

# Les cahiers de l'agenda santé

Santé, prévention et politiques publiques

## L'agenda santé - Lyon métropole

n°5 septembre 2005 / supplément

Je nourris une double ambition pour la métropole lyonnaise, une double ambition au cœur de laquelle les questions de santé tiennent une place de tout premier plan.

D'une part, dans le contexte d'hyper concurrence qui se dessine à l'échelle mondiale, il nous faut tout mettre en œuvre pour donner à la métropole lyonnaise une place digne de son histoire, de ses potentiels, mais aussi des ambitions multiples que nourrissent légitimement ses habitants, entreprises et forces vives.

Disons-le clairement, il nous faut nous interroger sur ce qui fondera notre puissance demain, et agir.

Dans le domaine économique, nous avons choisi de nous engager pleinement dans la révolution du vivant et de mettre particulièrement l'accent sur les industries de la santé. BioVision, Rhône-Alpes Génopôle, le Cancéropôle Lyon Rhône-Alpes, ou encore LYONBIOPOLE sont des projets de très grande envergure qui se concrétisent et avancent vite grâce à des partenariats inédits entre collectivités territoriales, secteur hospitalier, institutions scientifiques, monde académique et bien sûr acteurs économiques, mais aussi, à différents titres : l'Etat, l'Europe, ou encore l'OMS.

D'autre part, je souhaite que notre métropole soit créative sur le plan de l'urbanité. Dans une époque marquée par l'insécurité sociale, le repli sur soi et la souffrance psychique, *vivre bien, ensemble, dans la ville* devient un objectif central pour le Grand Lyon, qui contribue ainsi à la santé telle que celle-ci a été définie par l'OMS : "un état de complet bien-être physique, mental et social".

Le cahier de l'agenda santé N°4 présentait les perspectives de développement du pôle d'excellence lyonnais LYONBIOPOLE en matière de diagnostic, de vaccinologie et d'immuno-virologie. Celui-ci offre plus spécifiquement un éclairage sur les déterminants sociétaux, socio-économiques, environnementaux et génétiques de la santé. Apparemment fort éloignées l'une de l'autre, les deux thématiques sont reliées par l'enjeu central de la prévention. Cette liaison mériterait d'être approfondie à l'avenir, afin que l'ambition du développement de la métropole et celle du bien-être et de la qualité de vie dans la métropole soient spontanément perçues comme convergentes.

Gérard COLLOMB  
Président du Grand Lyon

## Sommaire

INTRODUCTION	p 3	LES POLITIQUES URBAINES PARTICIPENT-ELLES À LA PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ ?	p 31
LE RETOUR DE LA PRÉVENTION EN SANTÉ PUBLIQUE	p 7	LA QUÊTE DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE	p 37
ZOOM SUR L'ÉDUCATION À LA SANTÉ	p 13	CONCLUSION	p 43
GÉNÉTIQUE ET BIOTECHNOLOGIES : L'AVENIR DE LA PRÉVENTION ?	p 19		
PRÉVENTION DES RISQUES MAJEURS : ÉMERGENCE D'UNE POLITIQUE	p 25		

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>p 3</b>
La prévention, une simplicité en trompe l'oeil	p 3
La mise en œuvre de la prévention affronte la complexité	p 3
Enfin, la prévention revient !	p 4
La prévention donne un rôle nouveau aux acteurs locaux	p 5
La responsabilisation contre la liberté individuelle ?	p 5
L'avancée vers une société d'ordre	p 5
Le choix du cahier : la prévention comme interrogation	p 5
<b>LE RETOUR DE LA PRÉVENTION EN SANTÉ PUBLIQUE</b>	<b>p 7</b>
Interview d'Olivier Faure	p 8
Interview de Claude Bouchet	p 9
L'état de santé des rhônalpins reflète la situation française	p 10
<b>ZOOM SUR L'ÉDUCATION À LA SANTÉ</b>	<b>p 13</b>
Interview de Jacques Fabry	p 14
Interview de Dominique Ginet	p 15
Eduquer à la santé, responsabilité collective ou individuelle ?	p 16
<b>GÉNÉTIQUE ET BIOTECHNOLOGIES : L'AVENIR DE LA PRÉVENTION ?</b>	<b>p 19</b>
Interview de Pierre Miossec	p 20
Interview de Guy Llorca	p 21
Génétique et biotechnologies : de nouveaux outils de prévention ?	p 22
Quand le dépistage se transforme en risque...	p 23
<b>PRÉVENTION DES RISQUES MAJEURS : ÉMERGENCE D'UNE POLITIQUE</b>	<b>p 25</b>
Interview de Patrick Poquet	p 26
Interview de Georges Pasini	p 27
L'avenir de la prévention des risques majeurs : information, concertation et éducation	p 28
Les risques majeurs en métropole lyonnaise : des risques avérés, une gestion assumée, pragmatique et évolutive	p 29
<b>LES POLITIQUES URBAINES PARTICIPENT-ELLES À LA PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ ?</b>	<b>p 31</b>
Interview de Jean-Louis Touraine	p 32
Interview de Frédéric Rollet	p 33
Que sait-on des relations entre la ville et la santé ?	p 34
<b>LA QUÊTE DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE</b>	<b>p 37</b>
Interview de Gabriel Millon	p 38
Interview de Syvie Guillaume	p 39
L'insécurité sociale gagne du terrain	p 40
L'insécurité sociale impacte notre santé	p 41
<b>CONCLUSION (INTERVIEW DE THIERRY PHILIP)</b>	<b>p 43</b>

# INTRODUCTION

Par Cedric Polère

Pour sa cinquième livraison, l'Agenda santé a choisi d'interroger la prévention, vaste continent dont on mesurera l'étendue dans les pages qui suivent. Ce continent est celui de l'hétérogénéité. Quoi de commun en termes de « problématique » et de moyens à mettre en œuvre, entre la prévention du cancer du sein et celle des risques naturels en milieu urbain ? Cette hétérogénéité (relative, on le verra) traverse le cahier, comme elle traverse le monde de la prévention.

Mais avant d'entrer dans le vif du cahier, quelques mots ne seront pas inutiles pour introduire une notion moins

simple qu'il n'y paraît ; rappeler pourquoi la prévention tend à se replacer aujourd'hui (et c'est tant mieux !) au côté du soin, au centre du système de santé ; et signaler que de la multiplicité des points de vue et des réflexions des professionnels interviewés ressortent aussi des questionnements communs. Si l'avenir de la santé passe par davantage de prévention, que nous apprend la demande collective de prévention sur nous-mêmes, nos craintes et aspirations, et finalement sur les lendemains que nous contribuons à faire advenir ?

## La prévention, une simplicité en trompe l'oeil

Quoi de plus simple, a priori, que la prévention ? La prévention définit un ensemble de mesures prises pour prévenir un danger, un risque, un mal, pour l'empêcher de survenir. Ce type de démarche est profondément ancré dans les comportements humains : chacun cherche, en général, à anticiper les risques pour les éviter ou les minimiser. Au quotidien, des milliers de gestes vont en ce

sens : se couvrir quand il fait froid, se faire vacciner, attacher sa ceinture de sécurité et regarder dans le rétroviseur avant de virer quand on est automobiliste, et ainsi de suite. Mais si c'est si simple, pourquoi tant de ces « dérogations » appelées « conduites à risque » ? Pourquoi les politiques de prévention se heurtent-elles à tant de difficultés ?

---

Dans le champ de la santé, la **prévention** définit l'ensemble de mesures visant à éviter, à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents.

Les **objectifs de la prévention** sont de réduire la morbidité et la mortalité évitable liées aux comportements à risque, de réduire les menaces liées à l'environnement et de renforcer la protection des personnes et des communautés.

Les **actions de prévention** se basent sur l'appréciation des risques, puis sur des actions visant à favoriser leur réduction : éducation à la santé, mesures de protection, réglementation de l'activité socio-économique, mise en place de programmes d'intervention, vaccination, dépistage, prise en charge précoce.

La prévention est un secteur de **la santé publique**. La santé publique intègre aussi, selon la Loi du 9 août 2004, la prise en charge, la réadaptation, la recherche, la gestion des crises sanitaires, la protection des personnes et la formation.

**L'acte préventif est souvent opposé à l'acte curatif**. Le premier répond à un problème potentiel, le risque, alors que le second répond à un problème actuel, le symptôme, et à une demande. Les effets de l'action curative sont généralement visibles et à court terme, ceux de l'action de prévention sont par définition non perceptibles, aléatoires. En pratique, les deux approches sont imbriquées, ne serait-ce que parce qu'elles sont souvent mises en œuvre par un même professionnel. De nombreux actes de soins sont aussi des actes de prévention : c'est le cas, par exemple, de la prise d'une tension artérielle dans un cabinet médical.

---

## La mise en œuvre de la prévention affronte la complexité

La prévention affronte d'abord la complexité humaine, car disposer d'une information sur les risques encourus ne dispense pas de les courir. En cause, la « légèreté de l'être » chère à Milan Kundera, le plaisir ou l'intérêt qui l'emporte parfois sur le risque (pouvons-nous avoir plaisir à vivre si l'on mesure constamment les risques que l'on court ?). Le fait que dans toute société, les individus ne se soumettent pas aisément aux normes. Mais encore des rationalités sociales dans l'appréhension des risques qui diffèrent de celles des experts. En 2002, le rapporteur du séminaire « risque » du Commissariat général du plan notait que le public est prêt à accepter des risques volontaires plus de mille fois supérieurs aux risques

involontaires<sup>1</sup>. Pour cette raison, l'intolérance est bien moindre envers les risques individuels, où le risque se prend ou se refuse en connaissance de cause, qu'envers les risques collectifs.

La prévention affronte la complexité qui résulte des interactions entre individu, société, et environnement. Cette complexité est proprement vertigineuse sous le rapport des risques encourus et des moyens de les prévenir. La personnalité, l'expérience et les conditions sociales et économiques font que chacun met en œuvre différemment sa capacité à exercer des choix en matière de comportement. Chacun se trouve dans une position plus ou moins vulnérable par rapport aux risques de maladie et d'accident.

1 - Michel Matheu, La décision publique face aux risques, rapport du séminaire « Risques », Commissariat général du plan, 2002.

La prévention affronte la complexité des « déterminants » de santé. Il n'y a pas de causalité simple entre un comportement (ou l'environnement) et une pathologie. Tout professionnel de la prévention sait que les risques résultent de facteurs qui peuvent être multiples, et se conjuguer. De ce fait, les actions de prévention n'agissent que sur certains d'entre ces facteurs, avec une efficacité limitée et toujours difficile à évaluer. Au demeurant, les facteurs de risques dont le rôle est probable ou avéré dans une pathologie comme le cancer, sont pour certains non modifiables (âge, sexe, antécédents familiaux, et à ce jour, potentiel génétique). Et encore faut-il avoir une connaissance suffisante des facteurs de risque pour assurer prévention efficace et médiatisation du risque. Alors que l'impact réel de l'alimentation sur les cancers par exemple reste encore mal connu, manger bio relève souvent d'une attitude de prévention !

La prévention affronte la complexité dans la mise en œuvre de la réponse, ce dont témoignent les médecins, élus, techniciens et éducateurs interviewés dans ce cahier. La multiplicité des facteurs de risque fait que la prévention déborde très largement du champ de compétence et d'action du ministère de la santé et des professionnels de santé. Elle induit la multiplicité des réponses préventives possibles, et une coordination de l'action qui ne va pas de soi.

Enfin, la prévention affronte la complexité car la santé ne se réduit pas à l'absence de maladie et d'infirmité. A partir du moment où, suivant la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, nous considérons que l'on gagne à appréhender la santé dans ses dimensions physique, psychique, mais aussi de « bien être social » [ce qui n'est pas sans être malaisé<sup>2</sup>], le champ couvert par la prévention devient un véritable continent.

### Les déterminants de la santé, leur impact et les leviers d'action en matière de prévention

Déterminants de la santé <sup>1</sup>	Type d'impacts sur la santé (ex.)	Type d'actions de prévention (ex.)
<b>Modes de vie</b> Tabac, alcool, drogues, alimentation, activité physique, autres conduites à risque	Certains cancers, maladies cardiovasculaires, obésité, diabète, accidents (routiers, domestiques...)	Education à la santé Action sanitaire et sociale contre les addictions Ediction de normes réglementaires concernant les aliments et les drogues licites Dépistage pour le traitement précoce des pathologies et les risques de récurrences Politiques d'urbanisme, de déplacement...
<b>Déterminants socio-économiques</b> Education, accès aux soins, type d'emploi, conditions de travail, inégalités de revenus	Mortalité prématurée, accidents et maladies professionnelles, stress, dépression	Politiques de réduction des inégalités de ressources (redistribution, RMI...) Amélioration de l'accès au système de santé (CMU...) Prévention des différentes formes de violence
<b>Environnement</b> Qualité de l'air, qualité de l'eau, bruit, champs magnétiques, rayonnement solaire, pollens, risques naturels, technologiques et industriels	Maladies respiratoires, asthme, certains cancers, stress, troubles du sommeil, allergies, accidents, maladies diverses	Ediction de normes réglementaires concernant l'émission de polluants atmosphériques Action sur la qualité de l'habitat, l'urbanisme, les déplacements, choix énergétiques Gestion des risques naturels et technologiques
<b>Génétique</b>	Maladies héréditaires Prédispositions en lien avec l'hérédité	Dépistage génétique, diagnostic des maladies Identification de nouveaux traitements

## Enfin, la prévention revient !

La sensibilité des Français est considérable sur les thématiques des risques et de l'impact sur la santé de l'environnement et de l'alimentation. Nos attentes de maîtrise des risques de la part des autorités sont les raisons du réinvestissement de la santé publique et de la prévention au sein de la politique de santé (loi du 9 août 2004). Mais ce renouveau répond aussi à une ambition plus profonde. Le système de soin est dans l'incapacité de répondre seul à l'ensemble des problèmes de santé publique, cancers,

maladies cardio-vasculaires, obésité, dépressions nerveuses et maladies neuro-dégénératives..., dont beaucoup relèvent de l'environnement, des modes de vie et des transformations socio-économiques. La conscience accrue de ces déterminants favorise l'inflexion des politiques de santé vers la prévention. Déjà en 1994, une étude du Haut Comité de la Santé Publique estimait que l'état de santé de la population française ne dépendait que de 15 à 20% de l'effet direct du système de soins, le reste

<sup>2</sup> - La notion de bien-être est porteuse de contradictions. Les individus peuvent faire des choix de vie qui leur procurent un bien être mais nuisent à leur santé au regard de la médecine.

dépendant des comportements individuels et de l'environnement social et économique. La plupart des pathologies et des causes de morbidité peuvent être réduites par des actions appropriées de prévention. C'est le cas (en partie) des trois principales causes de mortalité prématurée que sont les cancers, les accidents de la circulation et les

suicides. La prévention est parfois l'unique solution à défaut de traitement efficace (cancer des voies aérodigestives supérieures par exemple), d'où l'importance de l'éducation à la santé et des dépistages associés à un traitement précoce. L'enjeu est finalement de rehausser le système de prévention par rapport au système de soin.

## La prévention donne un rôle nouveau aux acteurs locaux

L'accent porté sur la prévention donne un rôle nouveau aux initiatives locales, associatives et des collectivités. Alors que les collectivités locales n'ont pas les compétences pour agir dans le champ du curatif, elles ont en revanche la légitimité (le devoir ?) et la capacité de répondre aux attentes de prévention des habitants à travers leurs politiques. De fait, les collectivités locales se saisissent de plus en plus de la thématique de la santé, à travers le bien-être et la qualité de vie, l'éducation et la promotion de la santé, l'accessibilité au soin, et le déve-

loppement durable (la prévention, en tant qu'anticipation de la globalité des effets attendus d'une action, est au cœur du paradigme de développement durable). A la lecture du cahier, on remarquera que la Région Rhône-Alpes renforce son soutien aux actions de prévention et définit des priorités de prévention dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique ; que le Grand Lyon agit à de multiples niveaux en matière de prévention des risques, et pourrait faire de la prévention (s'il le décidait) un référentiel de ses politiques.

## La responsabilisation contre la liberté individuelle ?

A la lecture du dossier, on mesurera à quel point la notion de responsabilité est placée au cœur des démarches préventives. Cela traduit une nouvelle approche des politiques publiques. L'Etat encourage la diffusion d'une « culture du risque » qui incite chacun à se prendre en charge : orientation dans le sens de la prévention individuelle en matière de santé (« soyez acteur de votre santé », « autonome et responsable face au risque »), de suivi médical, de dépistage précoce des pathologies, d'évaluation des risques professionnels par les employeurs, de contrôle des prescriptions par le médecin, de leur responsabilité en matière d'arrêt de travail et d'équilibre de l'assurance maladie<sup>3</sup>. L'idée est que chacun, patient, professionnel de santé, enseignant, industriel, s'implique à son niveau pour mettre la prévention au centre des comportements. Cette démarche est évidemment favorable à la prévention, ne serait-ce que parce qu'elle combat l'idée de fatalité (la moitié des Français estime encore que c'est la

fatalité qui explique les accidents de la route !). Elle soutient l'idée de responsabilité de chacun vis-à-vis de la collectivité. Elle interpelle l'ensemble des acteurs ayant une dimension préventive. Ce principe légitime aussi la participation accrue des usagers aux débats préalables aux décisions de santé publique, et devrait apporter efficacité accrue du système de santé et réduction des coûts ! Pourtant, cette philosophie de l'action n'est pas sans engendrer des débats. Ne tend-on pas à imputer aux individus des responsabilités qu'ils n'ont en réalité que très partiellement, ce que note l'historien Olivier Faure dans son interview : il est plus facile de demander aux individus de changer que de changer l'organisation sociale ou l'organisation du travail. Et que signifient autonomie et responsabilité, si les comportements « responsables » sont édictés de manière très stricte par la collectivité et ne laissent pas de véritable choix à l'individu ?

## L'avancée vers une société d'ordre

La polarisation des sociétés développées sur la question des risques, l'appréhension de la santé comme droit, valeur et idéal, le culte du corps, la hantise du vieillissement, traduisent une évolution sociale. Elle favorise le développement de la prévention, puisque le souci du risque et la valorisation de la santé en sont des composantes essentielles. Mais elle est problématique à plus d'un titre. L'inflexion vers la prévention ne traduit-elle pas,

aussi, la montée des peurs, des incertitudes, des attitudes défensives ? Ne vient-elle pas alimenter le « marché » de l'inquiétude, que se partagent les industries pharmaceutiques, de l'agroalimentaire<sup>4</sup>, voire même certains loisirs à visée thérapeutique. En plaçant la prévention et l'élimination des risques au centre de l'action publique, ne favorise-t-on pas un durcissement des normes juridiques, sociales et morales ?

## Le choix du cahier : la prévention comme interrogation

La prévention interroge la plupart des champs de l'action, soit par la problématique de réduction des risques ayant un impact sur la santé, soit par celle d'amélioration du bien-être, soit par les deux à la fois.

Partant de ce constat, le cahier a choisi d'interroger comment les enjeux de prévention se déclinent et se transforment aujourd'hui, dans six champs majeurs.

L'amélioration de la prévention renvoie d'abord à l'organisation du système de santé, ce que traduit l'actuelle réorganisation des politiques de prévention au niveau régional. La coordination entre les acteurs de santé est faible en matière de prévention et quasi inexistante avec l'ensemble des « producteurs de risques », intervenants dont les actions sont à l'origine du risque. Au niveau local,

3 - Kokoreff Michel, Rodriguez Jacques, La France en mutations. Quand l'incertitude fait société, Paris, Fayard, 1996

4 - Pensons par exemple aux aliments « light », allégés en matières grasses, riches en Omega 3, sensés prévenir obésité et maladies cardio-vasculaires.

nous ne trouvons pas davantage d'articulation entre la politique publique de santé (Plan Régional de Santé Publique) et la planification définissant les grands choix d'aménagement, d'urbanisme et de déplacement (Schéma de Cohérence et d'Orientation Territoriale). La marge de progression susceptible d'être apportée par une transformation de l'organisation est considérable.

L'éducation à la santé est la variable clé de l'acquisition de comportements favorables à la santé. Notons simplement ici que selon l'économiste de la santé Jean de Kervadoué, le niveau d'éducation, et particulièrement le niveau d'éducation des femmes, expliquerait le mieux les variations de la santé des Français (Le Monde, 19-20.12.2004).

Les progrès de la recherche en génétique ouvrent aussi des perspectives nouvelles, déroutantes même en matière de prévention : aliments favorisant la prévention des maladies ou des carences, nouvelles formes de vaccins, puces à ADN dans le diagnostic et la prévention des risques. Cette révolution pose des questions éthiques abyssales.

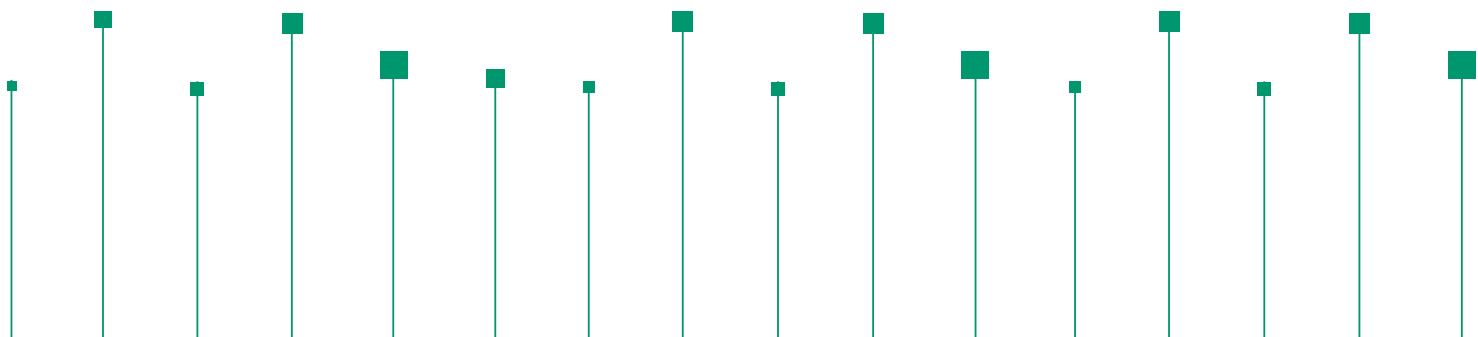
Avec les politiques de prévention des risques naturels et technologiques, nous quittons pour l'essentiel les rivages « institutionnels » de la prévention en matière de santé. Pour autant, la prévention des risques majeurs a une dimension sanitaire, tant par son impact potentiel direct

(accidents, mortalité) que par les effets indirects ou différés (pollutions par exemple).

Quant aux politiques urbaines, nous pourrions nous demander pourquoi elles se reconnaissent si peu dans l'enjeu de prévention, alors qu'elles y contribuent de mille manières. Cela déborde de très loin ce à quoi nous pensons de manière spontanée : réduction du bruit, qualité de l'eau ou gestion des déchets. A titre d'exemple, si les personnes âgées ne peuvent se déplacer de manière autonome dans leur quartier (ce qui implique aménagement de l'espace, modes de déplacement, bancs pour se reposer, éclairage urbain suffisant, etc.), ne précipite-t-on pas une perte d'autonomie qui rime souvent avec départ en institution ?

Pour clore le dossier, nous interrogerons les limites inhérentes aux politiques de prévention, lorsque les principaux facteurs en cause sont hors de leur portée. Le sentiment diffus d'insécurité et de mal être qui traverse la société pourrait-il être prévenu autrement que par un retour au plein emploi ? La montée des formes diverses de détresse psychique n'est-elle pas profondément liée une transformation de nos sociétés dans le sens de l'affaiblissement des cadres producteurs de sens et de protection ?

