

**RAPPORT D'EXPERTISE SUR  
L'ACTIVITÉ ET LES  
ORIENTATIONS DES CENTRES  
D'EXAMENS DE SANTÉ**

---

**RAPPORT FINAL**  
**13 NOVEMBRE 2000**

---

**PROFESSEUR MARCEL GOLDBERG**

# SOMMAIRE

<b>CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES</b>	<b>3</b>
<b>AVIS SUR IES QUESTIONS POSÉES</b>	<b>7</b>
<b>Les EPS</b>	<b>8</b>
1.1.1 Les EPS proposés aux assurés en situation de précarité	8
1.1.1.1 Faut-il réduire, maintenir ou accentuer l'offre des EPS en direction des populations en situation de précarité ?	8
1.1.1.2 Quel pourcentage de l'activité totale doit être consacré aux publics prioritaires/précaires ?	9
1.1.2 Les assurés bénéficiaires d'un avantage de préretraite ou de retraite	11
1.1.2.1 L'EPS est-il justifié pour cette catégorie d'assurés en termes de prévention ?	11
1.1.2.2 Faut-il développer les activités de surveillance post-professionnelle dans le cadre des EPS ?	13
1.1.3 Les assurés sociaux "non prioritaires"	15
1.1.3.1 Quel est le nombre maximal d'EPS qui doit être réalisé ?	15
1.1.3.2 Développement des EPS pour des publics prioritaires dans les départements non couverts	16
1.1.4 Examens préventifs et médecine libérale	17
1.1.4.1 Dans quelles conditions l'EPS peut-il être confié au médecin généraliste ?	19
1.1.4.2 Comment évaluer le bénéfice de santé publique ?	20
1.1.4.3 Rôle des CES	20
<b>Les autres missions des CES</b>	<b>22</b>
1.1.5 Le recueil et l'exploitation des données	22
1.1.6 La production de données pour renseigner les responsables de la santé publique pour l'observation et la veille sanitaire	24
1.1.7 Études et recherches en partenariat	28
1.1.8 La participation aux campagnes de dépistage	29
1.1.9 Développement du partenariat intra- et extra- institutionnel	30
<b>CONCLUSION : SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES</b>	<b>31</b>
<b>Le constat : des forces et des faiblesses</b>	<b>32</b>
<b>L'avenir des CES : transformer un plateau technique en « laboratoire de santé publique »</b>	<b>33</b>
Domaines d'intervention et populations concernées	34
Approches et méthodes	34
Moyens à mettre en œuvre	36
<b>Conclusion générale</b>	<b>38</b>
<b>ANNEXE</b>	<b>39</b>

# **CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES**

Par un courrier en date du 28 juin 2000, la CNAMTS a confié au signataire de ce rapport une mission d'expertise sur l'activité et les perspectives d'action des CES, cadrée par une série de questions réunies dans un document de la Commission Santé Prévention de la CNAMTS, en date du 29 mars 2000, qui figure en Annexe du présent rapport.

Ces questions, qui fixent le cadre de l'expertise demandée, appellent quelques commentaires préalables.

- Ni l'existence des CES, ni leurs missions générales fondées sur l'examen périodique de santé ne sont concernées par l'expertise : le document de référence rappelle, en effet, des textes qui justifient et précisent l'activité des CES et leur évolution, sans revenir sur leur principe.
- L'expertise demandée n'est pas une "évaluation" des CES ni de leur fonctionnement : les questions posées concernent les orientations (notamment en termes de population couverte et d'organisation des partenariats) et leurs évolutions souhaitables dans une optique "d'optimisation", et non un jugement sur l'efficacité ou l'efficience des CES par rapport à leurs missions. Ceci demanderait d'ailleurs d'autres méthodes et d'autres moyens qu'une "expertise" individuelle.
- L'expert consulté a coopéré à diverses reprises avec les CES et le CETAF dans des contextes divers, et il a également siégé parmi le Conseil Scientifique du CMP de Vandoeuvre pendant plusieurs années. C'est à partir de cette connaissance des CES, ainsi que de divers documents qui lui ont été fournis, qu'il a réalisé cette expertise, qui reflète donc essentiellement son opinion de professionnel de santé publique spécialisé en épidémiologie.
- En l'absence d'indications précises sur d'éventuelles orientations budgétaires, on a raisonné à coût global constant, à chaque fois que les propositions faites pouvaient avoir des conséquences financières, à l'exception de ce qui concerne l'extension de la couverture de l'ensemble du territoire par les CES. Toutefois, il faut affirmer d'emblée que seule cette raison technique explique ce choix, car on ne saurait en aucune façon considérer *a priori* que le budget consacré par la CNAMTS aux activités relevant des CES soit suffisant ou trop élevé (chacun sait que les dépenses de prévention sont particulièrement faibles comparativement aux coûts des activités curatives).

