

# Préface

Évoquer la prévention, c'est parler d'espérance de vie : un enfant né en l'an 2000 au sein de l'Union européenne a une grande probabilité de connaître successivement sept générations : des arrières grands-parents aux arrières petits-enfants.

La prévention institutionnelle historique, typiquement française, qui a porté ses fruits est la protection du nourrisson et de sa maman, de l'écolier et du travailleur. Actuellement, la dimension internationale des préoccupations de santé publique se développe avec d'inévitables comparaisons entre pays de la morbidité et de la mortalité, des prestations sanitaires et sociales, des financements et des modalités organisationnelles des systèmes de prévention, d'éducation et de soins. Ainsi, en France, par comparaison avec nos voisins d'Europe de l'Ouest, les principaux risques se cristallisent avant l'âge de 65 ans ; beaucoup reste à faire pour diminuer la morbidité et la mortalité par accidents ou suicides, réduire les inégalités de santé selon les catégories sociales ou professionnelles et selon les territoires ou les dynamiques de peuplement. La prévention par programmes ciblés sur certaines maladies, telle qu'elle est pratiquée dans d'autres pays européens, devrait compléter la prévention traditionnelle.

Pouvoir apprécier dans quelle mesure investir en prévention permettra de gagner sur l'heure et l'ampleur de la phase curative est un élément crucial à la formulation claire d'une politique publique solidaire de gestion de nos risques en matière de santé. En France, l'information dont nous disposons sur les données de santé, basée sur un système intra-institutionnel et cloisonné, ne répond pas à cette exigence. Nous avons besoin d'une information transversale aux institutions qui mette en relation les données concernant les différentes phases de l'histoire naturelle des maladies, de la prévention à la prise en charge, sans omettre les répercussions sociales. Cette problématique a été au cœur des débats de la dernière Conférence nationale de Santé.

En effet, une prévention de qualité cherche à éviter ce qui peut l'être, à toutes les étapes de l'apparition et du développement d'une maladie, c'est-à-dire réduire l'impact de ses déterminants, repérer et agir sur sa phase initiale, prévenir les complications et les séquelles. Les diverses et nombreuses formes d'action font intervenir différentes catégories professionnelles. La prévention primaire par l'éducation et la promotion de la santé s'adresse à nos comportements et modes de vie, ainsi qu'à notre environnement biophysique et social, et se réfère à des activités et des professionnels majoritairement extérieurs au système de soins. La prévention primaire par les vaccinations des jeunes ou la protection en milieu scolaire et professionnel revient souvent à des équipes spécialisées, comme les services de promotion de la santé en faveur des élèves ou les services de médecine du travail. La prévention secondaire associée aux

actes de dépistage des affections graves ou chroniques débutantes et des maladies génétiques relève d'abord de l'offre de soins, c'est-à-dire du corps médical, dans le cadre de politiques publiques de santé. La prévention tertiaire vise à limiter les séquelles d'une maladie avérée, et à permettre une réadaptation ; l'éducation « thérapeutique du patient », qui cherche à rendre une autonomie maximale à une personne atteinte d'une maladie chronique ou d'une affection grave, implique automatiquement le système de soins et ses professionnels.

Les perceptions de la société française vis-à-vis de la prévention évoluent subrepticement d'une conception collective, sur fond d'argumentaire économique, vers une représentation à l'échelle individuelle basée sur les notions de « préférence » (choix de recourir à la prévention) et de « chance » (possibilité d'y accéder). Les patients qui avaient des devoirs commencent à s'intéresser à leurs droits, et les usagers/citoyens qui avaient des droits se voient proposer des devoirs. Avec le marché unique européen, on assiste à une relecture de la prévention où la notion d'utilisateur/consommateur individuel du système de soins progresse, alors qu'en France, historiquement, une représentation quasi exclusivement collective de la protection sociale était mise en avant. D'ailleurs, quand l'Union européenne crée une direction de la Santé, elle l'appelle « Direction de la Protection des Consommateurs et Santé ».

Les observations épidémiologiques révèlent de nombreux enjeux, en particulier éthiques, dans l'affectation des ressources : agir sur le seul système de soins ou développer les interventions dans l'ensemble du champ de la santé. Il est bien établi que « la dignité, le respect, la chance donnée ou retirée aux uns ou aux autres sont déterminants de la santé » (Jonathan Mann). De nombreux constats sont faits dans ce sens, mais les quelques actions mises en place sont souvent peu en adéquation avec le savoir établi sur les déterminants de santé.

La prévention dans son histoire s'appuie sur la notion de résultat collectif escompté, à partir d'une probabilité calculée. Elle se réfère à une logique de rentabilité plus ou moins immédiate au rythme des événements sociopolitiques, de stratégies efficaces et efficientes, de « service médical rendu ». Le défi en matière de programme de prévention est de toucher l'ensemble de la population destinataire. La prévention nécessite d'avoir du temps devant soi puisqu'il s'agit d'investir dans la santé pour obtenir un retour dans 20 à 30 ans : avoir un peu moins de maladies à soigner à un stade avancé, parce que prévenues plus tôt. Il ne peut y avoir de prévention sans vision ni disponibilité à long terme. Dans les communautés, comme l'école, où une prévention institutionnelle est mise en place, l'articulation entre approche individuelle et approche collective doit être définie plus avant. Des conflits d'intérêts entre la confidentialité vis-à-vis des personnes et la responsabilité collective peuvent bloquer les avancées de la prévention. Il reste donc à préciser d'une part ce qui doit être fait dans l'intérêt des bénéficiaires, d'autre part ce qui relève de la responsabilité collective des intervenants, dans le but de faire émerger des

pratiques consensuelles, qui respectent la dignité des personnes et les déontologies professionnelles.

Le présent rapport d'expertise concerne la démarche d'éducation pour la santé auprès des jeunes, en particulier au sein du milieu privilégié qu'est l'école ; il montre bien le chemin qui reste à parcourir pour mettre en évidence et en pratique la notion de préservation du « capital santé », en tant que complément indispensable à la notion de prévention des risques et des maladies. Il met l'accent sur l'intérêt de différents types de continuums à prendre en compte dans les stratégies utilisées : cohérence des programmes d'éducation pour la santé, de leur justification (objectifs) à leur mise en œuvre ; liens entre les actions proposées aux différents âges scolaires ; articulation entre l'individuel et le collectif, approches inséparables dans les pratiques d'éducation pour la santé.

**Marc Brodin**

Président de la Conférence nationale de Santé