4 - Dans son rapport 2003, l'Inspection Générale des Affaires Sociales faisait du décroisement un enjeu central : construire une politique interministérielle, faire communiquer la prévention sanitaire liée à l'environnement et celle liée au travail, assurer une continuité dans les politiques de santé, mieux intégrer prévention et soin... (IGAS, Santé, pour une politique de prévention durable, rapport annuel 2003)





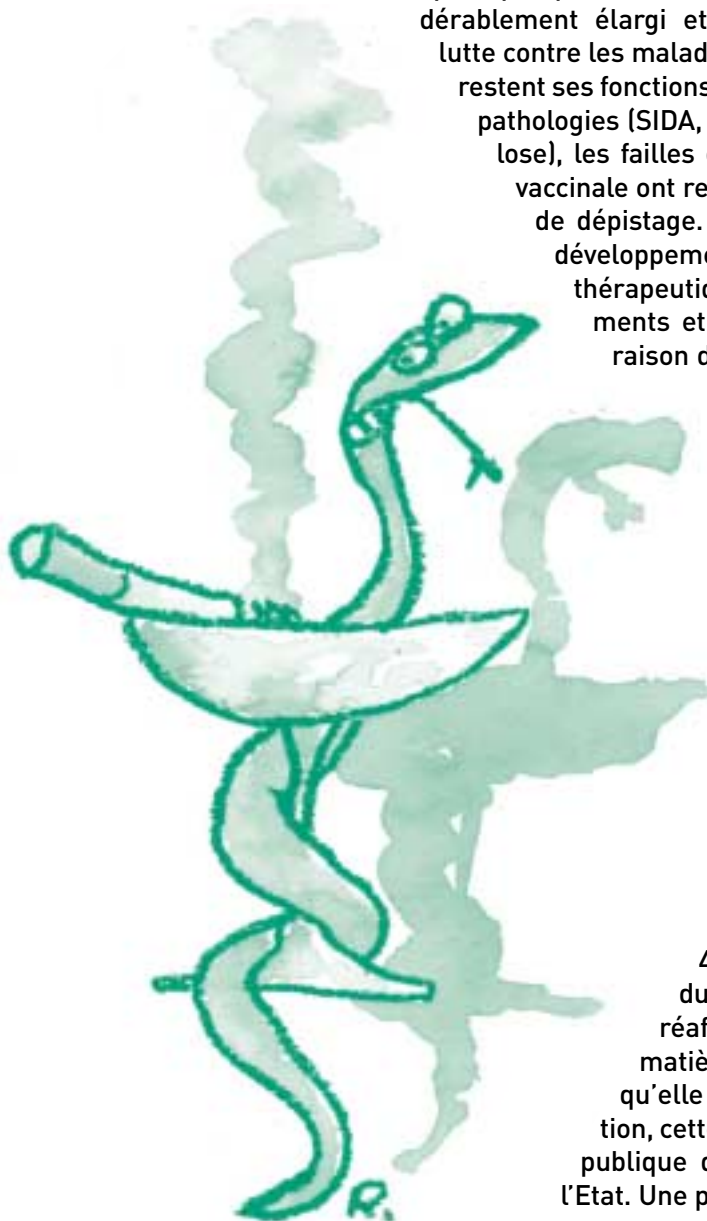
# LE RETOUR DE LA PRÉVENTION EN SANTÉ PUBLIQUE

Par Laure Bornarel

L'OMS distingue trois niveaux de prévention. La prévention primaire a pour objectif d'éviter l'apparition de la maladie ou du traumatisme en agissant sur les facteurs de risque via la vaccination, la promotion et l'éducation à la santé. La prévention secondaire vise la détection de la maladie par des actions de dépistage. La prévention tertiaire cherche à diminuer les incapacités, les séquelles ou les récives notamment par l'éducation thérapeutique. La prévention désigne l'un ou l'autre de ces types d'interventions, voire une combinaison d'entre eux. C'est l'un des outils de la santé publique. Celle-ci se définit par un ensemble d'actions collectives visant à améliorer la vitalité et la longévité des individus en prévenant les maladies. Les spécialistes s'accordent à dire que la santé publique ne couvre pas les soins, même si les préventions secondaires et tertiaires peuvent inclure des actes médicaux.

Depuis quelques décennies, le champ de la santé publique s'est considérablement élargi et complexifié. Surveillance épidémiologique, lutte contre les maladies transmissibles et réglementation sanitaire restent ses fonctions traditionnelles. Mais l'apparition de nouvelles pathologies (SIDA, SRAS...), la résurgence de maladies (tuberculose), les failles observées dans la couverture et la confiance vaccinale ont remis en cause les dispositifs de surveillance et de dépistage. De nouveaux fronts se sont ouverts avec le développement des infections nosocomiales et les excès thérapeutiques (consommation inconsidérée de médicaments et usage inapproprié des antibiotiques). Et, en raison du retentissement dans l'opinion des crises du sang contaminé, de la vache folle, de la dioxine, de l'amiante ou de la canicule... la sécurité sanitaire s'impose aujourd'hui comme l'un des volets majeurs de la santé publique.

La demande de protection de la population ayant été fortement relayée par les médias, la préservation de la vie est devenue un enjeu politique essentiel. Par une modernisation de son système de veille avec la création de grandes agences de sécurité, l'Etat s'est progressivement réapproprié la question de la santé publique. Le mouvement s'est confirmé avec l'introduction en droit sanitaire de la notion de prévention (loi du 4 mars 2002) puis, plus récemment, avec la loi du 9 août 2004 : redéfinition de la santé publique, réaffirmation des prérogatives de l'Etat en la matière, réorganisation territoriale... Enfin, parce qu'elle instaure l'évaluation des mesures de prévention, cette nouvelle loi fait basculer la politique de santé publique dans une logique de résultat novatrice pour l'Etat. Une petite révolution...



## Avec le développement des maladies dégénératives, nous nous retrouvons dans le même type de situation qu'au 18<sup>e</sup> siècle : la cause pathologique est souvent connue mais notre capacité curative est limitée

Olivier Faure, Professeur d'histoire contemporaine, Université Lyon 3. Membre du Laboratoire de Recherche Historique en Rhône-Alpes (LAHRA).

Entretien réalisé le 26 juillet 2005 par Laure Bornarel

### Pourriez-vous nous présenter les débuts de la prévention en France ?

C'est à la fin du 18<sup>e</sup> siècle que la notion de santé publique émerge et apparaît comme l'une des prérogatives de l'Etat. A l'époque, les origines et mécanismes des maladies sont connus, mais la médecine n'est pas encore capable de les soigner. Elle se réfère donc à l'adage de la tradition ancienne, « mieux vaut prévenir que guérir », et donne une place centrale à la prévention. Les techniques de lutte restent axées sur les conditions de travail et les comportements. La société a conscience du lien entre la situation sociale et l'état de santé de la population. L'idéologie des Lumières développe l'utopie de la réduction voire de la disparition des maladies grâce à une transformation de l'organisation sociale... Mais après la Révolution, la remise en cause de celle-ci est plus délicate, les discours se centrent sur la modification des comportements individuels. La prévention devient vite culpabilisante.

### Auriez-vous un exemple concret ?

La lutte contre la tuberculose illustre parfaitement ce phénomène. Le bacille de Koch est mis en évidence en 1880 et les tentatives de vaccin échouent jusqu'en 1921. L'agent de cette maladie contagieuse est connu mais on ne sait pas comment le détruire. La lutte ne peut porter que sur l'environnement de la population. Les mesures se concentrent sur le logement. On insiste sur la tenue du ménage : ne pas cracher par terre, aérer, éviter d'avoir des bibelots qui pourraient laisser prise au virus, etc. Le discours devient vite moralisateur : on prête aux tuberculeux un penchant pour l'alcool et une prédisposition aux plaisirs vénériens... D'après le Professeur Landouzy, « la tuberculose s'attrape sur le zinc » ! Les comportements individuels sont incriminés et les trois fléaux sociaux de l'époque associés : alcool, tuberculose, maladies vénériennes... C'est néanmoins la première fois que la collectivité s'empare d'une question de santé et que les gens sont directement interpellés pour se protéger. Le dispositif des dispensaires et des sanatoriums est mis en place. En fait, l'organisation actuelle de la santé publique date de cette époque.

### Comment la prévention de la tuberculose au 18<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> siècle a-t-elle influencé le système de santé contemporain ?

Les dispensaires étaient des institutions qui surveillaient les familles suspectes ou menacées de tuberculose par le biais de « visiteuses de l'hygiène ». Celles-ci étaient chargées de se rendre dans les domiciles, de mener des enquêtes sociales et de prêcher la bonne tenue des ménages. Elles distribuaient également des vivres et autres secours aux familles nécessiteuses. C'est ainsi que

l'articulation entre le sanitaire et le social est née : les visiteuses de l'hygiène sont devenues les assistantes sociales en 1938. Quant aux sanatoriums, il s'agissait d'hôpitaux spécialisés pour tuberculeux curables. Implantés en moyenne montagne pour la pureté de l'air, leur reconversion a été un problème : lieu de réadaptation pour les accidentés de la route, maisons de retraite pour personnes âgées...

### Quelles ont ensuite été les grandes étapes de l'histoire de la prévention ?

Sauf dans le discours, elle n'a jamais occupé une très grande place : au moins à partir de la fin du 19<sup>e</sup> siècle, la rétribution des médecins a été établie sur des prestations à visée thérapeutique. La médecine préventive est devenue plus technique avec la multiplication des vaccins entre 1920 et les années 1960. Et, de nos jours, nous nous retrouvons dans le même type de situation qu'au 18<sup>e</sup> siècle : le développement de maladies dégénératives comme le cancer apparaît étroitement lié à l'environnement. La cause pathologique est souvent connue mais notre capacité curative est limitée. La remise en question de l'organisation sociale reste faible (combien d'années a-t-il fallu pour qu'il y ait une reconnaissance officielle de l'impact de l'amiante sur la santé ?) et, de nouveau, la prévention est prioritairement conçue pour inciter à la modification des comportements individuels (consommation de tabac, d'alcool, etc.).

### Il y a-t-il une évolution des outils de prévention ?

A ma connaissance, nous sommes plus dans la continuité que dans la nouveauté. L'argumentaire joue toujours sur la peur. Depuis 1875, combien de foies cirrhotiques ont été exposés ? Le phénomène de l'alcoolisme a décru seulement en 1950, sans doute plus en raison de transformations sociales que de l'efficacité de la propagande. Le succès des dernières campagnes de prévention est aussi à examiner sous cet angle : la conscience sociétale de la valeur « santé » a considérablement évolué durant les dernières décennies. La préservation de la santé, le prolongement de la durée de la vie, l'amélioration de la forme et des capacités physiques sont devenus des objectifs centraux dans notre existence. Les campagnes de prévention rencontrent un écho positif non pas en raison d'une plus grande efficacité mais parce que la population est prête à les entendre.

Retrouvez l'intégralité de l'interview d'Olivier Faure sur [www.millenaire3.com](http://www.millenaire3.com)



# L'éducation à la santé ne se prescrit pas comme un médicament

**Claude Bouchet, Directeur du CRAES-CRIPS, Espace Régional de Santé Publique.**

*Entretien réalisé le 26 juillet 2005 par Laure Bornarel*

## **En guise d'introduction, pourriez-vous nous dire un mot sur les différents modes de prévention et leur efficacité ?**

Trois modes d'actions préventives sont souvent distingués. Premier cas de figure, la personne est réduite au risque qu'elle prend en s'adonnant à un comportement. On lui fait peur et on la culpabilise. Deuxième cas : on analyse et on reconnaît les bénéfices directs que la personne tire de son comportement. On l'accompagne pour la faire évoluer dans son contrôle du risque. Troisième possibilité : on travaille au renforcement des facteurs de protection de la personne et au développement de ses capacités à gérer les situations de stress. La prévention est un mélange de ces trois modes. La question de son efficacité est complexe : qu'est-ce qui pousse chacun d'entre nous à modifier un comportement ? La prise de décision finale est souvent en partie liée à une dimension d'analyses et de connaissances, à une dimension relationnelle d'écoute et d'échanges, etc. Le tout prend nécessairement du temps. L'éducation à la santé ne se prescrit pas comme un médicament : un changement de comportement s'opère dans la durée, c'est le produit d'un ensemble de facteurs.

## **Quelle est votre perception de la nouvelle loi de santé publique ?**

Ma première réaction est positive puisque c'est une loi destinée à développer la prévention dans le champ de la santé publique. La cohérence des programmes et l'implication des acteurs devraient a priori en être renforcés. Il existe quand même un risque qu'il faut pointer : la réorganisation se fait autour d'une approche par pathologies plutôt que par populations. S'il est intéressant en soi de mettre des moyens sur des priorités, cela peut aussi entraîner l'abandon d'une approche plus large de promotion de la santé lorsque les budgets sont contraints. Recherche du bien-être, démarche éducative, amélioration des relations intergénérationnelles... peuvent passer à la trappe. Ce risque est tout à fait maîtrisable si les politiques régionales s'élaborent en concertation avec les différents acteurs concernés. Un processus démocratique basé sur un système de consultations doit être intégré aux conférences régionales de santé publique prévues dans la nouvelle loi.

## **Votre souhait semble rencontrer une forte demande institutionnelle de voir le monde associatif se structurer...**

Le CRAES-CRIPS fait partie d'un collectif constitué en avril 2004 à la suite d'un gel budgétaire. Une soixantaine d'associations y ont participé à un moment ou à un autre. Cette mobilisation a aidé à l'obtention d'une aide d'urgence de la Région. L'expérience perdure mais révèle également les difficultés d'agencer des logiques associatives

très diverses. La définition d'une plate-forme commune doit être, à mon sens, un phénomène non contraint : les associations s'organiseront d'autant mieux si elles sont perçues comme des partenaires et non comme de simples opérateurs. De par leur proximité de terrain, leur implication militante et la compétence de leurs équipes, elles ont une plus-value à partager. En fait, nous apprécions d'avoir un accompagnement institutionnel pour franchir ce cap de structuration. Comment mieux fonctionner ensemble sur le plan de la gestion, des ressources humaines, de la mutualisation des services... ? La gestion du changement n'est pas évidente. La structuration des réseaux associatifs est un enjeu important, plus ou moins avancé selon les « familles » d'associations. Nous travaillons actuellement à une formalisation plus légitime du collectif pour faciliter notre représentation. Cela devrait aboutir courant 2005. En sachant qu'il ne suffit pas de créer une plateforme associative : il faut aussi la faire vivre en maintenant des processus de démocratie participative.

## **Une des nouveautés liée à cette loi de santé publique est l'évaluation des programmes de prévention. Votre avis ?**

C'est un objectif nécessaire s'il est négocié avec les acteurs de prévention. Actuellement, les indicateurs mobilisables pour l'évaluation sont souvent du côté de la morbidité et des changements de comportements à court terme. Le milieu associatif estime que des indicateurs intermédiaires doivent être pris en compte. Prenons l'exemple de l'obésité chez les enfants et les adolescents. La restriction peut, dans un premier temps, donner le résultat escompté. Le levier actionné risque fort d'être celui de la culpabilité et du contrôle, ce qui peut entraîner un surcroît de souffrance et provoquer des comportements contraires. Pour s'inscrire dans la durée, il faut un accompagnement pluridisciplinaire et des modifications de l'environnement. Les démarches doivent être souples et chaque acteur doit pouvoir mettre en place et partager des indicateurs en lien avec sa pratique. Cela sous-entend aussi des rencontres entre professionnels pour renforcer la complémentarité... Or, aujourd'hui, la tendance est de financer les temps d'intervention et moins la concertation, qui est pourtant essentielle.

Retrouvez l'intégralité de l'interview de Claude Bouchet sur [www.millenaire3.com](http://www.millenaire3.com)

# L'état de santé des rhônalpins reflète la situation française

## ■ Rhône-Alpes : une région emblématique des caractéristiques nationales

**R**elativement riche et avec une population plutôt jeune, Rhône-Alpes se positionne légèrement au-dessus de la moyenne française en termes d'accès aux soins et d'état de santé de ses habitants. La région compte quelques 9 000 décès prématurés (avant 65 ans) par an, la moitié étant considérée comme évitable. Les comportements à risques en Rhône-Alpes sont majoritairement représentatifs de ceux de l'ensemble des Français, à quelques nuances près : bien que courante, la consommation d'alcool génère localement moins de décès qu'ailleurs (59 décès pour 100 000 hommes contre 69 au niveau national). Même tendance pour la consommation de tabac (1323 cigarettes par an et par habitant contre 1426), la mortalité par suicide et le nombre d'enfants obèses (12% contre 14%). Par contre, l'usage du cannabis est plus répandu... Et le nombre d'accidents du travail plus fréquent, vraisemblablement en raison de la forte implantation de l'industrie et du bâtiment. Quant au nombre de maladies professionnelles, il augmente de

2 210 cas en 2001 à 3 030 en 2003 : il s'agit pour le tiers de troubles musculo-squelettiques.

### De fortes disparités territoriales

La principale caractéristique de Rhône-Alpes réside dans ses inégalités territoriales. Les cartes de mortalité générale et prématurée montrent que les populations de la région ne sont pas également exposées aux risques selon le territoire sur lequel elles vivent. Quatre facteurs semblent jouer : la moyenne d'âge et le niveau d'éducation des habitants, l'éloignement de l'offre de soins et la précarité de la situation socio-économique des foyers. Les zones suivantes apparaissent comme fortement marquées à la fois par la pauvreté des ménages et l'importance des taux de mortalité : l'axe Lyon/Saint-Etienne, la région de Montélimar, une partie du Bugey et une partie de la Haute-Ardèche. Le Nord du Rhône, très impacté par la mortalité prématurée, ne concentre cependant pas de foyers à bas revenus.

## ■ Cap sur la prévention avec la loi du 9 août 2004 !

### Un retard en prévention à combler

Si la France est un pays où l'espérance de vie est l'une des meilleures au monde pour les personnes âgées de plus de 65 ans, elle est par contre la plus faible en Europe (avec le Portugal) pour les moins de 65 ans ! La plupart des causes de cette surmortalité prématurée sont évitables : elles tiennent à des comportements individuels ou collectifs modifiables (consommation de tabac, d'alcool, accidents, suicides...). Parallèlement, alors que l'ensemble des soins est accessible à tous les citoyens, de profondes inégalités de santé, sociales, géographiques ou associées aux handicaps perdurent. Ces trois

types d'inégalités sont liés, sans que l'on puisse établir des relations de cause à effet simples. Deux caractéristiques de notre système de santé peuvent contribuer à cette situation. D'une part, les ressources allouées à la demande spontanée de soins (approche individuelle) sont bien plus élevées que celles attribuées à l'approche populationnelle (où les questions de santé sont appréhendées par des éléments communs à la population ou à un groupe de la population, comme, par exemple, le dépistage du cancer du sein). D'autre part, la grande dispersion des acteurs et des compétences de notre système de santé multiplie les initiatives sans garantir d'efficacité.

### Petite histoire de la prévention

La première grande loi relative à la santé publique remonte à 1902 : elle rend obligatoire la vaccination antivariolique, la promulgation d'un règlement sanitaire par les communes et l'établissement d'une liste de maladies transmissibles. Cette approche hygiéniste et préventive est peu à peu remplacée par le développement des techniques de soins, l'essor de la médecine curative et la création des régimes d'assurance-maladie. Avancées thérapeutiques et financement d'un système de protection social de plus en plus coûteux se placent au centre des préoccupations institutionnelles et médiatiques. La puissance du pouvoir médical et l'efficacité accrue de la médecine font passer la prévention au second plan.

L'émergence du Sida dans les années 80 constitue un tournant : cette nouvelle maladie transmissible nécessite une information sanitaire accompagnée d'un véritable plan de prévention national pour enrayer l'épidémie. Les associations de patients apparaissent. Suivent les affaires du sang contaminé, de la dioxine, de la « vache folle », la persistance des infections nosocomiales, la canicule, etc. Autant de crises sanitaires qui poussent l'Etat à développer une politique de prévention et d'éducation à la santé. Pour pallier au déficit d'expertise mis en évidence, la fin des années 90 voit se moderniser le système de veille avec la création de grandes agences de sécurité pour les produits alimentaires (AFSSA) et les produits de santé (AFSSAPS). En 1998, c'est l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) et le Fond National de Prévention, d'Education et d'Information en Santé (FNPEIS) qui sont fondés. Et en 2002, la mise en place de l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) redonne ses lettres de noblesse à la prévention. La définition de celle-ci est enfin introduite en droit sanitaire français avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : « *La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accidents. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de se protéger et d'améliorer sa propre santé.* »

## Une loi de restructuration nationale de la santé publique

Pour cesser d'opposer soins et prévention, réduire les inégalités de santé et la surmortalité prématurée en optimisant les compétences existantes, une loi de santé publique a été votée pour la première fois depuis près d'un siècle. La Loi du 9 août 2004 reprend la notion de prévention définie par la loi du 4 mars 2002 en la replaçant dans un cadre plus large de santé publique. Celle-ci est décrite comme allant de la prévention à la prise en charge en passant par la réadaptation, la recherche, la gestion des crises sanitaires, la protection des personnes et la formation. La responsabilité de l'Etat à l'égard de la santé de la population est affirmée : une loi de santé publique plaçant le système sous objectifs doit être votée au Parlement tous les 5 ans. Elle donne des objectifs nationaux exprimés en résultats sur l'état de santé de la population. Pour les atteindre, des plans et des programmes nationaux de santé publique sont déterminés. Un partenariat est organisé parmi les acteurs de santé, en particulier au niveau régional. L'évaluation de l'ensemble des actions menées est prévue. En termes d'organisation, c'est l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui gère les programmes nationaux de santé publique et concourt à l'élaboration des programmes régionaux. En 2005, le budget pour le programme santé publique et prévention a été fixé à 209 M€, contre 189.2 en 2004. Les crédits à destination de l'INPES ont été maintenus à 22.7 M€.

## Une mise en cohérence des politiques régionales de santé publique

La Loi du 9 août 2004 invite les acteurs régionaux de la santé publique à poser un « diagnostic partagé » dans le cadre de la Conférence régionale de santé : état de santé de la population de la Région, bilan des programmes et actions mis en œuvre, récapitulatif des ressources. En cohérence avec les programmes nationaux et les spécificités régionales, un Plan régional de santé publique (PRSP) est arrêté par le Préfet de Région. Cadre de référence de la politique nationale de santé publique dans la Région, le PRSP est le fruit d'un consensus entre les principaux décideurs régionaux de santé : Caisse Régionale d'Assurance Maladie, l'Etat via l'Agence Régionale d'Hospitalisation, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, et, s'ils le souhaitent, le Conseil Régional et les collectivités locales. Ces acteurs institutionnels sont regroupés dans un Groupement régional de santé publique (GRSP). Le GRSP est chargé de mettre en place sur 5 ans les programmes du PRSP : pluriannuels, ils peuvent démarrer à des moments différents les uns

des autres et leurs résultats sont évalués. Le financement du GRSP et du PRSP se fait à partir d'une réorientation des budgets du Fond National de Prévention, d'Education et d'Information en Santé (via l'URCAM) et de l'Etat (DRASS, ARH).

## (Re)structuration des acteurs de la prévention

Une fois définies, les priorités régionales du PRSP sont mises en œuvre au moyen de conventions, d'appels d'offres ou d'appels à projets. La presque totalité (95%) des promoteurs de projets sont des structures associatives, complétées par quelques collectivités locales, hôpitaux et mutuelles. Les associations font partie intégrante du système de santé, notamment dans sa partie préventive, depuis de nombreuses années. Associations d'usagers, associations composées exclusivement de professionnels, d'autres exclusivement de bénévoles, d'autres encore mixant leur organisation entre les deux... Elles sont 2 200 à être répertoriées en Rhône-Alpes. Selon l'Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes, plus de 450 sont susceptibles de porter des projets de santé publique. En lien avec les institutions, elles ont développé des actions d'éducation pour la santé et des interventions de proximité, visant en particulier les populations les plus précaires ou marginales. Information, sensibilisation, formation et éducation pour la santé font partie de leurs principales missions. En réponse à la nouvelle loi de santé publique, la fédération par thèmes ou par public se développe dans le monde associatif. Cette structuration est soutenue, voire demandée par les financeurs. La Fédération Nationale de l'Education pour la Santé (FNES) donne le ton, suivie par des regroupements par pathologies pour une meilleure représentation régionale ou nationale.

## Dispositifs législatifs et prévention en Région

- Les Plans Régionaux de Santé sont lancés en 1994 : entre catalogue d'actions subventionnées et action globale de mise en réseau des compétences et des institutions.
- Les ordonnances Juppé du 24 avril 1996 et le décret du 17 avril 1997 institutionnalisent les Comités Régionaux des Politiques de Santé (CRPS) et les Conférences Régionales de Santé, chargées d'établir les priorités de santé publique de chaque région.
- La Loi d'Orientations du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions crée les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), destinés à faciliter la coordination des acteurs des champs sanitaire et social.
- La Circulaire du 22 octobre 2001 définit la méthodologie d'élaboration des Schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS), inscrits dans une politique de promotion de la santé. Le SREPS en Rhône-Alpes donne les orientations de 2005-2007.

