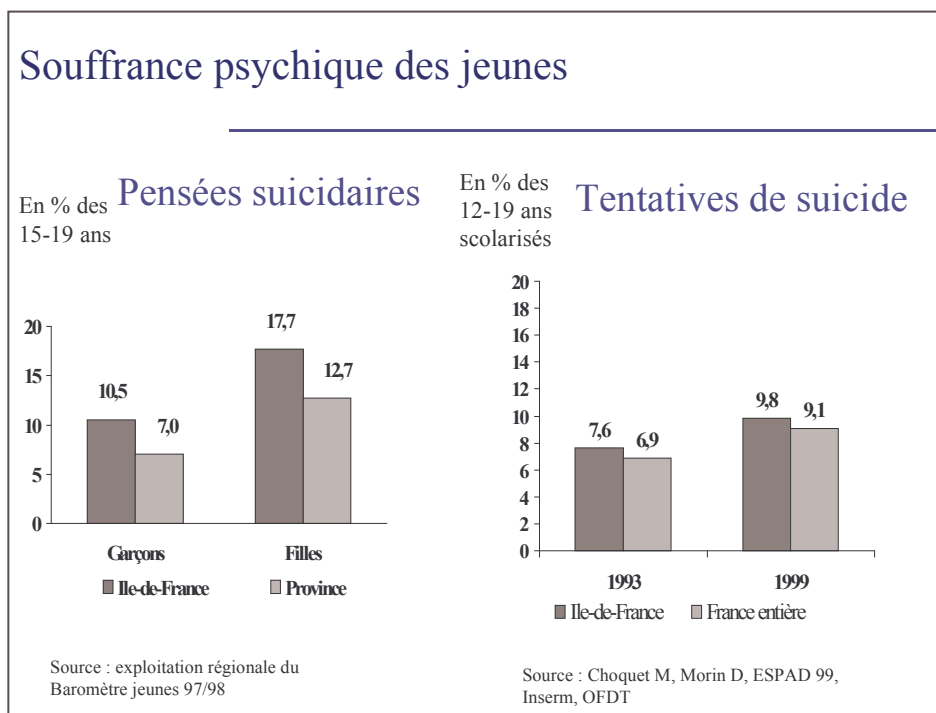
** bagarres, colère violente, racket

source : Choquet M. et Ledoux S, *Adolescents, enquête nationale*, Paris, Inserm, 1994

Estimation du nombre d'enfants et d'adolescents souffrant d'un trouble mental en France

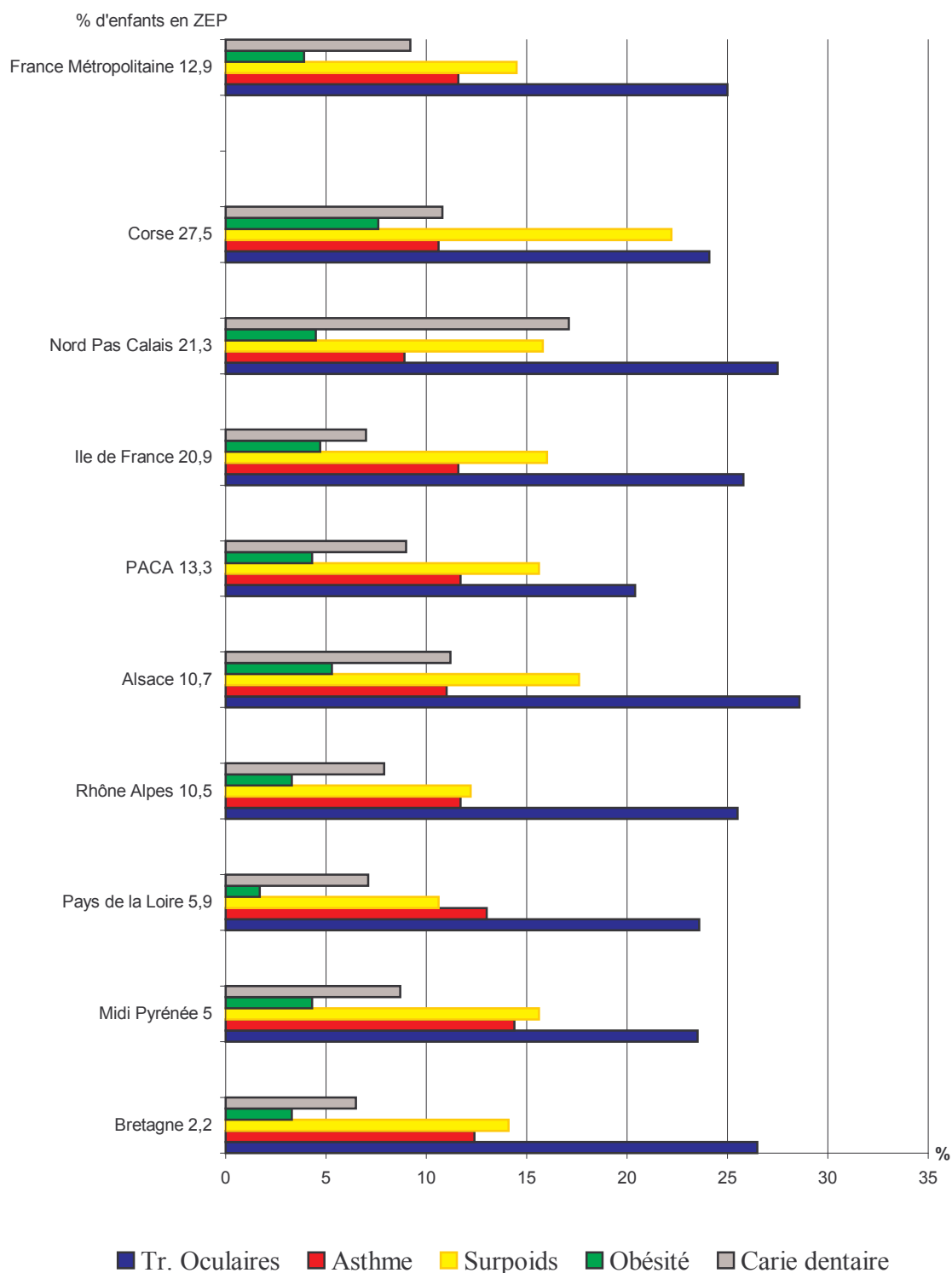
	0-2 ans	3-5 ans	6-10 ans	11-14 ans	15-19 ans	Total
Autisme	0,13%	0,27%	0,27%	0,27%	0,27%	0,25%
Hyperactivité		0,66%	2%	2%	1%	1,26%
Troubles anxieux		1,65%	5%	5%	5%	3,80%
T.O.C.*			0,09%	0,57%	1%	0,40%
Dépression	-		0,40%	1,12%	3,21%	1,17%
Anorexie	-	-			0,09%	0,02%
Boulimie	-	-	-	-	0,30%	0,08%

*troubles obsessionnels compulsifs



source : Inserm, *Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 2002

indicateurs régionaux de santé des enfants de 5 à 6 ans



Source : Guignon p. 53