## ■■■ Contactez-les

### → Acteurs

#### Espace Régional de Santé Publique (ERSP)

Directeurs : Claude Bouchet, Patrick Dessez, Olivier Guye  
tél : 04 72 10 94 37

[www.ersp.org](http://www.ersp.org)

Fondé en janvier 2000, l'ERSP est issu du partenariat de trois associations régionales de santé publique aux fonctions complémentaires :

- le CRAES-CRIPS (Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé - Centre régional d'information et de prévention du sida),
- le Centre Jean Bergeret (Centre régional de prévention des conduites à risques),
- l'ORS (Observatoire régional de la santé).

## ■■■ Informez-vous

### → Acteurs

Loi relative à la politique de Santé publique, 9 août 2004.  
Budget 2005 du Ministère de la Santé et de la Protection sociale, 22 septembre 2004.  
<http://www.sante.gouv.fr>

Panorama de la santé en Rhône-Alpes  
Plan régional de santé publique  
Schéma régional d'Education pour la Santé  
<http://www.rhone-alpes.sante.gouv.fr>

### → Sites et médias

#### [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

Site présentant l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Il permet une recherche thématique par risques, la consultation de bases documentaires et un accès aux très nombreuses publications et documents pédagogiques de l'Institut.

#### [www.invs.santefr.fr](http://www.invs.santefr.fr)

Le fonctionnement de l'Institut de Veille Sanitaire, son activité de surveillance ainsi que celle de ses départements scientifiques et des cellules interrégionales d'épidémiologie. L'actualité documentaire ou événementielle dans le domaine épidémiologique est aussi en ligne.

## ■■■ Approfondissez sur [millenaire3.com](http://millenaire3.com)

### → Interviews

#### Vincent Marsala

Médecin Inspecteur Régional, Chef de Projet du Plan Régional de Santé Publique, DRASS. Entretien réalisé par Laure Bornarel le 20 juillet 2005.

« La Loi du 9 août 2004 donne les moyens d'élaborer une véritable politique régionale en mutualisant les ressources dans le respect des compétences et préoccupations de chacun. »

#### Jean-Louis Terra

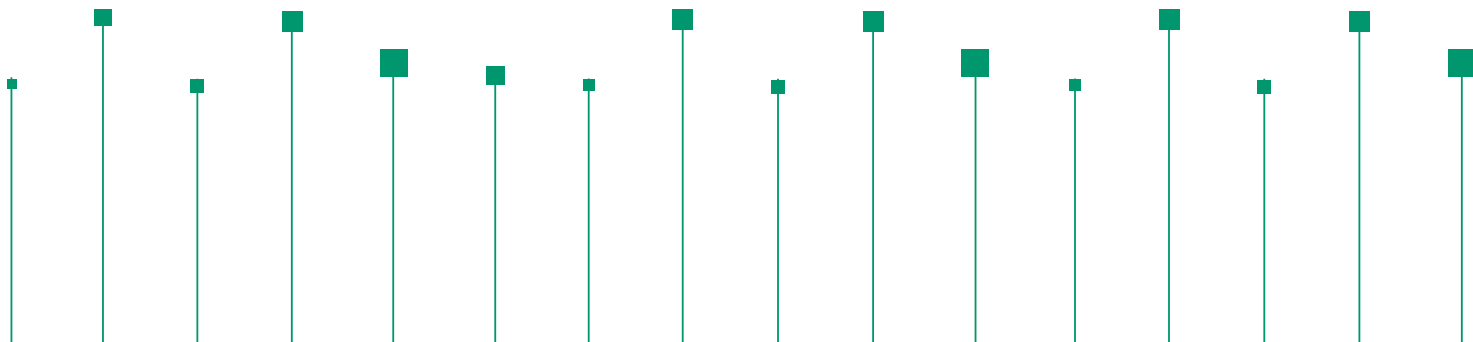
Psychiatre, chef de service à l'Hôpital du Vinatier. Entretien réalisé le 26 août 2003 par Laure Bornarel.

« Le suicide est envisagé non pas comme une volonté de mourir en tant que telle, mais comme une solution à l'arrêt de ses souffrances. »

#### Jean-François Vallette

Association AIDES Alcool. Entretien réalisé par Laure Bornarel, le 19 novembre 2003.

« L'enjeu de la prévention est aussi d'agir sur les facteurs de risques dégagés par le système qui peuvent se surajouter aux propres facteurs de vulnérabilité de l'individu. »



# ZOOM SUR L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Par Marianne Chouteau

L'éducation à la santé joue un rôle décisif dans la prévention en matière de santé publique. Elle permet, en effet, de sensibiliser les populations et les pouvoirs publics aux problématiques de santé en amont de tout acte curatif. Ses principes et concepts font l'objet depuis une vingtaine d'années de chartes successives rédigées par les états membres de l'Organisation Mondiale de la Santé. Prévenir, promouvoir ou éduquer, quelles différences ? La promotion de la santé est un processus global ayant pour objectif de donner aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé. Contrôle qui doit les amener à trouver ou à utiliser des ressources pour l'améliorer. La prévention est, quant à elle, un ensemble de mesures destiné à réduire des risques ainsi que leur gravité. Et l'éducation à la santé ? Ce sont les moyens mis en place pour informer des groupes, des personnes, en fonction de leurs besoins de santé. Tout comme l'éducation en général, l'éducation à la santé nécessite de vraies relations humaines, un véritable accompagnement et un lien solide entre « savants » et apprenants. En d'autres termes, éduquer à la santé ne signifie pas seulement délivrer des informations, des connaissances brutes sur une maladie, un comportement, une façon de manger, etc. L'éducation à la santé doit être pensée comme un ensemble d'actions qui permettent d'accéder à un savoir et à des pratiques opérationnelles modifiant de façon significative le rapport entretenu avec la santé.

En France, au cours de ces dernières années, l'Etat s'est réapproprié les questions de santé publique et a œuvré pour valoriser et favoriser l'éducation à la santé. En 2001, le Plan national d'éducation pour la santé du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés) proposait un plan d'action en trois points : des campagnes de communication, la mise à disposition d'informations scientifiquement validées et enfin la mise en place d'actions éducatives de proximité.

L'Education Nationale s'est très rapidement emparée de la problématique et l'académie apporte des éléments de réponse patents. Mais, une fois sorti du milieu scolaire, comment répondre aux besoins d'éducation à la santé des adultes ? Quel est le rôle des professionnels de santé ? Doivent-ils être des médiateurs, des éducateurs ou doivent-ils se cantonner aux actes curatifs en aval du diagnostic ? Et enfin quelles peuvent être aujourd'hui les nouvelles perspectives ?





## En matière d'éducation pour la santé, il est beaucoup question d'éthique, pour que les interventions respectent les personnes dans leur singularité, leurs choix, leurs contraintes, leur environnement familial, social et affectif

Jacques Fabry, Président du CRAES-CRIP et responsable du master Promotion et éducation pour la santé (Lyon 1/Lyon 2)

Entretien réalisé le 27 juillet 2005 par Marianne Chouteau

### Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans la prévention ?

La prévention dans le champ de la santé est un domaine complexe comportant de multiples modalités d'intervention. Faire une norme sur la sécurité des freins automobiles, c'est de la prévention. Améliorer une route, c'est encore de la prévention. Dépister un cancer à un stade précoce, c'est aussi de la prévention. Améliorer la qualité de la nutrition des adolescents, c'est bien sûr aussi de la prévention... Dans tous les cas, les individus, leurs comportements aussi bien que leur milieu de vie et leur environnement physique et social, sont au cœur des enjeux de santé. Ce ne peut pas être uniquement le législateur ou les responsables et professionnels qui « fait de la prévention ». Leur action doit trouver des appuis et des relais. Elle doit conduire à une participation active des personnes qui adhéreront à des comportements, à des modalités d'organisation de la vie familiale ou sociale qui augmentent leurs chances de bonne santé. Cette participation suppose un effort particulier pour éveiller l'intérêt, motiver et transmettre des messages pertinents. C'est ici que se place l'éducation pour la santé, une place très importante, pour introduire ou renforcer dans la vie quotidienne de chacun les comportements de santé.

### Est-ce une démarche collective ou individuelle ?

L'organisation est collective : c'est un savoir à partager par tous et c'est la responsabilité des « responsables » de favoriser la santé pour tous. Ensuite, cette organisation collective doit déboucher sur une prise de conscience et des décisions personnelles. La finalité est bien individuelle. En matière d'éducation pour la santé, il est beaucoup question d'éthique, pour que les interventions respectent les personnes dans leur singularité, leurs choix, leurs contraintes, leur environnement familial, social et affectif. L'éducation pour la santé est, en conséquence, une démarche à cheval sur ces deux dimensions avec une tension permanente entre le souci de diffuser des connaissances valides et actualisées, mais aussi celui de voir ces « billes » éducatives reprises en main pour que chacun, individuellement ou collectivement, prenne en charge sa propre santé et décide ce qu'il juge bon pour lui.

### Les professionnels de santé sont-ils impliqués tant dans la prévention que dans l'éducation pour la santé ?

Aujourd'hui, les professionnels de santé sont avant tout occupés à leurs tâches de soin. De ce fait, beaucoup d'entre eux ne considèrent pas la prévention et l'éducation pour la santé comme vraiment prioritaires. Leur rôle est toujours important, et peut être central, même avec des

actions très simples (sur le modèle du conseil minimal vis-à-vis du tabac). A leur égard, l'écoute des patients est excellente. Il peut suffire des mots justes de façon ciblée en consultation pour que le message atteigne son objectif. L'investissement n'a pas besoin d'être si important. C'est pour cette raison que je suis persuadé qu'on peut faire beaucoup mieux avec les professionnels de santé.

### A quel niveau ?

Tout d'abord via une formation continue plus circonstanciée ou des séminaires adaptés. Puis, à travers les évolutions de notre système de santé et notamment par la mise en place des réseaux de soin qui favorisent le travail collaboratif et la prévention. Enfin, la mise en place des contrats de soin intégrera sans doute des éléments de prévention. Un autre mouvement prend de l'ampleur progressivement : celui de « l'éducation du patient » sur sa maladie, sur les soins qu'il reçoit, sur les investigations que l'on pratique chez lui, sur les traitements proposés. La philosophie qui sous-tend l'éducation pour la santé, c'est l'accroissement de l'autonomie par rapport aux hasards de la vie. De même la philosophie qui sous-tend l'éducation du patient, c'est l'accroissement de l'autonomie par rapport aux soins.

### Où en sommes-nous de la formation des acteurs de l'éducation pour la santé ?

C'est effectivement un point important qui n'est pas toujours pris en compte officiellement. La priorité en la matière, c'est que l'éducation pour la santé, ses approches, ses méthodes soient maîtrisées par tous les acteurs : enseignants, animateurs, travailleurs sociaux, médecins, professionnels de santé, journalistes. Par tous les « vecteurs » de messages publics. Pour les professionnels de santé, la formation est variable. Dans les cas des soins infirmiers, il existe en général une bonne sensibilisation à ces approches. Il n'en est pas de même pour les médecins : la formation en éducation pour la santé est quasi-absente des facultés. En revanche, la formation continue leur accorde plus de place.

---

Retrouvez l'intégralité de l'interview de Jacques Fabry sur [www.millenaire3.com](http://www.millenaire3.com)



## En dépit de l'éducation reçue pendant l'enfance, la crise pubertaire fait éclater tous les cadres. C'est là, qu'il est nécessaire de penser spécifiquement des approches de prévention

Interview de **Dominique Ginet**, Psychologue et Maître de conférence à l'Université Lumière Lyon 2.

*Entretien réalisé le 27 mai 2005 par Marianne Chouteau*

### **Comment articuleriez-vous la prévention aux diverses formes d'éducation qui existent ?**

La prévention devient nécessaire par rapport au point de fragilité de l'éducation. Quand l'éducation n'est plus suffisamment efficace, on fait de la prévention, des actions plus ciblées sur tel ou tel type de risques. Ce qui fait donc l'objet de la prévention chez l'adolescent est essentiellement les pratiques à risque (comme la prise de drogue, la conduite en état d'ivresse, le suicide...). En dépit de l'éducation reçue pendant l'enfance, la crise pubertaire fait éclater tous les cadres. C'est là qu'il est nécessaire de penser spécifiquement des approches de prévention et d'identifier les problèmes pour y répondre avec des outils adaptés et circonstanciés.

### **L'éducation ne serait donc pas l'outil de la prévention ? Ce n'est pas en éduquant qu'on prévient ?**

L'éducation est préalable à la prévention. Elle est parallèle. Mais encore faut-il s'entendre sur ce que l'on attend par « éducation ». Pour moi, l'éducation est une façon de donner une structuration psychique aux jeunes notamment à travers les interdits fondamentaux sur les différents moments du développement de l'enfant. On a une intériorisation de ces interdits qui est bien l'effet du travail éducatif. Mais précisément, si on parle d'adolescence, on s'aperçoit que ce qui a été intériorisé pendant l'enfance ne tient pas le choc... et c'est là, que la prévention doit agir. Donc, l'éducation est une action générale, globale, tandis que la prévention doit être spécifique à un risque précis et on ne peut pas tout prévenir.

### **A-t-on progressé en matière de prévention dans cette communauté éducative ? Sentez-vous une prise de conscience dans les collectivités locales ?**

Oui, nettement. Il y a une progression de la prise de conscience de la prévention des détresses psychiques. On a, depuis 10/15 ans, fait de nombreuses avancées. On a recours à des spécialistes sur place lorsqu'il y a à agir rapidement mais également au niveau de la formation des personnels concernés. Certains enseignants sont un peu formés à la prévention de ce type de risques... C'est peu mais encore une fois, cela n'existait pas il y a quinze ans ! Je fais moi-même beaucoup de formations « connaissance de l'adolescent » auprès des conseillers principaux d'éducation ou des enseignants en formation continue. Le fait de mieux connaître les problèmes spécifiques d'un adolescent, cela engage de nouvelles attitudes dans le corps enseignant. Ces derniers sont moins violents, moins agressifs et participent à l'effort de prévention.

### **Est-ce qu'il y a selon vous des travers inhérents à la prévention ?**

Oui, évidemment. On observe les pires bêtises ! Par exemple, lorsque le SIDA est apparu, le réflexe des pouvoirs publics et de la communauté éducative a été de dire : « on ne sait soigner cette maladie, il faut donc s'en prévenir ». En conséquence, de nombreuses campagnes d'information ont été lancées sur l'utilisation du préservatif. Ces campagnes étaient évidemment nécessaires mais faute de penser le problème dans sa globalité, on n'a dit que cela. On n'a pas profité de l'occasion pour rappeler que la sexualité humaine, c'est le lieu où la chair s'articule à la loi. En d'autres termes, il n'y a pas de sexualité sans interdit. On n'en a pas profité pour développer la question de l'éthique de la sexualité. Du coup, le message sous-jacent (en creux) aux campagnes d'information a été pernicieux. En gros, il disait : « Si vous mettez un préservatif, vous pouvez tout faire. ». C'est une bêtise énorme, de grande ampleur, que l'on n'a pas fini d'analyser.

### **Vous semblez dire qu'en agissant sur un problème précis, qui est le SIDA, on a favorisé le développement d'un autre ? Mais ne pensez-vous pas que ce dernier existait déjà ? Que cela n'a fait que le faire émerger ?**

Oui, sans doute... On a oublié l'essentiel du message. On a focalisé sur quelque chose de, certes, très important mais ponctuel au détriment de l'essentiel du message à faire passer sur la sexualité. On est dans une certaine naïveté des représentations en matière de prévention. Aujourd'hui, il faut s'interroger autrement. Mieux on connaît les caractéristiques du public auquel on s'adresse, plus le message aura de chances d'être compris, accepté et efficace.

### **Comment une collectivité territoriale peut-elle agir en matière de prévention ?**

Si on se place toujours dans le cas des adolescents, elle le fait déjà. Quand une collectivité place un point écoute, soit un lieu de paroles pour les parents, elle œuvre dans la vraie dimension de la prévention. Les campagnes d'affiche et d'informations ont une efficacité ponctuelle voire très faible. En revanche, à chaque fois que l'on va à la rencontre de la souffrance psychique des populations, on diminue les risques. On les diminue en sachant que l'on ne peut pas avoir une efficacité immédiate. On est sur le moyen et le long terme.

Retrouvez l'intégralité de l'interview de Dominique Ginet sur [www.millenaire3.com](http://www.millenaire3.com)

# Eduquer à la santé, responsabilité collective ou individuelle ?

Véritable enjeu de santé publique, l'éducation à la santé ne s'invente pas. Outre le fait qu'il est nécessaire de prendre en compte la dimension physique et psychique de chaque individu (rapport au corps, résistance par rapport aux conseils, non-demande, etc.), il est également primordial de considérer les contextes sociaux et politiques dans lesquels elle peut se mettre en place et être efficace.

## ■ L'académie de Lyon en pointe en matière d'éducation à la santé

### Répondre aux problématiques des sociétés modernes

Le système éducatif – école, collège, lycée, université – est traversé par les problématiques des sociétés modernes : SIDA, drogues, sexualité, addictions, etc. Il tente d'y répondre dans les limites de ses moyens et de ses missions. Réponse collective d'autant plus importante qu'elle est confrontée à une population jeune en pleine mutation psychique, physique et intellectuelle et de surcroît au moment de l'adolescence où l'éducation parentale est contestée. Cette prise en charge collective de l'éducation à la santé s'est formalisée en 1998 par la directive du 24 novembre (n°98-234) puis en 2003. Désormais, la politique éducative de santé à l'école s'inscrit dans un programme quinquennal, défini en termes d'objectifs prioritaires, de stratégies d'action et d'évaluation.

## ■ Des acteurs de terrain fédérés

### Trouver des cadres préventifs pour les adultes

Dès que l'on parle de prévention à l'âge adulte, on se retrouve d'emblée confronté à un problème majeur : celui du cadre. Tant qu'il est dans un cadre précis (école, université), l'individu bénéficie des dispositions en matière d'éducation et de prévention fournies par les institutions. Mais une fois sorti de ce contexte, quel est le sort du jeune adulte ou du futur retraité ? La question vaut en particulier dans le cas d'adultes précaires, isolés voire sans emploi.

D'emblée s'impose la nécessité d'un réseau associatif et interinstitutionnel dense. Les professionnels s'accordent pour dire que l'apport d'informations sera d'autant plus efficace qu'il sera adapté aux représentations que l'on se fait du monde, qu'il sera participatif et interactif et qu'il tiendra compte des résistances individuelles et collectives en matière de santé. Ceci implique d'emblée une délivrance d'informations qui va bien au-delà des campagnes d'informations nécessaires mais insuffisantes.

### Privilégier un thème au détriment d'un autre ?

Toutefois, les évolutions de notre système de santé et plus précisément la centralisation des moyens matériels et humains tant d'un point de vue national que régional invitent les acteurs de terrain à se réinterroger sur leurs priorités en matière de conseils et d'accompagnement et sans doute à privilégier un thème éducatif plutôt qu'un autre.

Pour ne citer qu'un exemple, forte de son histoire de capitale gastronomique et particulièrement touchée par l'obésité infantile ou adulte, la région Rhône-Alpes et notamment à travers diverses actions dans le cadre du Plan National Nutrition Santé (2002) a choisi de mêler goût et éducation nutritionnelle, goût et valorisation de l'éducation physique. Cette sensibilisation passe par des

### Les réflexions sur la prévention : une priorité pour l'Académie de Lyon

A ce titre, l'Académie de Lyon a placé les réflexions sur la prévention au rang des trois priorités en terme d'innovation pédagogique et a confirmé la création des Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC). Présents dans chaque établissement, ils rassemblent des professionnels de santé et éducatifs autour de projets d'éducation et de promotion de la santé ainsi que de sensibilisation à la prévention. Dispositif complété depuis 1991, à Lyon pour les écoles maternelles et primaires, par le Département Prévention Santé Enfant et son service spécialement dédié à l'éducation à la santé. Son personnel médical et social intervient dans les écoles maternelles et primaires de la ville et touche, chaque année, des enfants scolarisés.

animations dans les écoles, les lieux de vie, les centres sociaux et tente ainsi de toucher les familles dans leur quotidien et leurs habitudes. L'objectif étant, le cas échéant, de modifier ces habitudes ou tout au moins de les faire évoluer vers des comportements de préservation de la santé : nourriture équilibrée et variée, activité sportive, consommation de fruits et légumes, etc.

### Education à la santé : 21 ans de prise de conscience

■ 1984 : le rapport « Promotion de la santé : concepts et principes » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donne un regard radicalement différent sur les questions de santé. Il pointe le fait que celle-ci est fortement influencée par divers facteurs connexes comme les conditions socioéconomiques, la culture, l'éducation, l'équité, l'accès aux services, le soutien social, etc.

■ 1986 : la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, rédigée par l'OMS, est le point de départ d'une prise de conscience collective en matière de question de santé. Elle propose une définition de ce qu'est la promotion de la santé : « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Cette charte précise les conditions préalables en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu.

■ A partir des années 90, l'Europe a accepté le principe d'investir pour la santé et celui de développer la prévention par le biais de l'éducation à la santé. Ceci a, entre autres, permis le déploiement de lieux de vie comme les villes en santé, les écoles promotrices de santé, les hôpitaux promoteurs de santé.

■ En 1997, lors de la 4<sup>e</sup> Conférence Internationale de la promotion de la santé, les Etats membres de l'OMS rédigent la charte de Jakarta qui énonce les problématiques d'éducation à la santé.

■ Août 2005, la 6<sup>e</sup> Conférence Internationale de promotion de la santé réaffirme les principes, les stratégies et les valeurs de la Charte d'Ottawa et aboutit à la rédaction du texte de Bangkok.

## ■ Les professionnels de santé : point d'achoppement de la chaîne préventive ?

### Faire évoluer les comportements des professionnels de santé...

Notre histoire médicale a placé les médecins dans une position qui ne les encourage pas à développer les attitudes préventives. D'après les enquêtes (cf. encadré), seul un médecin sur quatre en région Rhône-Alpes se dit satisfait du rôle préventif qu'il peut jouer. L'insatisfaction serait expliquée pour 58,6% des cas par le manque de temps – souvent submergés de patients les médecins raccourcissent le temps de consultation – une rémunération à l'acte curatif et non préventif (63,4%) et enfin une formation insuffisante (27,9%). Ces derniers, à près de 75%, estiment pouvoir donner des conseils circonstanciés même en cas de non-demande du patient tout en refusant à faire intrusion dans l'intimité de leur clientèle.

### ... et les former à l'éducation à la santé

Pourtant, proches des familles et de leurs préoccupations, les médecins doivent jouer ce rôle de passeur et intégrer leurs démarches curatives dans un processus

éducatif et préventif. Prerogatives soulignées par le Plan national d'éducation à la santé du Ministère de l'emploi et de la solidarité de 2001 qui révèle le faible nombre d'offres de formations en matière d'éducation à la santé tant en formation initiale que continue. Aujourd'hui encore, les initiatives restent faibles.

S'il s'avère que la formation des professionnels de santé est un point central de cette problématique, il convient de se rappeler que la formation en éducation pour la santé ne prendra de sens que lorsqu'elle touchera tous les chaînons de la chaîne préventive. Aussi, forte de cette conviction, l'université Claude Bernard Lyon 1 en collaboration avec l'Institut des sciences de l'éducation de Lyon 2 se dotent dès la rentrée universitaire 2005-2006 d'un Master Education Pour la santé destiné aux animateurs, enseignants, formateurs, médecins, infirmières, psychologues, etc. Cette formation, diplômante en un an, répond à une véritable demande sociétale et devrait couvrir, avec les quelques autres présentes à ce jour, les besoins nationaux en matière d'éducateurs pour la santé.

## ■ Éducation du patient : devenir acteur de sa santé.

L'éducation du patient s'appuie sur un principe simple : celui de mieux connaître la personne et son contexte de vie pour agir avec elle. Fortement mise en place par les hôpitaux, elle introduit une nouvelle forme de prise en charge puisqu'elle encourage les collectivités – éducatives, médicales et sanitaires – à fournir les moyens pédagogiques et informatifs au patient. Ce dernier est alors invité à prendre conscience de son corps, de sa maladie, de son traitement ainsi que des résultats de ses examens.

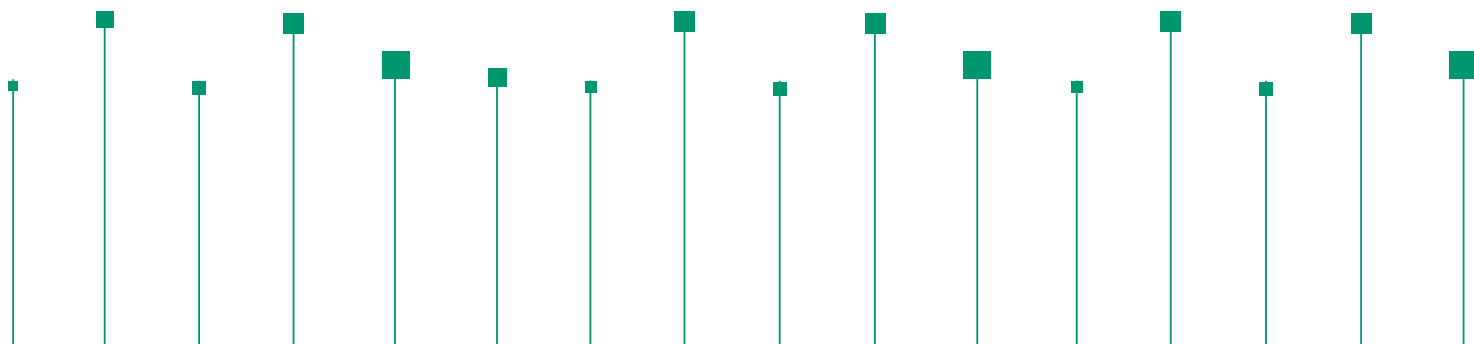
### L'éducation thérapeutique : une solution d'avenir ?

L'éducation thérapeutique est une composante importante de l'éducation du patient et s'intéresse plus précisément aux maladies chroniques (asthme, diabète, etc.). Ces maladies représentent un véritable enjeu de santé publique dans le sens où elles sont nombreuses, récurrentes mais toutefois prévisibles. L'objectif est que le patient puisse prévoir les crises et trouver les moyens de les contrer. L'approche a le mérite de replacer chacun face à ses responsabilités en matière de santé. Elle pourrait s'avérer aussi être un point névralgique de la cohérence et de la complémentarité des actions de prévention et des actions de soin.

### Des enquêtes pour évaluer les pratiques préventives des médecins généralistes rhônalpins

La cinquième conférence de santé Rhône-Alpes tenue en 2001 a permis de lancer le débat sur la prévention exercée par les médecins libéraux de la région. Aussi, afin de fournir matière à réflexion, une large enquête a été menée auprès de 80 médecins généralistes libéraux sur une demi-semaine (lundi, mardi, mercredi), incluant 3658 patients. L'enquête portait tant sur le suivi vaccinal, le suivi gynécologique, le mode de vie, la prise en charge des personnes âgées, que sur les addictions (tabac, alcool, drogues). Pour chaque patient, le médecin a noté l'affection rencontrée, la prise en charge préconisée ainsi que les actes de prévention et/ou d'éducation réalisés.

Par ailleurs, deux enquêtes commanditées par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de la région Rhône-Alpes ont été réalisées fin 2003 par l'Observatoire Régional de la Santé. L'une d'entre elles était adressée à 206 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes alors que la seconde plus qualitative s'est déroulée par entretiens avec une vingtaine de médecins de la région. Ces études montrent, entre autres, que les médecins ne connaissent pas les directives du Plan National Nutrition Santé (PNNS) et n'en tiennent pas compte dans leur pratique professionnelle quotidienne.



## ■■■ Contactez-les

### → Institutions

#### **Direction Prévention Santé Enfant de la Ville de Lyon**

contact : Anne-Françoise Sommer-Peytavin

tél : 04 78 14 03 10

dpse@mairie-lyon.fr

Direction de la Ville de Lyon chargée de prévention dans les écoles de la ville et qui possède une délégation spécialement dédiée à l'éducation à la santé.

#### **Pôle Innovation de l'Académie de Lyon**

contact : Jean Fleury

tél : 04 72 80 66 10

Jean.fleury@ac-lyon.fr

Groupe de travail interne au rectorat qui réfléchit sur de nouvelles formes pédagogiques et détermine des axes prioritaires. Pour l'année 2004-2005, l'un d'entre eux est « La prévention de la violence, le développement de la citoyenneté et la promotion de la santé. »

### → Acteurs

#### **Avenir santé**

contact : Renaud Bouthier

tel : 04 78 58 95 04

info@avenir-santé.com

Association d'étudiants en médecine, pharmacie, sciences sanitaires et sociales intervenant dans les lycées et les collèges pour sensibiliser les jeunes à la prévention.

#### **Fédération Nationale des comités d'Education pour la Santé (FNES)**

contact : Marie-Josèphe Logez

tél. 01 42 43 77 23

mj.logez@fnes.info

www.fnes.info

Le représentant des Comités d'éducation pour la Santé auprès des pouvoirs publics.

## ■■■ Informez-vous

### → Textes

#### **La circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 "Éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées"**

Ensemble des textes diffusés au bulletin officiel de février 2003 rassemblant les directives en matière d'éducation à la santé et à la sexualité dans les écoles.

#### **L'éducation à la santé et à la sexualité à l'école et au collège** – n°138, Ministère de la jeunesse, éducation et de la recherche, novembre 2002.

Recueil de données (enquêtes, statistiques, analyses) au sujet de l'éducation à la santé et à la sexualité.

#### **Le plan national d'éducation pour la santé**

[http://www.craes-crips.org/dossiers/eps\\_concept\\_method\\_V2.htm](http://www.craes-crips.org/dossiers/eps_concept_method_V2.htm)

Ce plan présenté en janvier 2001 par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité vise la mise en place d'un véritable service d'éducation pour la santé sur le territoire.

#### **Zoom sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé.**

Claude Bouchet, [www.craes-crips.org](http://www.craes-crips.org), 2000

Un éclairage sur les concepts, sur les facteurs de qualité de la prévention, de la promotion, de l'éducation pour la santé.

## ■■■ Approfondissez sur [millenaire3.com](http://millenaire3.com)

### → Interviews

#### **Marie-Françoise Sommer-Peytavin**

Responsable du service éducation pour la santé de la Direction Santé Prévention Enfant de la Ville de Lyon.

« Il faut aussi se dire que rien n'est exclusif : la démarche curative est tout aussi nécessaire que la démarche préventive. Elles ne doivent pas aller l'une sans l'autre. »

### → Initiatives

#### **Programme EPODE**

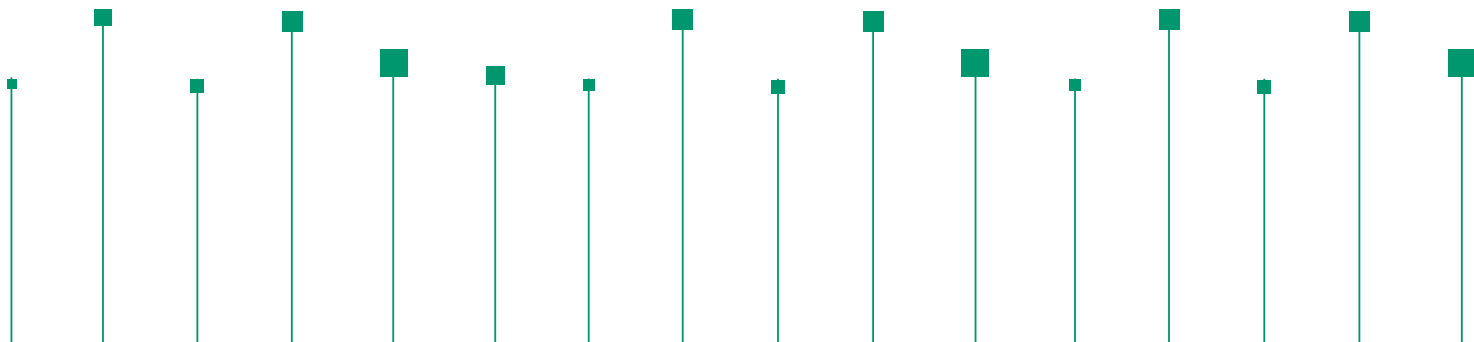
contact : Stéphanie Bazin

tél : 04 78 45 18 78

sbazin@marie-meyzieu.fr

[www.mairie-meyzieu.fr](http://www.mairie-meyzieu.fr)

Programme à destination des enfants visant à les éduquer à une alimentation saine et équilibrée ainsi qu'à une activité sportive régulière afin de lutter contre l'obésité infantile.



# GÉNÉTIQUE ET BIOTECHNOLOGIES : L'AVENIR DE LA PRÉVENTION ?

Par Sylvie Mauris-Demourieux

Compétence des pouvoirs publics et actions d'information et d'éducation sont les deux piliers des politiques de prévention actuelles. Reposant sur quelques principes largement admis comme la primauté de l'intérêt collectif sur l'intérêt individuel et la prépondérance des facteurs comportementaux et environnementaux, la prévention n'a d'utilité que si elle permet d'éviter un risque. Il relève alors de la responsabilité de chacun d'avoir un comportement sain, respectueux des normes édictées par les messages de prévention. Aujourd'hui, l'apparition de nouveaux outils de diagnostic et de thérapie issus du croisement de la médecine avec d'autres disciplines scientifiques et techniques bouleverse l'approche médicale. Biotechnologies, micro et nano sciences, génie génétique sont quelques-unes de ces nouvelles disciplines dont l'essor suscite les espoirs les plus fous. Certaines innovations comme la production de protéines d'intérêt thérapeutique par des OGM, l'implantation de matériaux biocompatibles ou encore l'essor des techniques de chirurgie non-invasives font déjà partie du paysage. D'autres comme la thérapie génique ou la médecine régénérative appartiennent encore à un futur lointain.

Etape fondamentale d'une prévention efficace, le diagnostic connaît des progrès fulgurants et semble révolutionner le champ de la prévention. L'imagerie médicale, la génétique et la mise au point d'outils d'analyse des gènes permettent des diagnostics de plus en plus fins et précoces de l'état de santé, présent et à venir, d'un individu, concourant ainsi à une nouvelle approche du risque. Le risque n'est plus seulement extérieur et dépendant de comportements morbides ou d'un environnement néfaste, mais il résulte de prédispositions génétiques individuelles dont la réalisation est plus ou moins probable voire inéluctable. Parallèlement à ces outils de diagnostic, d'autres innovations, utilisées dans les domaines de l'agro-alimentaire, la pharmaceutique ou l'agriculture, s'étendent au champ préventif par leurs éventuelles applications et implications sur l'environnement ou l'alimentation.

On peut alors légitimement s'interroger sur l'impact de ces avancées sur les méthodes traditionnelles : ouvrent-elles réellement de nouvelles perspectives en terme de prévention ? Par delà les questions techniques, de quelle manière remettent-elles en cause les politiques de prévention et rendent-elles notre approche traditionnelle de la prévention caduque ? Font-elles naître d'autres enjeux débordant le cadre préventif et sanitaire pour aborder les rivages éthiques et socio-économiques ?





## " La pharmacogénomique aurait pu être affichée comme priorité de la région Rhône-Alpes. L'atout de Lyon est là et mériterait un affichage clair

**Pierre Miossec, Professeur, Chef du service de rhumatologie et pathologie osseuse, immunologie clinique à l'hôpital Edouard Herriot, co-directeur de l'unité mixte de recherche bioMérieux – HCL "immunogénomique et inflammation**

*Entretien réalisé le 9 août 2005 par Sylvie Mauris-Demourieux*

### **Pensez-vous que les nouvelles techniques de diagnostic issues de la génétique vont faire évoluer la médecine et de quelle manière ?**

C'est probablement la grande révolution en cours ! On dispose maintenant d'un certain nombre d'outils qui vont transformer la médecine dans les années à venir : on va s'orienter vers une médecine personnalisée avec beaucoup plus de prévention. Ce qui est difficile à intégrer c'est qu'à la naissance, voire même avant, il est possible de prévoir la notion de maladie ou de gravité et que beaucoup d'éléments sont déjà prédéterminés. Un dépistage précoce est un bénéfice majeur à la fois pour le patient et pour la société. Un tel diagnostic a une influence considérable sur la maladie ultérieure et sur son impact économique. Le but de cette médecine est de garder l'individu fonctionnel pour qu'il puisse travailler et rester dans le circuit économique. Un patient malade coûte deux fois : par les soins et surtout par son exclusion du monde du travail. Il vaut donc mieux garder cette personne active sur le plan économique et avoir un traitement adapté même très cher, sans parler des bienfaits psychologiques d'être intégré socialement !

### **Quels sont ces nouveaux outils ?**

Ce sont des tests pronostiques permettant d'étudier, en une fois et à un instant donné, l'ADN, l'ensemble des ARN, ou les ARN un par un, d'un prélèvement. Pour affirmer une maladie, distinguer entre une forme grave ou mortelle, il faut identifier un certain nombre de marqueurs. Une fois identifiés ces mécanismes, ils deviennent des cibles afin de mieux contrôler la maladie par un effet de cascade. Au final, avoir le marqueur et la cible permet de produire le dernier maillon : la version thérapeutique. Par ailleurs, on développe des tests de prédiction de réponse aux traitements. L'étude des gènes et des mécanismes de réponse aux médicaments est le domaine de la pharmacogénomique. A partir d'un prélèvement de sang d'un malade au temps 0, on peut dire si dans 6 mois ce malade répondra ou pas à un traitement. Le temps doit nous le confirmer mais on est pratiquement capable de savoir comment sera le malade dans 6 mois et de prévoir la réponse à un traitement avant même de l'avoir donné. Certains médicaments sont actifs chez certains groupes de malades et pas chez d'autres. Ces réponses sont associées aux maladies et permettent aussi de mieux les définir. L'enjeu dans le futur est de présélectionner les malades et d'adapter le traitement à chaque maladie ou malade. L'espoir est de trouver ainsi des traitements plus efficace face à des maladies particulières.

### **Depuis janvier 2004, vous dirigez l'unité de recherche mixte HCL-bioMérieux "immunogénomique et inflammation".**

#### **Quels sont les objectifs de cette collaboration unique ?**

Nous avons un but bien précis : étudier les mécanismes de l'inflammation en utilisant les outils de l'immunologie et de la génomique et savoir si le malade répond aux traitements. Le but final reste la mise au point de nouvelles approches thérapeutiques, juste avant le développement industriel. On a une volonté de recherche appliquée face à des maladies fréquentes et pénibles. L'inflammation est un des moyens de défense naturels de l'organisme, qui permet la survie, mais lorsqu'elle devient chronique, l'inflammation est source de maladies sévères. Notre thème de recherche prioritaire concerne les maladies articulaires inflammatoires (plus spécifiquement la polyarthrite rhumatoïde qui conduit à la destruction des articulations) et s'étend à l'inflammation digestive pouvant mener au cancer de l'estomac, à l'inflammation cutanée avec le psoriasis, à l'inflammation vasculaire dans le cadre du diabète et au choc infectieux, encore mortel dans 50% des cas.

### **Comment votre recherche débouche-t-elle sur l'invention de nouveaux produits ?**

En terme de technologie, cette unité dispose d'un équipement rarement disponible dans un hôpital français. Nous avons aussi une collection biologique de 13000 échantillons provenant des malades des HCL, des hôpitaux de la région Rhône-Alpes, voire de l'étranger. Ces échantillons sont testés avec des équipements en interaction avec bioMérieux pour mettre au point des outils qui pourront être développés ultérieurement. Mon ambition est la découverte et l'identification de nouveaux tests qui un jour deviendront des tests de routine, ainsi que la simplification et l'amélioration des tests actuels : plus économique, plus rapide, moins consommateur d'échantillons... On a mis au point des tests à développer sur le plan industriel qui sont des grandes simplifications par rapport à ce qui se faisait jusque là. Par exemple, pour le typage génétique associé à la polyarthrite rhumatoïde, nous avons mis au point un test ne nécessitant qu'une seule goutte de sang sur papier buvard au lieu des 40ml demandés actuellement. Au final, l'objectif est bien de définir de nouveaux médicaments issus de produits de biotechnologies.

### **Lyon a-t-elle véritablement une carte à jouer dans ce domaine ?**

La pharmacogénomique aurait pu être affichée comme priorité de la région Rhône-Alpes. Lyon a un atout qui mériterait un affichage plus clair. Avec cette initiative, nous souhaitons contribuer à développer une réflexion lyonnaise sur ces thématiques.



## " La médecine préventive représente la démarche médicale à développer au 21<sup>e</sup> siècle, à condition qu'elle repose sur des bases scientifiques sérieuses."

**Guy Llorca, Professeur de thérapeutique des universités, chef de service rhumatologie au CH Lyon Sud, président du Comité d'éthique des HCL.**

*Entretien réalisé le 30 août 2005 par Sylvie Mauris-Demourieux*

### **Pouvez-vous donner une définition de l'éthique ?**

L'éthique c'est l'ensemble des éléments normatifs du jugement de valeur et de la décision. Ce n'est pas seulement une réflexion philosophique, mais ce doit être une aide à la décision. Une décision est jugée bonne en fonction d'une norme élaborée de manière consensuelle et pluridisciplinaire. Avec les droits de l'homme, l'idée émerge que l'individu a le droit de fixer ses propres normes. Quelle est alors la place de l'individu par rapport à la collectivité et vice versa? Puisque la collectivité apporte les moyens d'une médecine moderne efficace, on ne peut plus échapper à une pensée qui introduit, dans la relation patient/médecin, un tiers : la collectivité. Cela pose des problèmes majeurs et souvent difficiles à résoudre : est-ce que l'on va privilégier le bien individuel ou le bien collectif issu de l'effort de tous ? Est-ce que l'individu a le droit d'imposer ses normes quelles qu'elles soient ? Est-ce que je peux accepter, en tant que médecin, qu'un patient m'impose sa décision alors que je sais qu'elle va lui nuire ou qu'elle va nuire à la collectivité ? Le problème des normes est bien celui de leur acceptation par tous. Lorsque qu'un individu ne les accepte pas, on se trouve face à un problème, à une décision complexe qui est du ressort de l'éthique.

### **Le développement de la génétique suscite-t-il des problèmes éthiques inédits ?**

L'un des problèmes fondamentaux est celui de la sécurité des données scientifiques et de leur utilisation. Les données génétiques font partie des données jugées "ultra-sensibles" qui peuvent facilement devenir publiques et doivent être protégées. Sinon les dérives sont évidentes et peuvent détruire l'égalité d'accès aux soins. Toutes ces données appartiennent à la personne qui seule peut dire qui peut en disposer. Cela pose d'autres questions : jusqu'à quel point mes gènes sont-ils ma propriété ? Quelles sont les limites du droit de ne pas savoir, de ne pas dire, ou au contraire le devoir de dire ? Que faire si en ne voulant pas savoir, ou en ne disant pas, je mets en danger des proches ? Le médecin peut ainsi se retrouver face à des choix cornéliens. Que faire face à un patient atteint du SIDA qui ne veut rien dire à son conjoint ? Faut-il violer le secret médical ou ne pas prêter assistance à une personne qui est en péril ?

### **Comment résoudre au mieux ces questions ?**

Deux valeurs fondatrices sont à considérer : le respect de la personne et la solidarité. Tout ce qui ne nuit pas à un bien collectif, et peut diminuer la souffrance ou éviter une souffrance plus grande, est bon à prendre! La science doit s'adapter à l'éthique et non l'inverse. L'étude éthique au cas par cas permet d'apporter une solution issue d'un consensus pluridisciplinaire. Les problèmes posés par la génétique sont des problèmes cardinaux qui ne doivent pas être laissés aux seuls spécialistes de la génétique. Ils

sont là pour nous apporter une connaissance scientifique, mais ces questions appartiennent à l'espèce humaine et donc au citoyen. Avec une information appropriée, je crois que ce dernier peut comprendre des choses complexes et donner son opinion, tout aussi précieuse que celle des spécialistes. Il ne faut pas que les spécialistes d'une question scientifique deviennent juge et partie. C'est le combat que nous souhaitons mener, à Lyon, dans le cadre d'un futur espace régional d'éthique.

### **Quel est ce projet?**

Introduite par la loi de bioéthique d'août 2004, l'idée est de créer des espaces régionaux d'éthique médicale qui seraient un endroit d'échanges et de débats permanents sur des problématiques régionales et où tout citoyen pourrait se rendre pour rencontrer des experts, s'informer ou essayer d'affiner sa pensée. Pour l'interrégion Rhône-alpes/Auvergne, un projet est déjà très avancé au sein des HCL. Cet espace devrait avoir une triple mission à la fois de formation, d'information et d'expertise régionale, complétant utilement l'activité des comités d'éthique locaux qui existent déjà.

### **La médecine prédictive vous paraît-elle l'avenir de la prévention?**

La médecine prédictive ne recouvre qu'une partie seulement de la démarche de prévision. La médecine préventive représente la démarche médicale à développer au 21<sup>e</sup> siècle, à condition qu'elle repose sur des bases scientifiques sérieuses. Par exemple, pour donner des informations précises et fiables sur l'impact de l'alimentation sur la longévité, il faut mener des études longitudinales importantes. Or, actuellement, ces études sont peu nombreuses. D'autre part, même en possédant de solides bases scientifiques, la prévention est victime du temps politique. Sur le principe, le politique est toujours favorable à la prévention mais les financements ne suivent pas. En cause, les retombées à moyen ou long terme, qui dépassent très largement le temps politique ! Pourtant, c'est le seul moyen pour gagner en terme de qualité de vie. En thérapeutique on essaye de faire passer l'idée que l'objectif n'est plus seulement l'espérance de vie, mais aussi la qualité de vie qui est un concept individuel. Je pense même que l'objectif thérapeutique primordial de ce siècle est la notion d'années en bonne santé gagnées, c'est-à-dire conserver le plus longtemps une indépendance psychique et locomotrice. Une véritable recherche en médecine préventive devrait être mise en place sur ce concept. Pour le moment, ce qui se fait est largement insuffisant. Or, la médecine préventive peut être un atout majeur puisque c'est à la fois un bien pour l'individu et pour la collectivité.

# Génétique et biotechnologies : de nouveaux outils de prévention ?

*Les politiques de prévention traditionnelles recourent essentiellement à trois types d'actions : qualité de l'environnement, politiques vaccinales et éducation sur les comportements. Dans ces domaines, les avancées combinées de la génétique et des biotechnologies ont mis sur le marché deux nouveaux outils aux multiples applications : les OGM et les puces à ADN.*

## ■ Les OGM, des organismes qui en pincent pour la prévention...

La transgénèse, méthode permettant de modifier le patrimoine génétique d'un être vivant par l'introduction d'un gène d'une autre espèce, fait l'objet de nombreuses recherches dans les domaines agricole, alimentaire et médical. Trois grandes applications sur les plantes ont des visées préventives touchant *in fine* l'homme et sa santé. Tout d'abord, en rendant les plantes résistantes aux maladies et aux parasites, les chercheurs espèrent réduire le recours aux pesticides et/ou améliorer les rendements pour lutter contre la sous-nutrition. Autre objectif, l'accroissement des qualités nutritives pour suppléer des carences responsables de diverses pathologies. Ainsi, la création du riz doré, un riz jaune qui supplée en vitamine A, pourrait être un outil de prévention des graves troubles oculaires touchant près de 200 millions d'enfants carencés dans le monde. Dans les pays développés, cette utilisation des aliments à des fins préventives et l'attente des consommateurs d'avoir des produits garantis de leur santé n'ont pas échappées aux industriels agro-alimentaires et pharmaceutiques qui voient là un marché prometteur. On a donc vu fleurir tout un ensemble de produits alimentaires portant des allégations nutritionnelles

orientées vers la prévention : les laitages pour l'ostéoporose, les huiles pour les maladies cardio-vasculaires... Alors que les OGM en France provoquent une levée générale de boucliers, ces aliments-médicaments, OGM ou aliments simplement enrichis, rencontrent un véritable succès et sont ingérés sans plus de questionnement sur leurs réelles qualités nutritionnelles et leur efficacité. Enfin, dernier champ d'application : la production de substances thérapeutiques à partir de micro-organismes, d'animaux ou de plantes. Cette dernière possibilité fait l'objet de recherches actives notamment en matière de vaccination orale. En faisant sécréter par une plante des protéines virales, il suffirait d'ingérer cette plante pour que le corps réagisse comme à un vaccin traditionnel par injection. Des recherches sont en cours sur des plants de tabac contre un virus de la famille de l'herpès ou sur la banane pour lutter contre la gastro-entérite et l'hépatite B. Cette méthode présente des avantages certains pour les pays en voie de développement : facilité et sûreté d'administration, facilité de transport et de distribution, possibilité de culture des plants modifiés sur place, économie en coûts de fabrication...

## ■ La puce à ADN : un bond de géant pour le diagnostic ...

Une des perspectives ouverte par ces puces est le dépistage d'un risque très en amont, permettant ainsi la mise en place de mesures préventives d'autant plus efficaces qu'elles sont précoces. En matière de pollution environnementale, l'utilisation de ces puces permet de détecter très précisément et rapidement des micro-organismes par leur ADN. Un partenariat Lyonnaise des Eaux - bioMérieux a été lancé en 1999 pour la fabrication de puces destinées à contrôler la qualité de l'eau potable. Appliquées à l'homme, ces technologies ont permis de développer des tests susceptibles de révéler les pre-

mières modifications chimiques provoquées par une maladie et de la traiter préventivement (par exemple pour le cancer du côlon). Au-delà du simple dépistage précoce, ces tests rendent possible, dans une certaine mesure, l'analyse du génome d'un individu pour repérer d'éventuelles mutations à l'origine de maladies. S'éloignant encore un peu plus d'une approche holistique de la santé, la médecine prédictive se tourne vers la compréhension des maladies au travers des dérèglements génétiques ou moléculaires qu'elles provoquent ou dont elles sont les syntômes.

## ■ La médecine prédictive : un nouvel oracle ?

Les tests génétiques sont utilisés soit pour des maladies purement génétiques soit pour certaines maladies multifactorielles combinant des facteurs génétiques défavorables et des facteurs environnementaux et comportementaux aggravants. Dans le premier cas, les tests permettent effectivement de prédire avec certitude la survenance de la maladie, voire sa gravité et une date de déclaration. Le diagnostic, qu'il soit préimplantatoire, prénatal ou réalisé chez l'adulte avant tout symptôme, permet la mise en place de mesures préventives rarement satisfaisantes puisqu'on ne sait pas encore empêcher ou guérir les altérations génétiques (à part quelques essais concluants chez les plantes et les animaux).

Hormis les cas trop rares où ces tests permettent d'administrer un traitement adapté dès la naissance pour prévenir les conséquences de la maladie, les seules mesures restantes sont l'avortement thérapeutique, la renonciation au projet parental ou la préparation psychologique et matérielle dans l'attente de la date fatidique ou de l'avènement d'un traitement. Toutefois, pour les maladies multifactorielles, les tests génétiques, en donnant une probabilité de réalisation du risque, permettent de mettre en place de véritables mesures de prévention : par exemple des dépistages réguliers et précoces pour les femmes présentant un gène de susceptibilité à un type de cancer du sein.

# Quand le dépistage se transforme en risque...

Cette connaissance intime et prédictive de l'homme ne va pas sans susciter de nombreux débats allant parfois jusqu'à remettre en cause les fondements des politiques de prévention actuelles. Ainsi du principe "dépister pour prévenir" : en détectant un certain nombre de pathologies sans thérapie à l'heure actuelle, la médecine prédictive donne accès à un savoir, voire une prédestination qui n'est pas forcément dans l'intérêt du patient. De même, la détermination de facteurs individuels de susceptibilité aux maladies questionne les politiques de prévention largement fondées sur une approche environnementale et comportementale destinée à l'ensemble de la population. La mise en place d'une politique de prévention relève d'une décision politique fondée sur des critères sociaux et moraux : comment cette société conçoit-elle la santé et le bien-être ? Outil normatif, le choix d'une politique de prévention, c'est-à-dire l'incitation à un comportement socialement approuvé, n'est donc pas anodin. Or, les indi-

vidus peuvent différer de ce point de vue et faire des choix de vie qui leur procurent un état de bien-être tout en mettant leur santé en danger au regard de la médecine. "Si j'ai mes propres déterminants, pourquoi suivre une politique publique par définition impersonnelle ?" Puisque chacun est différent et n'est pas égal face au risque, pourquoi appliquer des mesures d'ordre général et ne pas adopter une prévention personnalisée ? Cette tendance peut se trouver confortée par ceux qui pensent déjà à utiliser le génotypage de sous populations pour corrélérer des groupes d'individus, via leurs gènes, à des pathologies ou des traitements médicaux afin de mettre en place des politiques de prévention spécifiques. Pour relativiser ces prises de position, il est bon de rappeler que l'environnement est un des facteurs majeurs d'altération génétique. Qualité de l'environnement, qualité de l'alimentation (dépourvue de polluants) restent donc des cartes maîtresses de la prévention !

## ■ Les gènes, quand Big Brother étoffe sa panoplie ?

Au-delà d'une certaine remise en cause de la prévention, ces avancées impactent fortement certaines valeurs fondatrices de notre société et soulèvent de nombreux débats. La possibilité de pratiques discriminatoires et de stigmatisation des individus est une crainte majeure. Réduire les individus à leurs seuls gènes à de quoi effectivement provoquer sueurs froides et inquiétudes. La connaissance qu'une personne va développer dans 20 ou 40 ans une maladie gravement invalidante peut conduire certains acteurs économiques à un comportement discriminatoire. Premiers concernés, les assureurs et les organismes de prêts qui peuvent refuser leurs services ou exiger des primes proportionnelles au risque individuel. Le danger peut aussi venir d'individus génétiquement "sains" se prévalant de cet atout pour obtenir certains avantages. C'est alors une remise en cause de la solidarité et de la mutualisation du risque qui se profile.

Autre terrain glissant : le travail. Là aussi, la connaissance des terrains génétiques peut inciter un employeur à embaucher une personne plutôt qu'une autre : des études ont démontré certains gènes de susceptibilité à des maladies professionnelles notamment dans l'industrie chimique. Le danger est alors que l'employeur opte pour une prévention par l'embauche de personnes ne présentant pas ce gène, plutôt que d'agir sur la qualité et la sécurité de l'environnement. Pour certains, ce choix ne constitue pas une véritable pratique discriminatoire mais s'apparente aux mesures similaires de prévention touchant les femmes enceintes pour certaines professions à risque. Devant l'ampleur de ces enjeux, le gouvernement et les acteurs économiques ont anticipé les dérives par une législation rigoureuse et protectrice ou l'établisse-

ment de moratoire. Pour le moment, le terrain n'est donc pas propice à l'éclosion et au développement de telles pratiques. Les USA, en revanche, connaissent une explosion des pratiques discriminatoires au nom de la génétique. Du côté médical, une crainte tout aussi présente est la dérive eugéniste. En France, les tests génétiques prénataux sont encadrés, de même que les maladies pouvant donner lieu à un avortement thérapeutique. Quant aux recherches impliquant des cellules souches embryonnaires (domaine porteur de grand espoir pour la thérapie génique), elles sont autorisées par dérogation depuis février dernier et soumises à des conditions strictes. Ces restrictions soulèvent certains problèmes puisque d'autres pays plus libéraux autorisent cette pratique, donnant ainsi à leurs équipes de recherche des possibilités d'avancées considérables.

Les conséquences psychologiques et l'impact sur la vie des personnes de ces tests génétiques obligent aussi à repenser la relation patient-médecin : le professionnel peut être tout aussi désarmé devant le choix de savoir ou ne pas savoir, notamment pour le dépistage de maladies sans thérapie à l'heure actuelle. Si le test s'avère positif, comment alors accompagner un patient dont la vie future est marquée du sceau de la maladie ? A l'inverse, un test négatif peut avoir un effet libérateur inestimable en levant le doute sur le fait d'être porteur ou non de la mutation génétique incriminée. La décision de pratiquer un tel test doit donc être mûrement réfléchie et comprise (quel intérêt pour la personne, pour sa descendance...), et est, de ce fait, encadrée par une équipe pluridisciplinaire. Pourtant, de l'avis de beaucoup, l'information et la formation des médecins généralistes sur ce point reste à développer.

## ■ L'éthique pour tout gouvernail

Connaître et manipuler le vivant dans ce qu'il a de plus intime, poser des limites à ce savoir sont des enjeux qui relèvent de la réflexion de tout un chacun. Les débats vigoureux dont ces questions font l'objet permettent de prendre un certain recul par rapport à l'engouement suscité par les perspectives médicales. Penser ce qu'il paraît juste de savoir, de ne pas savoir, de faire et de ne pas

faire, relève de la compétence du législateur et, au-delà, de l'ensemble de la société civile qui devrait être informée et conviée aux débats. En l'absence d'une vision claire des impacts, comme c'est le cas pour l'utilisation d'OGM dont on ne connaît pas les effets à long terme sur l'environnement ou sur le génome humain, et devant la complexité très largement méconnue du fonctionnement des gènes,

la prévention la plus efficace reste l'application du principe de précaution. Depuis les débuts de la génétique dans les années 70, la législation est l'outil privilégié de réglementation des pratiques et agit comme un garde-fou. Reflet des choix et des limites que se fixe la société à un

moment donné, elle se heurte à la mondialisation et aux conceptions et choix différents des autres sociétés. Comment empêcher alors le développement ailleurs des pratiques qu'on réprovoque ici ?

## ■■■ Contactez-les

### → Acteurs

**Unité mixte HCL-bioMérieux "immunogénomique et inflammation".**

contact : Pr Pierre Miossec

tél : 04 72 10 94 37

email : Pierre.Miossec@univ-lyon1.fr

## ■■■ Informez-vous

### → Articles

**Médecine prédictive, Mythe et réalité**

Actualité et dossier en santé publique (AdSP), n°34, mars 2001.

<http://hosp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=66&menu=111282>

Une revue complète et étayée de la médecine prédictive, de ses applications et enjeux proposée par la revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique.

### Biopuces

Les Défis du CEA, septembre - octobre 2004

[http://www.cea.fr/fr/magazine/dossier\\_biopuces2/index.htm](http://www.cea.fr/fr/magazine/dossier_biopuces2/index.htm)

Pour mieux comprendre le pourquoi du comment de cet alliage détonnant de l'électronique et du vivant.

### → Documents officiels

**Loi relative à la bioéthique du 6 août 2004.**

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/bioethique.asp>

### → Ouvrages

**La génétique médicale**

Josué Feingold, Que sais-je ? n°3670, 2003

Un exposé technique et rigoureux sur l'état de nos connaissances dans cette discipline et les développements attendus.

**Clonage et OGM. Quels risques, quels espoirs ?**

Odile Robert, Petite encyclopédie, Larousse, 2005

Un petit livre qui se dévore sur les enjeux du clonage et des OGM dans les domaines de l'écologie, la médecine et l'agriculture.

**Génétiquement incorrect**

Gilles-Éric Séralini, Flammarion, 2003

Premier bilan scientifique depuis le décryptage du génome humain, ce livre salutaire se veut une mise en garde face au chant des sirènes du "génétiquement correct".

### Qu'est-ce qu'un gène ?

Charles Auffray, Les Petites Pommes du Savoir, Editions Le Pommier, 2004

Une réponse brève, claire et sérieuse par un spécialiste de génétique moléculaire, acteur du programme Génome Humain.

**Le marketing des biotechnologies**

Françoise Simon, Philip Kotler, Village Mondial, 2005

Un point de vue très instructif sur les biotechnologies du côté des entreprises pharmaceutiques...

**Santé, Mensonges et propagande. Arrêtons d'avaler n'importe quoi !**

Thierry Souccar et Isabelle Robard, Seuil, 2004

Un livre sans concession sur les liens entre industries agroalimentaires, pharmaceutiques et recommandations nutritionnelles. Un pamphlet pour une vraie politique de santé et de prévention dans l'intérêt exclusif des consommateurs !

**Les alicaments : enjeux et scénarios**

Bernhard Kitous, Editions de l'ENSP, Rennes, 2003

### → Sites et médias

<http://www.bionetonline.org/francais/default.htm>

Le site d'exploration et de débat sur les découvertes récentes des sciences de la vie autour de thèmes essentiels : clonage, nouveaux médicaments, OGM... Disponible en 9 langues, un site à consulter pour se renseigner, explorer les enjeux éthiques, comparer les lois dans différents pays, jouer ou donner son avis.

[http://www.inapg.inra.fr/ens\\_rech/bio/biotech/textes/applicat/acapplic.htm](http://www.inapg.inra.fr/ens_rech/bio/biotech/textes/applicat/acapplic.htm)

Pour une approche détaillée des applications des biotechnologies et de leurs enjeux.

<http://www.agence-biomedecine.fr/>

Créée par la loi de bioéthique du 6 août 2004 et inaugurée le 10 mai 2005, l'Agence de biomédecine supervise les activités de procréation assistée, de diagnostic prénatal, de génétique, de prélèvement et de greffe d'organes ainsi que la recherche sur l'embryon.



# PRÉVENTION DES RISQUES MAJEURS : ÉMERGENCE D'UNE POLITIQUE

Par Sandra Decelle

**A**u cours de cette dernière année se sont produits dans le Rhône : deux alertes pour enneigement (28 déc. 24 janv.), un incendie, une inondation (17 avril), une épidémie de légionellose et deux épisodes caniculaires (juin et juillet). Au-delà des enjeux de la santé au quotidien peuvent en effet survenir des phénomènes plus exceptionnels d'origine naturelle (débordements de la Saône, de l'Yzeron, tempêtes, glissements de terrain) ou technologique (explosion, nuage toxique, accidents liés aux activités et au transport de produits chimiques dangereux...) qui impliquent directement les personnels de santé dans le secours aux victimes. La politique de prévention de ces risques, dits majeurs, est un enjeu de taille pour la santé publique, car les accidents peuvent être très graves et toucher un grand nombre de personnes.

Encore récente, cette politique a sa logique. Depuis trente ans, ses moyens tant légaux que techniques témoignent d'une volonté affirmée de mieux identifier les risques et de maîtriser l'urbanisation, tout en améliorant le droit des victimes. Aujourd'hui, elle tend de plus en plus à renforcer les dispositifs d'information préventive des populations, à développer l'éducation aux risques et à organiser la concertation entre les acteurs de la prévention (Etat, élus, industriels, riverains). Ses nouveaux enjeux sont la responsabilisation et l'implication de tous face à des phénomènes dont les conséquences peuvent s'avérer très dommageables pour les individus, les biens et l'environnement, et avoir un coût élevé pour l'ensemble de la société, dans un contexte de mutualisation de la prise en charge des victimes.

Une première analyse de ces nouveaux dispositifs de prévention permet de constater qu'ils visent à renforcer l'autonomie et à réduire la vulnérabilité de chacun. Un zoom sur la région lyonnaise permet par ailleurs de mesurer les particularismes dans la gestion des différents risques du territoire. Le caractère pragmatique et évolutif de leur gestion présagerait-il d'un meilleur partage des responsabilités et des moyens d'action entre la collectivité et l'individu ? C'est peut-être l'un des fondements de la culture lyonnaise du risque...



## Tous les citoyens peuvent, par leur comportement, concourir à la sécurité civile. Chacun peut être confronté à un risque majeur un jour ou l'autre au cours de sa vie

**Patrick Poquet, Directeur du Service Interministériel de Défense et de Sécurité Civile (SID-PC) de la Préfecture du Rhône.** En poste depuis le début de l'année 2005, il a notamment pour missions d'aider les communes à diffuser l'information préventive auprès des populations et, en cas de crise majeure, de coordonner les actions de tous les services de l'Etat.

*Entretien réalisé 10 août 2005 par Sandra Decelle*

### **Estimez-vous que la population sait ce qu'elle doit faire en cas de catastrophe ?**

Ce n'est pas évident. Au cours de ma carrière, j'ai pu remarquer que les administrés sont sensibilisés lorsqu'ils sont proches d'une zone de risque et qu'il est fondamental d'informer régulièrement les riverains sur les conduites à tenir en cas d'accident. Les gens sont en effet mobiles et de moins en moins au fait des risques dans leurs secteurs. Je constate néanmoins que les outils pour informer sont de plus en plus performants en terme de communication. Comme dans le reste du département, les maires des communes du Grand Lyon concernés par des risques vont d'ailleurs prochainement mettre à jour le Document d'Information Communal sur les Risques Majeurs (DICRIM) qui informe la population sur les risques et les consignes de sécurité à tenir en cas d'alerte. L'information de proximité est un gage de qualité. Il faut diffuser une information la plus proche possible sans pour autant affoler la population.

### **Trop d'information tueait l'information selon vous ?**

Il faut veiller à donner une information large, précise et de qualité. Il ne doit pas y avoir de secret en la matière. Mais il faut également veiller à ce que le risque ne soit pas sur-évalué. Ainsi, lors de la canicule, il nous a été rapporté que des personnes âgées pouvaient prendre peur à l'écoute des messages de prévention. Malgré cela, nous sommes satisfaits de l'information qui a été communiquée lors des épisodes caniculaires de l'été dernier. Nous veillons en effet à ce qu'elle soit structurée, compréhensible par les médias et donc par tous les concitoyens.

### **Certains administrés devraient-ils être informés en priorité ?**

Tous les citoyens peuvent, par leur comportement, concourir à la sécurité civile. Chacun peut être confronté à un risque majeur un jour ou l'autre au cours de sa vie. Tout le monde devrait donc être au fait des données de base telles que la connaissance des numéros des pompiers (18) ou du SAMU (15). Certaines populations sont cependant plus concernées que d'autres, par exemple les riverains de sites industriels ou de rivières sujettes à des débordements. Je constate également que la préoccupation autour des risques devient de plus en plus présente. La sécurité des concitoyens est un sujet de plus en plus important pour les pouvoirs publics du fait de la plus large connaissance des accidents majeurs qui ont lieu à

travers le monde. Une pression de plus en plus forte s'exerce sur eux car l'information circule mieux et plus vite. La médiatisation crée une obligation de réponse immédiate et le lien entre les citoyens et les gouvernants devient dès lors plus étroit.

### **Quelles sont les priorités à venir pour votre service ?**

Nous en avons quatre. Le Dossier Départemental sur les Risques Majeurs doit sortir d'ici la fin de l'année. Il a pour vocation de recenser les risques dans le département et de servir de base aux communes pour réaliser le DICRIM. Le processus est déjà engagé avec les collectivités territoriales. C'est important car le dernier document date de 1995 et est largement obsolète. Le document doit être à jour avant d'engager la discussion avec les élus sur les plans communaux de sauvegarde<sup>1</sup> qui est une deuxième priorité. La refonte des plans de secours doit permettre de disposer d'outils plus efficaces de gestion de crise incluant l'amélioration du fonctionnement du système d'alerte de la population que nous commandons depuis la Préfecture. Elle doit être complétée par la montée en puissance des exercices de gestion de crise.

### **Quelle est la culture de crise des acteurs de santé avec lesquels vous oeuvrez ?**

Elle se caractérise par une excellente réactivité. Les services de la DDASS n'attendent pas le pire pour réagir. D'autre part, ils savent que la crise peut arriver. Elle est donc préparée très en amont par une organisation efficace de l'astreinte des personnels habilités à intervenir en cas de crise. Il y a donc une forte anticipation. Enfin, j'ai pu constater qu'il existe une organisation performante de la veille sanitaire, grâce aux actions de l'Institut national de Veille Sanitaire ou de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, basée à Lyon, notamment sur la manière de faire remonter l'information. Le SAMU, malgré une charge croissante, fait preuve également d'un grand professionnalisme au service de tous.

1- Plans de gestion de la crise au niveau communal, mis en oeuvre par le maire en complément des secours apportés par l'Etat. Le décret d'application de la loi sur ce point a été publié au Journal Officiel du 15 septembre 2005.

Retrouvez l'intégralité de l'interview de Patrick Poquet sur [www.millenaire3.com](http://www.millenaire3.com)



## **Nous estimons qu'il est préférable de trouver des solutions au cas par cas et permettre la construction de bâtiments, plutôt que d'appliquer une règle générale pour l'ensemble du secteur des Balmes**

**Georges Pasini, directeur Sécurité et Prévention, à la Délégation Générale au Service au Public et à la Sécurité de la Ville de Lyon. Il est aujourd'hui l'un des garants d'une véritable culture lyonnaise du risque et de l'urgence, instaurée au fil des ans dans son service.**

*Entretien réalisé le 8 septembre 2005 par Sandra Decelle*

### **Quelle est la priorité de votre service en matière de prévention des risques ?**

Notre priorité est la prévention des risques liés aux sols et aux sous-sols. En effet, depuis la catastrophe de Fourvière dans les années 30, où le glissement d'une partie de la colline a provoqué une quarantaine de morts, nous veillons à prévenir ce type de risque. Depuis cette époque, une commission d'experts appelée « commission des Balmes » a été créée pour déterminer les zones à risques où sont alors mises en œuvre des mesures préventives générales. Lors de la réalisation de travaux, cette commission exige des constructeurs la réalisation de mesures techniques. Nous estimons qu'il est préférable de trouver les solutions au cas par cas, et permettre la construction de bâtiments plutôt que d'appliquer une règle générale pour l'ensemble d'un secteur. Cette position, typique de la culture lyonnaise du risque, est parfois coûteuse car elle nécessite de faire appel à des experts pour identifier les risques et prescrire des mesures spécifiques. Cependant, cette « politique » nous semble préférable pour la prévention de ce type de risque à la mise en place d'un Plan de Prévention des Risques, qui s'avèrerait sans doute plus contraignant et pourrait conduire à la paupérisation de certains secteurs des balmes.

### **Quels autres risques contribuez-vous à prévenir ?**

Ce sont généralement des risques d'une ampleur moins grande pour lesquels nous intervenons quotidiennement. En effet, des pluies diluviennes peuvent provoquer des incidents comme des effondrements de terrains. Mais nous avons aussi très souvent à traiter des effondrements de constructions ou d'éléments de constructions, des incendies, qui nécessitent de reloger des personnes, de mettre en œuvre des procédures juridiques (procédures de péril) et de réaliser des travaux. Ce sont ces types de problèmes qui, en réalité, structurent notre organisation et nécessitent de disposer d'un système d'astreinte, 24 h sur 24 toute l'année, et de deux techniciens qui effectuent plus de 400 interventions par an. Une grande partie des moyens du service est affectée au traitement de ces situations.

### **Les Etablissements recevant du public (ERP) font-ils l'objet de plans de secours spécifiques ?**

Oui, et nous consacrons beaucoup de temps et d'énergie à la prévention des risques d'incendie et de panique dans ces établissements. En effet, les Maires sont chargés du contrôle du respect des règles de sécurité contre l'incen-

die dans les E.R.P., aussi bien préalablement à sa construction, que postérieurement, en faisant réaliser des visites de contrôles périodiques par les commissions de sécurité (environ 500 par an). Nous avons également à prévenir les risques liés aux manifestations qui se déroulent sur l'espace public (600 par an) en vérifiant les projets prévus par les organisateurs et les installations réalisées (gradins, tribunes). Notre activité est très tournée vers la prévention des risques de « faibles à moyennes importances », à probabilité d'occurrence élevée, ce qui introduit une forte culture de l'urgence dans nos services. En ce qui concerne les risques majeurs, la compétence est avant tout exercée par l'État. Par ailleurs, le Grand Lyon maîtrise les outils de planification urbaine et se situe donc en première ligne sur ces questions. Pour autant, nous gardons un regard sur ce que la Communauté Urbaine réalise et nous entretenons des relations que nous souhaitons les plus opérationnelles possibles avec le Service Interministériel de Défense et de Protection Civile de la Préfecture, et avec les sapeurs-pompiers du département, car les Maires sont évidemment très sollicités lorsqu'une catastrophe survient, la loi leur confiant des missions d'assistance et d'hébergement des personnes.

### **Comment les riverains peuvent-ils contribuer à prévenir les risques liés aux sols et sous-sols ?**

Grâce à un « réseau informel » d'habitants des balmes, auxquels nous fournissons des informations pratiques sur la manière de réagir en cas de problème. Nous organisons des visites de terrain avec eux et nous leur donnons des informations et des conseils de surveillance et d'entretien et leur demandons de nous alerter en cas d'apparition de phénomènes inexplicables et/ou de désordres. Ce mode de gestion du risque est possible parce que les accidents ne sont pas immédiats, et qu'il y a, souvent, des signes avant-coureurs.

Retrouvez l'intégralité de l'interview de Georges Pasini, sur [www.millenaire3.com](http://www.millenaire3.com)

# L'avenir de la prévention des risques majeurs : information, concertation et éducation

*En matière de prévention des risques majeurs, de nombreuses réponses politiques et techniques ont été apportées une fois l'événement passé et les enseignements tirés. À quelque chose, malheur serait-il bon ? En tout cas, point de solutions miracles, les mesures préventives sont empiriques et parfois longues à mettre en place.*

## ■ Un droit à l'information renforcé et qui se démocratise...

**N**ul n'est censé ignorer la loi ! Cet adage bien connu prend une dimension particulière dans le domaine de la prévention des risques majeurs. Non seulement il s'applique à ce domaine mais les lois qui organisent la prévention prévoient depuis 1987 que tout citoyen doit être informé sur la présence des risques majeurs existant dans sa commune. Cette information porte a minima sur les consignes à suivre en cas d'accident majeur et dans certaines communes elle peut aller jusqu'à indiquer entre autres précisément les lieux où se réfugier. Et on passe ainsi du simple document d'information à un véritable guide pratique à utiliser en cas de crise ! Ce sont les maires qui sont compétents pour diffuser ces informations au sein du Document d'Information Communal sur

les Risques Majeurs (DICRIM). Sa réalisation n'est pas sans poser de questions. En effet, si des éléments de bases doivent obligatoirement y figurer (risques en présence, consignes de sécurité), sa forme est libre. Dès lors, les niveaux d'information varient entre les communes en fonction des enjeux et de l'implication des élus et des attentes des citoyens. Souvent d'approche technocratique, l'information aujourd'hui se vulgarise et se démocratise grâce à une approche plus vivante du sujet. Plusieurs DICRIM ont d'ailleurs été réalisés par des enfants, afin de sensibiliser également les parents. D'autres ont recours à l'humour pour alléger un contenu technique qui peut aussi s'avérer dramatique.

## ■ La concertation pour peser sur les choix collectifs

Le droit à l'information est complété par une approche concertée de la prévention, notamment par la création, pour les risques technologiques, des Comité Locaux d'Information et de Concertation qui vont progressivement se mettre en place pour chaque bassin industriel en

2005/2006. Composés de riverains, de salariés, d'industriels, des services de l'Etat et des élus locaux, ils ont pour but de mieux appréhender les dangers et de mettre en œuvre les outils d'urbanisme spécifiques pour s'en préserver (Plans de Prévention des Risques Technologiques).

## ■ Des consignes et des mesures pour se préserver et réduire sa vulnérabilité

En cas d'accident majeur, les attitudes adoptées par réflexe ne sont pas toujours pertinentes ! Par exemple, aller chercher ses enfants à l'école ou prendre son véhicule pour s'éloigner du danger, peut susciter une crise dans la crise (exposition au danger, embouteillages...). En revanche, se mettre à l'abri et écouter les informations est un bon réflexe ! Ces consignes sont bien établies aujourd'hui, mais sont-elles suffisamment connues ? En amont de la crise, d'autres mesures encouragent les citoyens à se préserver de certains dommages. L'institution d'un fonds national spécifique, dit Fonds

Barnier<sup>1</sup>, et de crédits d'impôts, soutiennent les travaux de réduction de la vulnérabilité face aux risques d'inondations. Autres exemples concernant l'habitat, un état des risques doit désormais être annexé à toute promesse ou contrat de vente ou de location (pour les communes concernées). L'acquéreur d'un bien immobilier doit être informé sur les sinistres majeurs auxquels ce bien a été exposé (notamment pour cultiver la mémoire du risque) et la collectivité peut être sommée par un propriétaire de lui racheter son habitation si la zone dans laquelle elle se trouve devient inconstructible.

## ■ Une éducation en marche

Pour pallier le relatif manque d'intérêt du public aux dangers présents dans leur environnement, l'éducation aux risques majeurs s'impose dans les programmes scolaires à tous les niveaux. Afin d'allier le geste à la parole, les chefs d'établissements scolaires concernés par les risques sont amenés à mettre en place des Plans Particuliers de Mise en Sûreté, véritables plans d'organisa-

tion en cas de crise, pour assurer la mise à l'abri des enfants. La définition d'une zone refuge ainsi que des exercices de confinement les incitent à s'imprégner de leur environnement comme des consignes, et à en parler à leurs parents. L'objectif étant de développer une éducation pour tous, la plus large possible en la matière.

<sup>1</sup> - créé en 1995, il est alimenté par un prélèvement sur le montant de la surprise "catastrophe naturelle" des contrats d'assurance qui couvre les dommages causés par les incendies ou aux automobiles.

# Les risques majeurs en métropole lyonnaise : des risques avérés, une gestion assumée, pragmatique et évolutive

## ■ Une région aux risques avérés

Il semble que des accidents importants aient toujours troublé la vie de la cité de Lyon. Encore aujourd'hui, les inondations régulières de la Saône, des ruisseaux comme l'Yzeron, le Ravin ou le Rochecardon, causent des dommages aux routes et aux habitations. Concernant les risques technologiques, les secteurs du sud de l'agglomération lyonnaise, de Neuville et de Givors, accueillent

des établissements industriels qui utilisent des produits potentiellement dangereux pouvant nuire à l'homme et à l'environnement. L'activité nucléaire non loin de Ampuis, Condrieu, Tupin et Semons, et le transport de matières dangereuses (plusieurs millions de tonnes par an, par train et fleuves) sont également des causes possibles d'accidents.

## ■ Une gestion des risques majeurs en permanente évolution

Au fil du temps, les zones de risques se déplacent dans la région lyonnaise. En effet, l'augmentation de la population et de ses besoins en logement fait accroître la pression foncière, obligeant certaines entreprises à s'éloigner de plus en plus des zones fortement urbanisées. En 2001, l'explosion au sein de l'usine AZF à Toulouse a conforté cette tendance. Par ailleurs, le réchauffement climatique

et son impact possible sur les précipitations font évoluer la gestion des risques. Dès lors, les acteurs de la prévention s'adaptent et interviennent en amont sur les réseaux d'assainissement, la voirie et les stations d'épuration pour éviter les inondations liées aux pluies diluviennes (exemple des orages dans la région lyonnaise en août 2004).

## ■ Une prévention qui gagne en maturité

Enfin, progressivement, les acteurs impliqués dans la réalisation des parades actives (comme les digues ou les barrages contre les inondations) s'aperçoivent qu'il est de plus en plus nécessaire de travailler au-delà des frontières administratives existantes entre plusieurs régions

ou départements. La logique respectant les bassins versants des rivières est de plus en plus prise en compte. On tend ainsi vers un décroisement géographique pour éviter qu'une action efficace en un point n'agisse à l'encontre de zones situées plus en amont ou en aval.

## ■ Entre objectifs nationaux et arbitrages politiques locaux : la notion de risque acceptable

Sur le plan législatif, deux grands principes gouvernent la prévention des risques majeurs au niveau national : le principe de précaution (pour des risques potentiels et non avérés) et le principe de solidarité nationale (indemnisation des victimes). La loi du 30 juillet 2003 définit par ailleurs quatre objectifs : renforcer la concertation et l'information du public, maîtriser l'urbanisation dans les zones à risque, prévenir les risques à la source et mieux garantir l'indemnisation des victimes. Atteindre ces

objectifs sur le plan local conduit à faire des arbitrages politiques difficiles afin de concilier mise en sûreté des populations et développement économique. Cette question est encore plus prégnante dans les communes de Saint-Fons, Feyzin, Neuville-sur-Saône ou Lyon qui accueillent un grand nombre de fleurons économiques de l'industrie, dont certains génèrent des risques importants. C'est alors la notion du risque acceptable qui est en jeu...

## ■ Une culture lyonnaise du risque affirmée

Le glissement de terrain de Fourvière dans les années 1930 (40 victimes) a conduit les services de la ville de Lyon à cartographier le sous-sol des collines de Fourvière et de la Croix-Rousse pour situer les zones de danger. Cette initiative municipale, pionnière en France, reste encore exemplaire aujourd'hui. Depuis cette époque, des constructions sont toujours autorisées à la condition de se soumettre à des mesures techniques de prévention telles que la consolidation des fondations. Ce choix, guidé par la

technique, témoigne d'une culture du risque assumée et propre à la ville de Lyon. Cette approche semble s'étendre aussi, dans une certaine mesure, au risque d'inondation par remontée de la nappe phréatique. En effet, la modélisation informatique de son parcours - réalisée à la demande des pouvoirs publics - vise à permettre la construction de bâtiments (fondations et parkings souterrains) ne gênant pas son écoulement.

## ■ De nouvelles réponses pour gérer la crise : la responsabilisation des communes

Dans le domaine de la gestion de crise (au moment où la catastrophe a lieu), ce sont les services de l'Etat (DDASS, DRIRE, DDE, service d'incendie et de secours, police, gen-

darmerie...), commandés par le Préfet, qui interviennent traditionnellement. Mais là encore, la pratique du terrain a fait évoluer l'organisation des secours. En effet, en cas

de crise, le maire et les services techniques sont directement impliqués pour la réquisition éventuelle de lieux pouvant accueillir du public (gymnase...) et la mise à disposition de moyens techniques et matériels prévus pour porter assistance aux personnes en danger. Aujourd'hui, cette approche est généralisée et étendue par la loi de

modernisation de la sécurité civile de 2004, dans le cadre des Plans de Sauvegarde Communaux. À Lyon, comme dans d'autres villes, ce type de plan existait déjà, il est désormais renforcé (du matériel, des repas sont prévus en nombre, les lieux de confinement identifiés...).

### Quelques repères chronologiques pour développer la mémoire collective du risque

**1930 et 1932** : Glissements de terrain à Saint-Jean et Croix-Rousse, 41 et 30 morts.

**1934** : Création de la commission de veille sur les Balmes (Lyon) (sous-sols).

**04/01/1966** : Explosions à la raffinerie de Feyzin, suite à une mauvaise manoeuvre. 18 morts (11 sapeurs pompiers), 84 blessés. 1 475 habitations atteintes.

**1976** : Loi relative aux installations classées pour la protection de l'environnement.

**10/07/1976** : 20 tonnes d'acroléine rejetées dans le Rhône à Pierre-Benite.

**31/07/1977** : Glissement de terrain cours d'Herbouville (Lyon), 3 morts.

**1982** : Loi relative à l'indemnisation des victimes.

Directive Seveso concernant les risques d'accidents majeurs de certaines activités industrielles.

**1987** : Incendie au Port Edouard Herriot (Lyon), 2 morts, 15 blessés.

**1987** : Loi sur l'organisation de la sécurité civile, la protection de la forêt contre les incendies et la prévention des risques majeurs.

**Février 1990** : Inondation en région lyonnaise, crue centennale sur l'Ain, trentenaire à Lyon.

**1995** : Loi relative au renforcement de l'environnement. Création du Plan de Prévention des Risques Naturels.

**1996** : Directive Seveso II, renforce la prévention des risques industriels.

**Juin-sept. 2001** : 26 cas de légionellose sont identifiés à Lyon, 1 décès.

**2003** : Loi Bachelot. Création du Plan de Prévention des Risques Technologiques.

**Déc. 2003** : Inondations importantes en région lyonnaise

**09/01/2004** : Accident à Lyon entre 2 transporteurs de toluène. 2 conducteurs tués, 500 personnes évacuées.

**2004** : Loi de modernisation de la sécurité civile. Création du Plan Communal de Sauvegarde.

## ■■■ Contactez-les

### → Acteurs

#### **SPIRAL Lyon**

Directeur : Gérard Berne

tél : 04 37 91 44 44 - fax : 04 37 91 28 03

[www.spiral-lyon.org](http://www.spiral-lyon.org)

Créé il y a quinze ans, le Secrétariat Permanent de la Prévention des Pollutions Industrielles et des Risques de l'Agglomération Lyonnaise, est une structure collégiale de concertation et d'information.

#### **Commission Balmes**

contact : Nicole Bouillot

Direction Sécurité Prévention ville de Lyon

tél : 04 72 07 38 10 - fax : 04 72 07 38 60

[http://www.lyon.fr/vdl/sections/fr/securite/balmes\\_et\\_colles\\_l/les\\_moyens\\_de\\_preven/](http://www.lyon.fr/vdl/sections/fr/securite/balmes_et_colles_l/les_moyens_de_preven/)

Cette politique se base notamment sur une structure appelée «Commission des Balmes».

## ■■■ Informez-vous

### → Textes

**Loi du 30 juillet 2003, dite « Loi Bachelot »**, relative à la prévention des risques technologiques et naturels et réparation des dommages.

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

### → Sites et médias

#### **www.prim.net**

Ce site officiel d'information préventive sur les risques majeurs est le plus vaste centre ressources dans ce domaine.

#### **www.aria.environnement.gouv.fr**

Aria recense tous les accidents majeurs ayant eu lieu depuis cent ans.

#### **www.clic-rhonealpes.com**

Ce tout nouveau site, animé par le SPIRAL, a pour vocation de fournir une information grand public sur les risques industriels majeurs.

## ■■■ Approfondissez sur millenaire3.com

### → Interview

**Michel Reppelin**, Vice-président chargé de l'environnement et de la prévention des risques, entretien réalisé par Sandra Decelle le 8 août 2005.

« Il est important de vulgariser les connaissances relatives aux risques majeurs, les repères pour que les administrés se rendent compte par eux-même de la gravité ou non des événements ».

# LES POLITIQUES URBAINES PARTICIPENT-ELLES À LA PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ ?

Par Florence Le Nulzec

Les sociétés humaines sont de plus en plus urbaines et l'on tend généralement à considérer que cela ne contribue pas à notre « bonne » santé. Pollution atmosphérique, nuisances sonores, accidents divers... sont quelques-uns des maux urbains qui nous « menacent ». Pour autant, cela reste à prouver. Tout d'abord, les relations entre ville et santé sont loin d'être immédiates et les interactions entre l'une et l'autre encore mal connues. Ensuite, les politiques urbaines contribuent largement à prévenir les risques élémentaires liés à l'hygiène, l'alimentation en eau ou la circulation motorisée. Sans le dire, ces actions quotidiennes participent à la santé des habitants. Par ailleurs, la ville et ses édiles aspirent à améliorer le cadre de vie, ce qui, d'aucuns l'affirment, concourt à la santé individuelle. Cependant, la mise en œuvre de certaines orientations présente des difficultés. Choix budgétaires, priorités mal partagées, freins techniques ? Et un constat, la prévention de la santé n'est pas inscrite dans les politiques urbaines. On y trouve, par contre, la sécurité, thème émergent il y a quelques années et aujourd'hui omniprésent. Et si la santé était la prochaine étape ? Sécurité et santé contribuant tous deux au mieux-être du citoyen dans son environnement, il s'agit cependant de deux façons différentes d'appréhender la gestion de la ville. Faut-il pour autant identifier la santé comme une entrée explicite des politiques urbaines ? La notion de santé peut-elle avantageusement remplacer celle de sécurité en terme de prévention ?





# J'ai voulu que l'on prenne mieux en compte la sécurité, qu'on se donne tous les moyens de prévenir les risques d'accident

Jean-Louis Touraine, vice président du Grand Lyon chargé des politiques de déplacement

Entretien réalisé le 25 août 2005 par Florence Le Nulzec

## Quels liens faites-vous entre politiques urbaines et état de santé de la population ?

La collectivité locale est naturellement amenée à s'en préoccuper même si ce n'est pas de sa compétence propre. Elle ne peut se désintéresser des conséquences sanitaires de ce qu'elle fait. Par exemple, quand on fait de la voirie, on se préoccupe d'éventuels dysfonctionnements qui provoqueraient un accident. On est alors à la frontière entre sécurité et prévention de la santé. La collectivité locale cherche aussi à mieux lutter contre la pollution atmosphérique en travaillant à réduire les émissions liées aux déplacements motorisés et aux industries principalement. Dans ce domaine, l'échelle d'efficacité est au moins celle de l'agglomération, et pas celle de la ville, car la contamination de l'air s'étend à l'ensemble du bassin d'habitat. De même, nous avons la responsabilité de surveiller les chantiers et terrains en friche pour empêcher la prolifération de l'ambroisie.

## Quels sont les moyens d'action du Grand Lyon en matière de politiques publiques d'aménagement et d'urbanisme pour préserver la santé ?

Si la collectivité doit être attentive à ce que les actions d'aménagement ne soient pas source d'accident, elle doit aussi sensibiliser et informer. Aujourd'hui, personne dont la préoccupation n'est directement chargée de la prévention au Grand Lyon. Un poste est créé pour veiller à la prise en compte des questions de sécurité dans tous les dossiers. On pourrait imaginer faire la même chose pour la santé, comme on le fait déjà pour les modes de déplacement « doux ». Prenons l'exemple d'un aménagement de voirie. Sont prises en compte la fonctionnalité, l'esthétique, la concertation des riverains, la réglementation, la bonne intégration dans le réseau (du quartier, de l'agglomération, ...), etc. Si à cela s'ajoute la sécurité, c'est un facteur parmi d'autres. Du fait du coût, on réduit toujours certains postes. Je me suis aperçu qu'on privilégie souvent la fonctionnalité, l'esthétique, la réglementation, et j'ai voulu que l'on prenne mieux en compte la sécurité, qu'on se donne tous les moyens de prévenir les risques d'accident. On a pas mal progressé sur la diminution des accidents, nettement plus que la moyenne française, mais on n'est pas encore parmi les agglomérations les plus sûres à l'échelle internationale. Pourtant, on compte parmi celles qui ont le plus investi dans l'aménagement des voiries et la pédagogie auprès des conducteurs.

Deux aspects sont à accentuer : la prévention, avec des moyens nationaux, appuyée localement (même si on est

plus aujourd'hui dans une démarche curative plus que préventive) ; l'éducation des enfants.

On doit choisir d'améliorer les conditions sanitaires sans bannir la voiture. La pollution atmosphérique présente deux aspects : un niveau moyen, sur lequel les professionnels insistent d'avantage, et des pics qui préoccupent plus les habitants. Or, on doit agir sur les deux. Pour limiter les pics, collectivités locales et préfecture doivent agir ensemble avec les moyens et des investissements adaptés. Des études sont nécessaires pour trouver des solutions avant de contraindre la circulation. Par exemple, on réfléchit avec le SYTRAL à la gratuité des transports en commun les jours de pics. Au quotidien, il faut continuer à faire passer l'idée de ne pas utiliser sa voiture pour des petits trajets, accepter qu'on a peut-être mal réfléchi à ces questions et revoir nos modes de fonctionnement, concevoir des aménagement propices à autre chose (stationner plus loin, aménager des espaces publics agréables à occuper, à vivre ensemble), introduire du sens pratique et de la prévention des accidents.

## Les administrés semblent être de plus en plus en demande de sécurité oubliant que le risque zéro n'existe pas. Que pensez-vous de cette évolution ?

Effectivement, on assiste à une moindre acceptation du risque et certains dénoncent une société frileuse. Pourtant la vie est un risque et on ne fait rien de neuf sans en prendre. On peut minimiser ceux qui sont évitables, mais on ne peut laisser croire que le risque zéro existe. Même si la société contribue à les réduire, elle ne peut tous les prévenir et chacun doit maîtriser sa prise de risque individuelle. Il existe un risque de basculer dans une société protectionniste à outrance mais, un jour ou l'autre, on rencontre un problème. L'équilibre est à trouver pour continuer à avoir des saveurs de la vie sans que cela soit en contradiction avec sa santé.

La prévention de la santé à travers les politiques urbaines est un vaste sujet. J'ai été surpris par la quantité d'informations rigoureuses dont on dispose, mais effaré du peu qu'on en fait ! C'est un thème prospectif, un véritable espace d'innovation.

---

Retrouvez l'intégralité de l'interview de Jean-Louis Touraine sur [www.millenaire3.com](http://www.millenaire3.com)



## Les élus ont beaucoup de leviers mais ils ont parfois du mal à les utiliser

**Frédéric Rollet, chargé de mission de l'association « vélos et chemins de traverse »**

*Entretien réalisé le 6 septembre 2005 par Florence Le Nulzec*

### **Quels liens faites-vous entre politiques urbaines et état de santé de la population ?**

Il y a eu de tels changements d'environnement dans l'aménagement de la ville, pas forcément mauvais pour l'homme, mais combinés à d'autres comme l'air qu'on respire, l'alimentation, l'histoire d'un logement, etc., qu'on ne sait pas analyser l'impact et la complexité des phénomènes. L'air qu'on respire est parfois bien plus pollué dans la maison qu'en dehors, dans une voiture que sur un vélo. Faire du jogging à 18h pour son bien-être est sûrement bien plus nocif que de se déplacer à pied en ville dans la journée, car c'est l'heure pendant laquelle l'air est le plus pollué. Les effets de la ville sur la santé sont tellement complexes qu'on a tendance à considérer que c'est la fatalité (comme pour les accidents de la route il y a quelques années). Par exemple, le développement des aliments bio pose des questions. La demande est aujourd'hui si importante qu'on est obligé d'importer. Avec les transports induits, il est difficile de penser que le bilan global est positif. Sur les grands polluants, on s'est amélioré, notamment avec le pot catalytique. Mais pour qu'il soit efficace, il faut avoir parcouru au moins 3 km, or la plupart des trajets en ville font moins ! Dans le même temps, le trafic s'est accru, donc l'amélioration de la qualité de l'air est très relative. On disait il y a dix ans qu'il fallait réduire la circulation de 30 % pour diminuer efficacement bruit et pollution induits ; aujourd'hui on parle de 50 %. Cela paraît impossible à réaliser. Pourtant, on voit qu'il est possible de faire baisser de manière spectaculaire le nombre des accidents de la route avec des mesures draconiennes. Il est vrai qu'il est aussi plus facile de mesurer l'impact d'une telle politique : quand on meurt dans un accident de la route, la cause est plus claire qu'avec des maladies respiratoires. Aujourd'hui sur la route les gens respectent bien les limites de vitesses, mais ils continuent à prendre d'autres risques et, par exemple, leur comportement à l'égard des cyclistes est resté le même. Pour faire diminuer significativement la circulation en ville, de nouveaux éléments apparaissent qui peuvent agir efficacement : le prix du carburant et le péage urbain. Mais changer de comportement reste un acte compliqué.

### **Et comment pouvons-nous travailler en prévention ?**

Il y a un aspect d'éducation essentiel. C'est plus difficile vis-à-vis des adultes, il faut souvent passer par la répression, ce qui s'apparente plus à une « guérison » qu'à une « prévention ». Avec les enfants, l'exemple est l'élément majeur de l'éducation. Avoir des parents au comportement « vertueux » aide à construire des

adultes au comportement « vertueux ». L'école contribue à l'éducation mais les enseignants ne sont pas très au fait des choses : par exemple, ils refusent souvent que l'on supprime une place de stationnement voiture pour faire un parking vélo au sein du collège. La télévision est aussi un vecteur de l'éducation actuelle, et elle passe derrière l'école. Elle n'a pas particulièrement un discours sur la santé et la prévention. Cependant, depuis une dizaine d'années certaines informations changent, notamment sur le fait que les transports en commun sont une alternative à la voiture. Mais en même temps, cette dernière, en particulier à travers la publicité, est toujours présentée de façon extrêmement positive : confortable, sûre, sophistiquée, parfois plus encore que sa propre maison.

### **D'après vous, quels sont les moyens dont disposent les pouvoirs publics pour agir ?**

On sait à peu près comment y aller, mais il faut beaucoup de courage pour faire changer les comportements. On peut évoquer le projet des Berges du Rhône, où l'on supprime le stationnement voiture, mais on en reconstruit presque autant à côté. Les élus ont beaucoup de leviers, mais ils ont parfois du mal à les utiliser. La politique de transport en commun est très volontariste dans l'agglomération lyonnaise et nous avons un réseau bien développé. Mais ce volontarisme n'a permis que de conserver une part de marché identique à celle d'il y a quelques années. Pour faire basculer la tendance, c'est à dire moins de voitures, d'autres mesures sont nécessaires, plus radicales, que l'on connaît, et dont on sait que chacun subira les conséquences. Il faudra un gros travail de sensibilisation, d'éducation, de formation. Sait-on pourquoi le vélo est « bien » ? Ce n'est pas assez dit dans les politiques publiques. Pour véritablement changer les comportements sur un thème, il faut prendre tous les aspects, faire des choix raisonnés et les mettre réellement en œuvre. Il faut ensuite observer les résultats, les regarder qualitativement autant que quantitativement, pour affiner ces politiques. A vouloir satisfaire tout le monde, on n'arrive pas au résultat escompté. Quand on choisit de développer un mode de transport, c'est au détriment d'un autre et il y a toute une éducation à mener pour le faire comprendre.

Retrouvez l'intégralité de l'interview de Frédéric Rollet sur [www.millenaire3.com](http://www.millenaire3.com)

# Que sait-on des relations entre la ville et la santé ?

## Les fonctions urbaines impactent fortement l'environnement

On s'inquiète aujourd'hui de l'incidence de la ville et des politiques urbaines sur la santé des citoyens. Plus de circulation automobile, c'est plus de pollution azotée dans l'air (même si elle est en stagnation dans le Grand Lyon) et plus de bruit (la perception de la nuisance s'est accentuée pour les Grands Lyonnais). Des hydrocarbures et des métaux lourds dans les cours d'eau (en baisse dans la Saône et le Rhône, à forte capacité de dilution, mais à effet cumulatif), c'est plus de risques dans l'approvisionnement en eau potable. Les déchets mal triés sont plus difficiles à valoriser et les déchets ultimes alors plus importants, en partie du fait des difficultés à traiter à l'aval ; etc. L'empreinte écologique du Grand Lyon est certes deux fois plus faible que la moyenne nationale, mais deux fois supérieure au seuil de durabilité.

## Une connaissance limitée du(les) lien(s) entre ville et santé

Au-delà de l'impact sur l'environnement, que sait-on du lien entre ville et santé ? Finalement beaucoup moins de choses que sur le lien entre ville et environnement. On les découvre abrupement avec des événements marquants, comme, par exemple, les pathologies liées à l'amiante et

au plomb, et des crises inattendues, comme la contamination de l'eau potable quand des réserves habituelles insuffisantes contraignent à puiser directement dans la nappe phréatique, etc. Le Grand Lyon ne possède actuellement aucune analyse mesurée de l'impact sur la santé des nuisances et incidences écologiques connues. Ce n'est d'ailleurs pas propre à notre agglomération. Le premier rapport de la commission d'orientation plan national santé-environnement laisse transparaître « l'ampleur et la complexité de l'environnement, et a fortiori celle liant environnement et santé »<sup>1</sup> tout en relevant la « [nécessité] ... de développer les connaissances actuelles sur ces deux thèmes » et à leur interface.

## Et si la ville ne rendait pas vraiment malade ? 2

Ainsi concluait l'Institut National du Génie Urbain (INGUL), il y a dix ans déjà, dans un cahier du génie urbain intitulé « ville, environnement, santé ». Avec le même optimisme, l'OMS planche depuis 1987 sur ces liens à travers un programme d'étude, auquel trois agglomérations françaises ont collaboré dans un premier temps, et dont Rennes reste la seule participante aujourd'hui. Il en est sorti un livre très instructif et riche d'orientation sur ces liens, identifiés mais mal et/ou peu objectivés car impliquant des sujets d'études plus complexes et qualitatifs.

## ■ Et que fait le Grand Lyon pour prévenir la santé de ses administrés ?

### Le Grand Lyon agit au quotidien mais nous l'avons oublié

La propreté, la gestion de l'eau et des déchets sont autant de services aujourd'hui techniquement maîtrisés. Les aménagements de voirie tiennent compte des risques d'accidents. Si les marges de perfectionnement existent, les citoyens ont peu conscience du travail accompli au quotidien et de la prévention de leur santé qui en découle. Qu'un accident ou une suspension du service survienne et l'on s'insurge.

### Depuis sa création, le Grand Lyon travaille pour améliorer l'environnement

À titre d'exemple, la qualité de l'air est plutôt bonne : indicateurs à l'appui, la pollution soufrée a diminué de 50% en 15 ans. Il faut dire que le Grand Lyon, du fait du site de Feyzin, s'est attelé depuis longtemps au sujet. L'effort d'incitation des industriels et de maîtrise des déplacements motorisés paye et l'agglomération est sur la bonne voie. Le Grand Lyon et ses partenaires tentent de plus en plus d'intégrer les normes Haute Qualité Environnementale dans les constructions neuves.

### Plus qualitativement, le Grand Lyon se préoccupe du « bien être » des citoyens

L'agglomération s'interroge aussi depuis de nombreuses années sur la qualité du cadre de vie de ses habitants. Lyon compte parmi les précurseurs dans la réflexion sur la prise en compte des usages dans l'aménagement de l'espace public<sup>3</sup> en cherchant à initier des solutions favorisant l'appropriation et le sentiment de sécurité, de « bien être ». Plus avant, qu'en est-il de la prise en compte de la santé mentale ? A titre d'exemple, des questions spécifiques sur des « familles difficiles à loger », repérées par la politique de la ville, a amené la collectivité à s'inquiéter des ménages qui provoquent de graves troubles de voisinage. A l'initiative du Grand Lyon et de ses partenaires, et pour tenter d'y répondre, les acteurs de l'habitat se mettent, au printemps 2004, en relation étroite avec ceux de la santé mentale.

### Cependant, peut mieux faire !

Du point de vue technique, l'agglomération semble bien identifier l'impact de l'urbanisme sur l'environnement et connaître des solutions efficaces pour les minimiser. Pourtant, le passage à l'acte semble parfois difficile. Comment expliquer que l'on refasse, à l'été 2005, une des rues les plus bruyantes de la ville (et repérée comme

1 - Agenda 21 du Grand Lyon, volet environnemental, introduction générale, 2004.

2 - Titre emprunté au n°10 des Cahiers du Génie Urbain, « ville, environnement santé » de janvier 1996.

3 - Fiche de synthèse « L'intimité dans l'espace public... éternelle dialectique », L. Dos Santos, G. Bernardin, S. Decelle, F. Le Nulzec et L. Vievard, pour millenaire3.com, mai 2005.

telle depuis des années) avec un revêtement classique, quand on sait faire des enrobés qui absorbent le bruit ? Pourquoi les prescripteurs et/ou concepteurs ne prennent-ils pas en compte les usages (notamment les déplacements des personnes handicapées) dans certains projets d'aménagements ? Peut-on favoriser les modes de déplacements « doux » sans rappeler que le code de la

route s'applique à tous les véhicules roulants ? Autant de questions sur le différentiel qui subsiste entre la maîtrise technique et sa mise en œuvre. Est-ce à cause du surcoût induit ? D'une moindre vigilance dans les cahiers des charges moins « stratégiques » ? D'une priorité politique mal partagée par les techniciens ?

### ■ L'atelier « santé mentale et logement » du groupe de travail « familles difficiles à loger » de la conférence d'agglomération de l'habitat

Issue d'une préoccupation du Grand Lyon et de ses partenaires de l'habitat pour la prise en compte des familles en difficulté dans le logement, une commission travaille depuis 2000 sur la recherche de solutions ciblées<sup>4</sup>. Parmi les familles approchées dans ce cadre, une part croissante s'est avérée présenter des troubles psychologiques. Ce constat suscite l'émergence d'un nouveau groupe de travail élargi aux acteurs de ce domaine (hôpitaux du Vinatier et de St Cyr, associations, CCAS, DDASS, Conseil Général). Très vite, il en ressort que la plupart des familles concernées ne sont pas prêtes à entrer dans une démarche thérapeutique.

Le groupe de travail constate que l'absence de repérage et de connaissance mutuelle des acteurs crée un vide dans le traitement et la prise en charge de ces personnes. L'enjeu identifié est à la fois de permettre une jouissance paisible pour tous de leur logement et d'aider les acteurs locaux dans la gestion de ces situations particulières. Il est alors décidé de se doter d'un guide « santé mentale et logement dans l'agglomération » (en cours de préparation) avec comme triple objectif de favoriser l'articulation entre les acteurs, de définir des modes opératoires (à l'amont et dans la gestion des crises), de faciliter l'intégration des ménages et de développer des produits logements adaptés.

## ■ La prévention de la santé ne serait pas un objet des politiques urbaines du Grand Lyon ?

### La santé n'est pas inscrite dans les politiques urbaines du Grand Lyon

En tout cas, pas explicitement. Les différentes politiques du Grand Lyon n'abordent pas en tant que telle la question de la santé. Il est vrai qu'elle n'est pas une compétence d'agglomération. Au vu de la complexité et de la méconnaissance des relations entre ville et santé, les prendre en compte n'a rien d'une évidence.

### Mais elle est une préoccupation implicite montante

Les orientations du Grand Lyon ont voulu de longue date intégrer la dimension du cadre de vie, tant dans la politique de la ville, de l'habitat, de l'environnement, des déplacements que de l'économie. Par ce biais, les politiques publiques se préoccupent de la santé des habitants, sans le dire et parfois sans même en prendre conscience. À tel point que les services interrogés reconnaissent leur manque d'information tout en ayant l'intuition d'œuvrer dans une perspective de prévention de la santé.

### ...et sous jacente de l'Agenda 21

Si la prévention de la santé n'est pas inscrite dans les documents des politiques urbaines du Grand Lyon, elle est présente à tout le moins dans l'agenda 21 qui tend à mobiliser le territoire local au regard d'une thématique : air-mobilité-santé.

### La notion de sécurité est commune aux politiques urbaines du Grand Lyon

Cependant, la sécurité est aujourd'hui un thème transversal à toutes les politiques d'agglomération : protéger les habitants contre les accidents, les incidents, les incivilités, les difficultés sociales, etc. y est explicite. Afin de la mettre en œuvre dans tous les projets, une personne est en cours d'embauche au Grand Lyon qui devra s'assurer qu'elle n'est pas écartée.

### Les politiques d'agglomération et documents de référence du Grand Lyon

Les compétences du Grand Lyon se déclinent en 5 politiques (Déplacements, Economie, Environnement, Habitat, Politique de la ville) et 4 services urbains (Eau, Propreté, Urbanisme, Voirie)

Elles font l'objet de différents documents de référence et réglementaire qui traduisent les orientations et encadrent le développement :

- Le Plan Local d'Urbanisme (PLU), approuvé le 11 juillet 2005 ;
- Le Schéma d'Aménagement et de Gestion des Eaux (SAGE) de l'est lyonnais, diagnostic validé le 19 mai 2005 ;
- Le 2<sup>e</sup> Programme Local de l'Habitat (PLH) (2006-2011), en cours d'élaboration ;
- Le Contrat de Ville (2000-2006) ;
- La charte de l'écologie urbaine, approuvé en 1997 ;
- L'Agenda 21, approuvé le 17 mai 2005 ;
- La charte de la participation citoyenne signée le 11 juillet 2003.

Le 2<sup>e</sup> Plan de Déplacement Urbain (PDU), élaboré par le syndicat mixte des transports pour le Rhône et l'agglomération lyonnaise (SYTRAL), a été approuvé le 2 juin 2005.

## ■ Demain une approche santé pour revisiter les politiques urbaines du Grand Lyon ?

La montée des pathologies liées au stress et des maladies nerveuses, ainsi que des préoccupations environnementales, devient de plus en plus prégnante dans les villes. Les réflexions en cours à l'échelle internationale commencent à produire des connaissances et des cadres pour l'action en faveur d'une nouvelle façon de prendre en compte la santé dans la ville. Il est question d'agir à l'amont sur la construction et la transformation de la ville et sur les différentes composantes de l'urbanité pour prévenir les risques de maladies et/ou d'accidents préjudiciables à la santé individuelle. Peut-être est-on en train de passer d'une gestion techniquement maîtrisée de la ville

à la prise en compte du sentiment de « bien-être » ? Dans cette approche, l'agglomération lyonnaise n'est pas toujours en première ligne. Cependant, le choix de « Lyonbiopôle » parmi les 6 pôles de compétitivité mondiaux et le fait que les deux autres pôles de compétitivité lyonnais (« Chimie-environnement Lyon » et « Lyon urban trucks and bus ») ont un lien avec la santé concordent pour s'interroger plus avant. L'agglomération n'aurait-elle pas un rôle à jouer afin d'articuler ses pôles de compétences et ses politiques urbaines ? Une politique publique respectueuse de la santé n'est-elle pas la meilleure des préventions ?

### ■■■ Informez-vous

#### → Acteurs

##### **S2D (association internationale pour la promotion de la Santé et du Développement Durable)**

contact : Mme Annette Sabouraud  
10 rue Jean Boucher 35000 Rennes  
tél.fax : 02 99 50 33 95

ccvsante.oms@wanadoo.fr  
www.who.dk/healthy-cities

Le représentant francophone du programme « ville-santé et gouvernement de la ville » de l'OMS.

#### → Ouvrages

« **Urbanisme et Santé : un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants** », Hugh Barton et Catherine Tsourou, OMS Europe et S2D, août 2004.

Ce livre expose les principes, les procédures, les politiques et les pratiques d'un urbanisme en faveur de la santé.

« **Les déterminants sociaux de la santé. Les faits** », sous la direction de Richard Wilkinson et de Michael Marmot, OMS Europe, 2<sup>e</sup> édition, 2004.

Cet ouvrage examine les disparités sociales en matière de santé et explique les influences psychologiques et sociales qui s'exercent sur la santé physique et la longévité. Il examine ensuite les connaissances relatives aux principaux déterminants sociaux de la santé aujourd'hui et le rôle que les politiques des pouvoirs publics peuvent jouer dans la création d'un environnement social favorable à la santé.

« **Environnement sonore urbain : écouter, prévoir, agir** », n°6, mai 1993. Cahiers du Génie Urbain

« **Ville, environnement, santé** », n°10, janvier 1996  
Aménagement urbain et santé présentés comme indissociables ; transports, bruits, gestion de l'eau, nettoiyements sont abordés au regard de leur incidence sur la santé.

#### → Rapports

« **Agenda 21, volet environnemental : état des lieux, diagnostic, premières propositions** », Le Grand Lyon, 2004.

**Plan National Santé Environnement**, 12 février 2004.

Etude générale sur les relations entre santé et environnement : un diagnostic précis sur un large spectre des risques santé lié à l'environnement et un état de la recherche dans ce domaine. Les premières recommandations concernent l'amélioration des connaissances et la promotion de la santé environnementale.

Télécharger depuis [www.afsse.fr](http://www.afsse.fr).

#### → Sites et médias

**www.afsse.fr**

Site de l'agence française de sécurité sanitaire environnementale, où l'on trouve les avis d'études et les rapports sur leurs différents travaux.

**www.villes-sante.com**

Site du réseau français des villes santé qui présente notamment des expériences d'actions.

### ■■■ Approfondissez sur [millenaire3.com](http://millenaire3.com)

#### → Interviews

**Marc Chabert**, Directeur du développement urbain du Grand Lyon, entretien réalisé par Florence Le Nulzec en août 2005.

« Le Grand Lyon pourrait reconsidérer l'analyse de la ville sous l'angle de la santé »

**Jean Villien**, mission écologie du Grand Lyon, entretien réalisé par Sandra Decelle, mai 2004.

« Aujourd'hui les préoccupations ne concernent plus l'approvisionnement en eau potable, ni même le traitement des eaux usées, mais véritablement la qualité des eaux de ruissellement »

# LA QUÊTE DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Par Catherine Panassier

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Elle est « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Pour l'OMS, la cohésion sociale est un préalable indispensable à la bonne santé collective. S'il est difficile de mesurer le bien-être social malgré différentes tentatives d'élaboration d'indicateurs, les sociologues contemporains ont étudié « le mal-être social » qui touche aujourd'hui les sociétés occidentales et particulièrement la France.

L'insécurité sociale apparaît comme la raison profonde du malaise qui traverse notre société. Elle provient de notre perception des grandes mutations sociétales qui n'ont pas été anticipées et auxquelles nous n'étions pas préparés. Pour le sociologue Robert Castel : « L'insécurité sociale n'entretient pas seulement la pauvreté. Elle agit comme un principe de démoralisation, de dissociation sociale à la manière d'un virus qui imprègne la vie quotidienne, dissout les liens sociaux et mine les structures psychiques des individus ».

Notre société est devenue craintive. Pour Ulrich Beck, nous vivons dans un monde livré à une individualisation croissante et à l'affaiblissement des liens de solidarité. L'individu devra de plus en plus être prêt à faire face aux changements d'emploi, au divorce, à la mobilité géographique... L'affaiblissement des cadres sociaux traditionnels dans les sociétés modernes suscite un accroissement de ce type de risques. Or le risque indique ce que l'on doit éviter et non pas ce que l'on doit faire et, entraînant la peur, inhibe l'action et l'initiative, qu'elles soient collectives ou individuelles.

Ce « mal-être social » n'est donc pas sans impacter la capacité de la société à se développer notamment sur le plan économique, ni sans conséquences sur la santé des personnes. Bien que peu d'études permettent encore de le démontrer, le Haut Comité de la santé publique alerte les pouvoirs publics sur l'impact sur la santé qu'engendre le sentiment d'insécurité sociale.

Prévenir « le mal-être social » revient à s'attaquer aux causes de l'insécurité sociale. De fait, l'enjeu est national et c'est bien d'un projet de société à inventer qu'il s'agit. La crise que nous traversons est plus politique qu'économique. La performance et le profit ne s'opposent-ils pas aujourd'hui de façon brutale au développement personnel et à la solidarité ? La notion de bien-être ne serait-elle pas à revisiter ?





## Aujourd'hui, les cadres partagent le même sentiment d'insécurité que les autres

**Gabriel Millon, Consultant en ressources humaines, Sociologue de formation, il a créé son cabinet, GM CONSEIL, et conduit des missions de coaching individuel et collectif. Il intervient notamment pour l'ANPE Cadres de Lyon-Villeurbanne et le CNFPT. Juin 2005.**

*Entretien réalisé le 28 juin 2005 par Catherine Panassier*

### **Vous exercez votre métier depuis bientôt vingt ans, quelle évolution du monde du travail observez-vous chez les cadres ?**

J'observe une évolution nettement perceptible depuis sept ou dix ans. Les manières de quitter un travail, qu'elles soient la conséquence d'un licenciement ou bien d'une démission, sont aujourd'hui plus éprouvantes et plus conflictuelles. Dans les cas les plus simples, on enregistre une frustration du salarié. Mais il arrive que les cadres soient véritablement "sonnés". Il leur faudra alors de longs mois, voire pour certains d'entre eux des années, pour retrouver équilibre et motivation. Les conditions de travail se sont durcies à l'intérieur de l'entreprise : intensité des horaires, absence de perspectives et de reconnaissance par la hiérarchie... À mon sens, les deux mots qui caractérisent le plus cette évolution sont brutalité et répétition.

### **Avez-vous noté une évolution concernant le sentiment d'insécurité chez les cadres ?**

La violence des licenciements qui affectent les ouvriers, les employés et les professions intermédiaires est connue depuis longtemps. Ce qui est plutôt nouveau est que cette violence concerne à présent les cadres. Cette catégorie professionnelle est devenue aujourd'hui tout aussi vulnérable que les autres. On peut dire que c'est tout un système de management basé sur la précarité et sa banalisation qui est à l'œuvre dans l'entreprise. Ainsi aujourd'hui, les cadres partagent le même sentiment d'insécurité que les autres. Du coup, on note une attitude des cadres davantage compréhensive à l'égard des salariés qui étaient sous leurs ordres, un lien est en train de s'opérer.

### **Pouvez-vous préciser comment se caractérise ce sentiment d'insécurité ?**

Les spécialistes du reclassement n'ignorent pas que l'emploi "fonctionne" comme une véritable protection à plusieurs niveaux. Tout d'abord, les ressources financières qui permettent au travailleur d'appréhender son avenir et celui de sa famille. A cela, il faut rajouter que la permanence et le confort d'un revenu accroissent considérablement un autre sentiment sécurisant, celui de la responsabilité et de l'utilité personnelle, extrêmement structurant et valorisant pour l'esprit. Comment alors s'étonner du drame provoqué par la perte brutale de son emploi ? Lorsque tel est le cas, tout vole en éclats : le chômeur voit arriver les problèmes matériels, les reconnaissances sociale, familiale et individuelle s'effondrent. Ce sont les protections "réelles" et "symboliques" qui disparaissent.

### **Quelles sont alors les répercussions sur le comportement et la santé ?**

Pour le moment je n'ai pas constaté de graves conséquences sur la santé, même si certains troubles du sommeil et sentiments d'angoisse propres aux chômeurs sont courants. D'une manière générale, les cadres arrivent à compenser. L'engagement bénévole, la réalisation de soi à travers des projets personnels, les activités culturelles sont autant d'autres moyens positifs de protection. Cependant, certaines remises en questions sont si profondes et si fortes qu'elles provoquent une forme d'apathie. Ce phénomène de renoncement est grave car il s'accompagne de comportements de repli et d'isolement. D'autres répercussions peuvent affecter l'équilibre familial ou conjugal.

### **Quel moteur de remobilisation proposez-vous ?**

La perte d'emploi provoque une rupture. Or, dans toute situation de changement, il y a une possibilité de rebond qui peut être l'occasion d'un vrai développement pour la personne. Encore faut-il savoir exploiter favorablement cette crise. Pour cela, il faut accepter de passer par une phase de remise en question, d'abandonner toute posture rigide, et accepter aussi d'entendre des points de vue nouveaux et la confrontation. Le moteur consiste à se placer dans une démarche de conscientisation de sa situation. Placés dans un état d'esprit constructif, les cadres peuvent suivre un parcours composé de plusieurs étapes : le bilan professionnel et personnel, l'inventaire des compétences, l'élaboration d'une hypothèse de projet professionnel et enfin la mise en œuvre du projet avec la recherche d'emploi notamment. Une grande majorité de cadres accomplissent la totalité du parcours et retrouvent un emploi dans un délai de six à neuf mois. Quelques-uns interrompent le processus car ils rencontrent l'emploi sous la forme d'une opportunité en moins de quatre mois (cela est surtout vrai chez les jeunes diplômés). D'autres, enfin, ont besoin d'une période beaucoup plus longue pour y parvenir. Cela concerne surtout les chômeurs les plus âgés, notamment les cinquagénaires. Les personnes qui sont le plus à l'aise dans cette lutte pour retrouver du travail sont généralement ceux qui sont les plus solides psychologiquement et non pas ceux qui ont les diplômes les plus élevés ou en plus grand nombre.

## ... aux côtés des personnes en situation de forte exclusion, le nombre croissant de travailleurs pauvres qui risquent de basculer dans la précarité est une réelle et profonde préoccupation

Sylvie Guillaume, Adjointe au Maire de Lyon, déléguée à l'action sociale et à la santé

Entretien réalisé le 5 septembre 2005 par Catherine Panassier

### **Un sentiment d'insécurité sociale et de mal-être parcourt la France. Lyon n'est pas épargné. En tant que femme politique, comment appréciez-vous ce sentiment ?**

Je me méfie de la notion de « sentiment ». On l'a beaucoup utilisée et médiatisée pour qualifier les difficultés de tranquillité publique et je ne pense pas qu'il s'agissait d'une manière responsable de les traiter. L'insécurité sociale n'est pas un sentiment, elle est une réalité pour des millions de gens. En revanche, je vous accorde qu'elle crée une angoisse pour tous ceux qui se sentent de moins en moins à l'abri et, plus globalement qu'elle mine l'ensemble de notre population qui perçoit la panne de l'ascenseur social.

### **P. Rosanvallon parle d'une crise plus philosophique et politique qu'économique. Partagez-vous ce point de vue ?**

Les difficultés économiques de nos concitoyens sont réelles et je mesure quotidiennement leur aggravation. En outre, aux côtés des personnes en situation de forte exclusion, le nombre croissant de travailleurs pauvres qui risquent de basculer dans la précarité est une réelle et profonde préoccupation. Le pouvoir d'achat qui s'érode touche prioritairement ces ménages et pour l'instant, les outils manquent à leur égard. Pour autant, je partage l'opinion de P. Rosanvallon. Une crise économique est surmontable par des choix politiques concrets. Mais un affaïssement de la confiance, une interrogation profonde des valeurs, une incapacité à se projeter dans un monde en évolution angoissent, paralysent et peuvent conduire à des choix frileux, des replis identitaires, une démission collective possiblement dangereuse et durable.

### **A votre avis, qu'est-ce qui permettrait de redonner aux citoyens confiance en leur avenir ?**

J'esquissais la réponse : indubitablement un retour du politique. Dans un tel contexte, la tentation est grande de se concentrer sur la gestion et l'immédiateté, d'éviter les positionnements trop tranchés et de s'abriter derrière l'excuse que l'opinion ne se préoccupe que de la satisfaction de ses besoins quotidiens. Je suis convaincue du contraire, il est nécessaire de redonner un sens à l'action politique, une vision globale et ouverte, des choix assumés.

### **En tant qu'Adjointe au Maire, vous conduisez des politiques de santé et d'action sociale voulues, puisque ces deux champs ne relèvent pas de votre compétence. Qu'est-ce qui guide votre action ?**

La Ville est le point d'arrivée des sollicitations. Les élus locaux sont considérés comme des interlocuteurs en mesure d'agir sur les situations. Comment balayer ces demandes en s'abritant derrière des répartitions de compétence ? L'action sociale est le domaine de l'humain ! Nous intervenons donc dans ces secteurs, avec des

objectifs qui génèrent des choix. Parce que l'insécurité sociale est multifactorielle, nous travaillons avec l'ensemble des professionnels qui agissent dans le domaine de l'accueil et de l'accompagnement des personnes, et plus les filets de sécurité s'établissent tôt, plus ils ont de chance d'être efficaces.

### **L'insécurité sociale peut induire une souffrance psychique. Comment une ville peut-elle se saisir d'un tel phénomène ?**

Nous nous intéressons particulièrement à la souffrance psychique des jeunes. Nous avons mis en place des équipes qui développent des liens entre les travailleurs sociaux et les praticiens de la psychiatrie, pour l'accès au soin des usagers qui en sont exclus. Notre action porte également sur la prévention et la réduction des risques. Parallèlement, et sous la houlette de l'ORSPERE, nous nous interrogeons sur la souffrance psychique liée à l'exclusion.

### **Les maisons médicales de garde mises en place par la Ville de Lyon sont-elles confrontées à l'évolution du sentiment d'insécurité sociale ?**

Les MMG ont été mises en places -en partenariat- suite au constat d'un besoin de consultations après fermeture des cabinets, pour faire face à l'engorgement des urgences hospitalières et au désinvestissement de garde des médecins. Elles ne fonctionnent que le soir et le week-end. Ainsi, les médecins répondent-ils aux demandes de soins non programmés mais, n'étant pas les médecins traitants, n'ont pas vocation à entretenir une relation suivie avec les patients, ce qui se joue est autre.

### **Dans un tel contexte socio-économique, n'y a-t-il pas une limite à l'action locale ?**

Oui, à l'évidence et elle génère une très grande frustration. Dans un pays qui revendique sa 4<sup>e</sup> place parmi les grandes puissances mondiales mais où le chômage et la précarité augmentent, les acteurs de proximité sont ceux qui prennent de plein fouet la désespérance et les situations dramatiques. L'imbricatio institutionnel, pris au sens de la complexité administrative de l'action sociale, comme les choix politiques nationaux faits en matière économique ou encore les renoncements subreptices de l'Etat impactent directement le sentiment d'impuissance au niveau local. Il faut impérativement retrouver une impulsion politique globale favorable à notre société.

# L'insécurité sociale gagne du terrain

## ■ La décomposition de la société salariale apparaît comme le principal facteur d'insécurité sociale

Robert Castel démontre que dans la société salariale qui s'est développée après la seconde Guerre Mondiale en Europe occidentale, tous les individus étaient couverts par des systèmes de protection dont l'histoire sociale montre qu'ils ont été, pour la plupart, construits à partir du tra-

vail. Aujourd'hui, le monde du travail ne permet plus à l'Etat de jouer son rôle régulateur et ce dernier, n'ayant pas anticipé de telles évolutions, tarde à redéfinir de nouveaux modes de protection.

## ■ Les vertus protectrices du travail

Au XIX<sup>e</sup> siècle, l'insécurité sociale touchait les classes populaires contraintes à un combat quotidien pour la survie et dont l'issue était à chaque fois incertaine. Dans le courant du vingtième siècle, en attachant des protections et des droits à la condition des travailleurs, l'insécurité sociale a pu être considérablement limitée. « En effet, le travail cesse alors d'être une relation purement marchande rétribuée dans le cadre d'un rapport pseudo-contratuel entre un employeur tout puissant et un salarié démuné. Le travail devient l'emploi, c'est-à-dire un état doté d'un statut qui inclut des garanties non marchandes comme le droit à un salaire minimum, les protections du droit du travail, la couverture des accidents, de la maladie, le droit à la retraite, etc. » Dans ce contexte, le rôle de l'Etat est d'accompagner ces mutations et de limiter les risques.

Outre l'évolution du statut du travail, la croissance et l'inscription des individus dans des collectifs protecteurs ont permis de réguler l'insécurité sociale. Avec la croissance, il devient possible d'anticiper une réduction progressive des inégalités et d'offrir au plus grand nombre la possibilité de programmer l'avenir. Une telle croyance se vit tout à fait concrètement à travers la possibilité de prendre des initiatives et de développer des stratégies tournées vers le futur : emprunter pour accéder à la propriété de son logement, programmer l'entrée des enfants à l'université et surtout d'une manière générale, anticiper des trajectoires

## ■ Le bon temps du progrès social

ascendantes. Une telle projection positive sur l'avenir génère des comportements dynamiques, entreprenants, qui se répercutent sur l'ensemble des domaines de la vie sociale, économique et sur la santé. Grâce aux collectifs protecteurs, l'individu n'est plus seul face à l'employeur. L'expression « partenaires sociaux » signifie que ce ne sont plus des individus, mais des collectifs qui entrent en relation les uns avec les autres. Ce statut collectif défini par un ensemble de règles protège l'individu et lui procure une sécurité certaine.

## ■ Du progrès à l'incertitude

Les mondes de l'économie et du travail se sont fortement modifiés depuis les années 1970 sans que ces mutations soient véritablement anticipées et accompagnées. Avec les exigences croissantes de la construction européenne et de la mondialisation des échanges, le contexte est devenu complexe, les évolutions se sont accélérées et les rôles ont changé. Pour relever le défi de la concurrence internationale, le leadership est passé à l'entreprise dont il faut maximiser les capacités productives et l'Etat-nation s'avère de moins en moins capable de jouer le rôle de pilotage de l'économie au service du maintien de l'équilibre social qu'il assurait durant les "trente glorieuses". L'objectif devient d'augmenter la rentabilité du capital en baissant la pesée exercée par les salaires et par les charges sociales, et de réduire l'impact des réglementations générales garanties par la loi sur la structuration du travail. La quête de la rentabilité maximale des machines comme des hommes devient la règle absolue. Dans le même temps, la prise en charge de la défense des intérêts des salariés à travers de grandes formes d'organisations collectives est confrontée à une montée en puissance des phénomènes d'individualisation et de décollectivisation. La solidarité des statuts professionnels tend à se transformer en « concurrence entre égaux ». « Au lieu que tous les membres d'une même catégorie soient unis autour d'objectifs communs qui bénéficieront à l'ensemble du groupe, chacun est amené à mettre en

avant sa différence pour maintenir ou améliorer sa propre condition. » On assiste à une mise en mobilité généralisée des relations de travail, des carrières professionnelles et des protections attachées au statut de l'emploi. L'individu, sommé d'être performant, devient l'entrepreneur de lui-même. Il se retrouve ainsi surexposé et fragilisé parce qu'il n'est plus supporté par des systèmes de régulation collective. Aujourd'hui, ce n'est plus le progrès social, mais un principe général d'incertitude qui commande l'avenir de la civilisation.

### Nous ne sommes pas tous égaux face à la santé : l'impact du facteur socioprofessionnel sur la consommation de psychotropes est un exemple révélateur

La consommation est minimum (4,1% pour les hommes et 7,1% pour les femmes) chez les cadres supérieurs des deux sexes. Les employés et ouvriers sont chez les hommes en position intermédiaire (resp. 6,4 et 7,1%) tandis que les inactifs sont les plus nombreux à consommer (18,8%). Chez les femmes, les ouvrières et inactives sont sensiblement au même niveau (12 à 13%). Ces taux ont été estimés chez les sujets de 25 à 59 ans, après standardisation sur l'âge.

Les personnes en situation de précarité sont toujours plus nombreuses à consommer des psychotropes que les non précaires.

# L'insécurité sociale impacte notre santé

## ■ Souffrance sociale et souffrance psychique

Il est difficile de démontrer directement l'impact du « mal-être social » sur la santé. Nous disposons de très peu d'éléments chiffrés sur ce sujet. Cependant le Haut Comité de la Santé Publique, dans un rapport produit en 1998, a montré que la précarité pouvait avoir à moyen et long terme de lourdes conséquences sur l'état de santé de larges secteurs de la société, et qu'elle menaçait particulièrement la jeunesse. Les inégalités de revenus et de formation et plus généralement l'absence de cohésion sociale sont la cause majeure des inégalités de santé. L'impact de l'exclusion sur la santé est connu. Ce qui l'est moins, c'est l'effet de l'actuelle instabilité sociale, génératrice de vulnérabilité sur la santé d'une quantité innombrable de ménages. La précarisation de l'emploi et ses conséquences sur la vie quotidienne sont souvent à

l'origine d'un sentiment d'inutilité, de solitude, voire de honte ou encore d'une impossibilité de se projeter dans l'avenir. Elles entraînent une souffrance psychique intense qui peut s'exprimer soit par une démission sociale, soit par une violence sur soi ou sur les autres, porteuses de risques sévères pour la santé. Elles peuvent entraîner une fatigue chronique, l'anxiété, la perte de confiance en soi, des difficultés de concentration et de mémorisation... Dans le discours des salariés, le stress est directement lié à l'apparition de troubles fonctionnels et psychosomatiques : digestifs, dermatologiques, cardio-vasculaires, céphalées, troubles du comportement alimentaire, du sommeil, tabagisme, et consommation accrue de psychotropes.

## ■ Les nouvelles pénibilités du travail

Dans l'histoire industrielle française, la dureté du travail était associée au travail manuel, physique, et à l'usure du corps. On continue de penser que moins le travail fait appel à l'effort physique, plus il devient « facile ». Or, l'emprise des faits de société dans le travail engendre de nouvelles difficultés. La réalité des enseignants, par exemple, renvoie à des questions lancinantes : comment faire avec les nouvelles demandes sociales, les échecs, les résistances à apprendre ? Devant cette accumulation de problèmes nouveaux et l'intensification des difficultés, les professionnels de tous secteurs ont besoin de collectifs pour les comprendre et les résoudre. Or, massivement l'organisation du travail fait l'inverse. Lorsque le « travail sur le travail » est ignoré, les gens se retrouvent dans des situations où ils ont le sentiment d'errer seuls

devant l'étendue des impuissances qu'ils ont à subir. L'intensification du travail, l'exigence d'adaptabilité et de résultats, la confrontation à des relations de travail tendues, à des méthodes de management inadéquates sont autant de pénibilités qui se généralisent. De fait, les facteurs psychosociaux arrivent en tête des risques professionnels auxquels les actifs se sentent les plus exposés et la moitié des journées de travail perdues dans l'Union européenne seraient liées au stress au travail. Cette prégnance des risques psychosociaux sur les lieux de travail, constituant une menace sérieuse pour l'intégrité physique et mentale des salariés, a conduit les partenaires sociaux européens à conclure en 2004 un important accord sur le stress au travail.

## ■ Accompagner les symptômes ne suffit plus

La souffrance sociale, dans sa massivité actuelle, affecte l'ensemble des secteurs de notre société. Les acteurs de l'économie, du social, de l'éducation ou de la santé sont soumis à une double contrainte : celle de gérer des situations sans avoir véritablement de prise sur elles et celle de redoubler de capacité d'innovation pour participer à la construction de nouveaux modèles d'action. Ils sont probablement les premiers à alerter, proposer et demander de nouveaux cadres et dispositifs d'intervention. Ils jouent un rôle capital. Cependant, les réponses ne peuvent s'envisager sans une impulsion d'ensemble forte. La revendication d'une réforme d'ampleur du fonctionnement de notre société, fondée sur le respect de l'homme et portée par un Etat qui conjugue l'économique et le social sur une partition de modernité se généralise. Les experts l'accompagnent. Pour le psychologue Yves Clot, il y a urgence à réformer le travail, très concrètement, dans son organisation et sa qualité humaine, « un chantier vital pour la démocratie ». Pour le sociologue Robert Castel, « au travail devenu mobile et au marché devenu volatil devrait correspondre un Etat social devenu flexible ». Pour l'économiste Jean-Paul Fitoussi, il convient de repenser l'égalité et ses critères, ainsi que les modalités d'un retour de l'Etat, « gestionnaire précautionneux », mais aussi

« producteur d'avenir ». Enfin, pour le sociologue Pierre Rosanvallon : « Nous vivons une crise philosophique et politique plus qu'économique. Il convient de repenser complètement le progrès social. Il n'y a plus de modèle de référence disponible ou de voie royale du progrès qui s'imposeraient. C'est donc à une réinvention que nous sommes conviés, à une redéfinition d'ensemble des valeurs et des méthodes du progrès social. »

---

**Souffrance psychique** : état psychique qui se situe entre la maladie mentale et la santé mentale, dans une dynamique de déploiement de stratégies défensives pour résister ou composer avec les situations déstabilisantes au travail. On décrit classiquement des troubles d'humeur, des troubles de l'anxiété et des troubles de l'adaptation. Parmi ces derniers sont distingués : le stress (déséquilibre entre les ressources d'un individu et les demandes de l'environnement auxquelles il doit répondre), le burn out (syndrome d'épuisement professionnel), et le syndrome du survivant (angoisse, culpabilité et colère contre les dirigeants et l'organisation du travail).

---

## ■■■ Contactez-les

### → Acteurs

#### **ORSPERE**

contact : Claudine Bassini  
tél : 04 37 91 53 90  
www.ch-levinatier.fr/orspere  
orspere@ch-le-vinatier.fr  
Observatoire Régional sur la souffrance Psychique en rapport avec l'exclusion.

#### **CREAI**

contact : Dominique Cardon  
tél : 04 72 77 60 60  
accueil@creai-ra.org

www.creai-ra.org

Un centre de ressources et d'observation régional dans le champ du social et médico-social.

#### **Cap Réseaux**

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie  
Serge Krikorian  
tél : 04 78 63 72 30

www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr

Un guichet interinstitutionnel au service des promoteurs de réseaux de santé.

## ■■■ Informez-vous

### → Ouvrages

#### **L'insécurité sociale**

Robert Castel, éd. Seuil, 2003.

#### **Les indicateurs sociaux : essai de problématique,**

Bernard Perret, Revue Informations sociales, les mesures du bien-être, 2004.

#### **Répondre à la souffrance sociale,**

M. Joubert et C. Louzoun, Erès, 2005.

#### **Le nouvel âge des inégalités,** J.P. Fitoussi et

Pierre Rosanvallon, Seuil, 1996.

#### **La nouvelle question sociale,** Pierre Rosanvallon,

Seuil, 1995.

### → Sites et médias

#### **www.cetaf.asso.fr**

Le centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'exams de santé présente un journal et différentes études notamment : « Facteurs de précarité : identifier pour agir », « Risques relatifs de santé liés au statut social »...

#### **www.travail.gouv.fr**

Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale. Parmi les nombreuses ressources de ce site, vous trouverez en lien avec le thème :

. La synthèse des Assises de la prévention des risques au travail, nov 2000.

. Enquêtes sur les conditions de travail, 1998,

. Le Plan Santé au travail 2005/2009

### → Articles

#### **La douleur du métier, l'attente de la retraite**

Yves Clot, Le Monde, Juin 2003

### → Rapports

#### **Charte d'Ottawa**

Organisation Mondiale de la Santé, 1986.

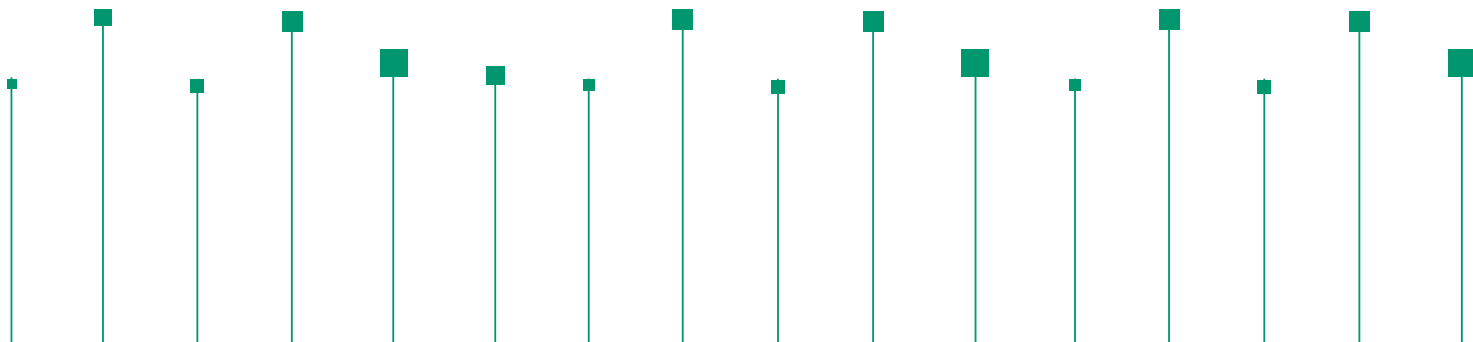
#### **La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé,**

Haut Comité de la Santé Publique Collection Avis et Rapports, 1998.

## ■■■ Approfondissez sur millenaire3.com

### → Fiche de synthèse

**Les représentations sociales des risques : des rationalités multiples,** Cédric Polère, Avril 2005





## CONCLUSION

### Nous prévoyons de doubler au minimum notre budget santé lors du lancement du Plan Régional de Santé Publique...

Thierry Philip, Vice-Président Santé et Sport à la Région, Directeur Général du Centre Léon Bérard, Professeur de cancérologie médicale.

*Entretien réalisé le 4 août 2005 par Laure Bornarel*

#### Quelles sont les compétences de la Région en matière de santé ?

Nous n'avons aucune compétence directe. Deux lois nous offrent quelques marges de manœuvre : la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique et celle du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. La Région peut, par exemple, financer les équipements hospitaliers en échange d'un tiers des voix de la commission exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)... ce que nous avons choisi de ne pas faire : nous ne souhaitons pas nous substituer à l'action de l'Etat. Nous nous sommes engagés au niveau de la prévention car nous défendons l'idée d'avoir un système de santé et non simplement un système de soins.

#### En quoi consiste la politique de santé de la Région ?

L'essentiel du budget santé est alloué à des actions de prévention. Quelques exceptions notoires : le soutien des formations sanitaires et sociales, qui représentent 180 filières de formations réparties sur 80 centres en Rhône-Alpes ; des investissements dans la recherche médicale avec le Cancéropôle Lyon Rhône-Alpes et le projet Etoile, et, enfin, le développement d'un système d'information régional axé sur les relations Ville/Hôpital. Pour le reste, la Région continue d'assurer dans le cadre du Plan Etat Région des appels à projets dédiés à la prévention d'un montant de 250 000 euros par an. Elle finance pour le même montant les actions santé des missions locales et des PAIO. Une aide est attribuée aux réseaux de santé s'ils présentent un volet prévention et dépistage. Une autre est consacrée aux associations de patients pour faciliter leurs efforts de représentation dans les organes décisionnels des institutions de santé. Un projet en matière de santé/environnement est en cours d'élaboration, afin notamment de cerner le lien entre les disparités infrarégionales de mortalité par le cancer et l'environnement. Ce plan mettra aussi l'accent sur la prévention des maladies professionnelles, avec, au programme, des Etats Généraux de la Santé au Travail en 2006. Enfin, comme la politique française de santé publique est en cours de réorientation, plusieurs financements nationaux destinés aux acteurs de terrain ont été suspendus. Pour préserver le tissu régional, nous avons décidé d'assurer la transition en injectant une aide exceptionnelle de 300 000 euros à 250 associations en 2004. L'opération est renouvelée cette année.

#### La loi du 9 août 2004 prévoit l'élaboration d'un Plan Régional de Santé Publique (PRSP). La Région a la possibilité de définir et de mettre en oeuvre en parallèle ses propres priorités de santé publique. Vous avez d'emblée choisi de vous associer au PRSP, pour quelles raisons ?

Nous sommes réservés sur le bien-fondé de cette loi de santé publique : elle a été conçue sans tenir compte de l'avis de l'ensemble des partenaires concernés, ce qui nous paraît peu pertinent. Elle comporte en outre une

centaine d'objectifs, dont seulement cinq sont financés ! Cette loi n'a pas été votée par la Gauche à l'Assemblée Nationale. Ceci dit, nous pensons que la question de la santé publique est au-delà des clivages Gauche/Droite. Nous avons donc voulu jouer la carte du consensus en nous associant au Groupement régional de santé publique (GRSP), comme la loi nous l'autorise, mais en posant trois conditions. La première était la non application de la circulaire prévoyant la mise en œuvre du Plan régional de santé publique (PRSP) en décembre 2004 : le travail préparatoire du PRSP a commencé en novembre 2004 et sera finalisé début 2006. La seconde était l'obtention d'une participation active des associations de santé dans l'élaboration de ce PRSP. Troisième condition : la Région paiera deux ou trois programmes bien définis et non un pourcentage du PRSP. Nous souhaitons conserver la visibilité de nos actions. Les trois conditions ont été acceptées par l'Etat. Au sein du GRSP, nous défendons vraisemblablement plusieurs thèmes qui nous paraissent prioritaires : la prévention de la santé des femmes, la prévention en santé mentale et le renforcement de l'Espace Régional de Santé Publique. Nous souhaiterions le voir implanté sur le Bioparc et jouer un rôle de tête de réseau régionale en ingénierie associative. Nous prévoyons de doubler au minimum notre budget santé lors du lancement du PRSP, en espérant que cela ait un effet d'entraînement du côté de l'Etat, car à ce jour, nous craignons plutôt un désengagement de la Sécurité Sociale.

#### Quelle place souhaitez-vous donner aux associations ?

La démocratie participative est au cœur de notre mandat. Alors qu'elles sont les principales partenaires dans la mise en œuvre des politiques de prévention, les associations ne font pas légalement partie du GRSP. Pour compenser cette lacune, nous leur demandons de contribuer à l'élaboration du PRSP en s'appropriant la démarche et en étant force de proposition lors de la Conférence Régionale de Santé. Pour ce faire, il est nécessaire qu'elles s'organisent à la fois en termes de représentativité et de structuration. Le collectif associatif qui existe aujourd'hui n'est pas légalement légitime au regard des 250 associations de santé de la région Rhône-Alpes. Un statut juridique quelconque doit être défini et des élections tenues. C'est la condition sine qua non pour pouvoir inclure le tissu associatif dans les processus décisionnels régionaux.

## Retrouvez sur [www.millenaire3.com](http://www.millenaire3.com)

### les dossiers thématiques de l'agenda santé :

n° 1 : les biotechnologies dans la région lyonnaise (oct 2003)

n° 2 : l'animal et la santé (avril 2004)

n° 3 : la formation continue en santé (novembre 2004)

n° 4 : vaccinologie et immuno-virologie (avril 2005)

n° 5 : Santé, prévention et politiques publiques (octobre 2005)

#### Vos contacts :

Grand Lyon - DPSA

Pour L'agenda santé :

Pascale FOUGÈRE, webmestre de millenaire 3, [pfougere@grandlyon.com](mailto:pfougere@grandlyon.com), tél. 04 78 63 48 25

Laure BORNAREL, veilleuse santé à la DPSA, [laure.bornarel@free.fr](mailto:laure.bornarel@free.fr), tél. 04 78 72 05 26

Grand Lyon - DAEI

Pour les questions de développement technologique et économique :

Jean-Louis MEYNET, Délégué Général, [jlmeynet@grandlyon.org](mailto:jlmeynet@grandlyon.org), tél. 04 78 63 48 06

Isabelle BARBELET, chargée de mission Sciences de la Vie, [lyonbio@grandlyon.org](mailto:lyonbio@grandlyon.org), tél. 04 78 63 42 30

#### Direction de la prospective et de la stratégie d'agglomération

Grand Lyon, 20 rue du Lac 69003 Lyon - tél : 04 78 63 41 82

[www.millenaire3.com](http://www.millenaire3.com)

[www.grandlyon.com](http://www.grandlyon.com)

[millenaire3@grandlyon.org](mailto:millenaire3@grandlyon.org)

Directeur de la publication : Corinne TOURASSE

Coordination : Jean-Loup MOLIN

Réalisation : Laure BORNAREL, [laure.bornarel@free.fr](mailto:laure.bornarel@free.fr), en collaboration avec :

Marianne CHOUTEAU, [marianne.chouteau@wanadoo.fr](mailto:marianne.chouteau@wanadoo.fr), Sandra DECELLE, [sandra.decelle@agence-edel.net](mailto:sandra.decelle@agence-edel.net), Florence LE NULZEC, [f.le.nulzec@free.fr](mailto:f.le.nulzec@free.fr)

Sylvie MAURIS-DEMOURIOUX, [mauris-demourieux.sylvie@wanadoo.fr](mailto:mauris-demourieux.sylvie@wanadoo.fr), Catherine PANASSIER, [panassier.catherine@free.fr](mailto:panassier.catherine@free.fr),

Cédric POLÈRE, [cedric.polere@tele2.fr](mailto:cedric.polere@tele2.fr),

Conception/réalisation graphique : Crayon Bleu, tél. 04 78 63 60 77

Illustrations : Romuald Font

**GRANDLYON**  
communauté urbaine

millenaire3