Un point particulier nécessite une clarification, car il est récurrent à travers les questions posées : celui des finalités de l'EPS. Bien que celles-ci ne fassent pas l'objet, dans les documents fournis, de définition explicite et que leurs objectifs n'y sont pas formellement précisés<sup>1</sup>, il apparaît clairement qu'elles relèvent de deux domaines potentiellement complémentaires : (i) le bénéfice individuel à court ou plus long terme, pour les personnes qui y ont accès (dépistage d'anomalies à des stades divers permettant en théorie une meilleure prise en charge, conseils d'hygiène et de mode de vie, etc....) ; ceci correspond à la notion "d'utilité" en santé publique, c'est-à-dire de bénéfice pour les personnes qui bénéficient d'une procédure de santé ; (ii) le bénéfice collectif, qui concerne la "population-cible", y compris les

---

<sup>1</sup> On trouve, dans un document issu du Congrès de la Société Française de Santé Publique consacré entièrement au thème des « examens de santé », qui s'est tenu en novembre 1990, la définition suivante : « Un examen de santé peut être considéré comme la rencontre d'un individu et d'une équipe médicale dans une structure ou un cadre défini, en dehors d'une situation morbide » (Anhoury P. Les examens de santé : leur place dans la prévention. Santé Publ.3-4:5-22,1991). Cependant, cette définition est purement descriptive, et ne renseigne aucunement sur les finalités de l'EPS. Notons au passage que la tenue en 1990 d'un congrès de la SFSP consacré au thème des EPS illustre bien la permanence des débats entourant cette procédure médicale.

personnes n'ayant pas bénéficié personnellement des EPS (notion "d'efficacité" en santé publique) ; cette population-cible peut être définie de façon limitée (les précaires, les jeunes enfants, etc.) ou non (population générale dans son ensemble).

Un élément essentiel qu'il faut souligner d'emblée est qu'il n'existe pas de données scientifiquement établies permettant de mettre en évidence des bénéfices individuels ou collectifs, résultant de l'activité des EPS réalisés par les CES. A notre connaissance, aucune étude permettant d'évaluer ces bénéfices en termes de santé (meilleure qualité des soins dispensés, amélioration de l'état de santé, etc.) globalement ou de façon ciblée, n'a été réalisée, ni par les CES eux-mêmes auxquels une telle mission n'a jamais été confiée, ni par des organismes extérieurs. Comme on l'a indiqué plus haut, l'objet de cette expertise n'est pas de porter un jugement évaluatif sur l'activité des CES ; il est cependant tout à fait important d'avoir à l'esprit le problème méthodologique qui est posé à l'expert : il s'agit de donner un avis et d'émettre des recommandations sans pouvoir s'appuyer sur des arguments scientifiquement étayés.

Dans ce contexte d'absence de travaux visant à évaluer l'apport des EPS auprès des bénéficiaires de ceux-ci, on ne peut pas ne pas soulever le problème peut-être encore plus important de la population effectivement concernée par les CES. La fraction des ayants-droit à l'EPS qui en bénéficie réellement est, en effet, extrêmement faible<sup>2</sup>. Même sous l'hypothèse d'un bénéfice majeur pour les bénéficiaires réels (ce qui reste entièrement à montrer), il est clair que dans un tel contexte, la contribution des CES à l'amélioration de la santé de la population française ne peut être au mieux qu'extrêmement marginale. Ceci pourrait ne pas être vrai si la fraction de la population prise en charge présentait des besoins de santé spécifiques auxquels les CES apporteraient une réponse efficace ; mais, comme on le verra, on ne dispose aucunement, même pour les populations dites "précaires", des données et des études permettant de documenter un apport spécifique des CES. De plus, un si faible pourcentage de bénéficiaires réels d'une prestation à laquelle tout assuré du régime général a théoriquement droit, pose des questions en termes d'équité sociale, qui méritent des réponses appropriées.

Pour cette expertise, dont le cadre est fixée comme on l'a rappelé plus haut, on a donc raisonné dans le contexte suivant. D'une part, le système de santé publique français, et la CNAMTS en particulier, dispose dans les CES d'un outil technique de grande qualité, quadrillant largement le territoire national, composé de professionnels compétents et motivés, ayant montré leur capacité à s'adapter à des besoins en évolution, et qui a acquis une place et une légitimité incontestables (et largement incontestées). D'autre part, on n'imagine pas une extension massive des moyens des CES leur permettant d'offrir une couverture effective significativement plus large de la population des ayants-droit, notamment en l'absence de données scientifiquement établies du bien-fondé d'une telle orientation.

Dans de telles conditions, la réflexion doit s'orienter dans deux voies, en raisonnant à moyens et à structures plus ou moins stables :

**1** – Comment maximiser les bénéfices individuels que peuvent attendre des populations dont certains besoins spécifiques peuvent être pris en charge par les CES, tout en veillant à ne pas faire double emploi avec d'autres structures ou d'autres dispositifs ? Il s'agit des populations "prioritaires" (précaires essentiellement, mais pas exclusivement). On verra

---

<sup>2</sup> En 1998, le taux de couverture a été de 1,1 % de la population générale et de 1,3 % des assurés du régime général au niveau national (le département le mieux couvert ne dépassent pas 3,6 % des assurés du régime général). *Source* : Description des Examens de Santé de l'année 1998 – CETAF, mars 2000..

qu'une telle orientation implique la mise en place d'études diverses visant à connaître ces populations et leurs besoins, et à évaluer l'impact de l'intervention des CES.

**2** – Comment tirer au mieux partie des capacités de l'outil technique que constituent les CES pour un intérêt collectif susceptible de bénéficier à l'ensemble de la population, même à long terme, dans un contexte où seule une très faible fraction de celle-ci peut être directement concernée. On verra que cette orientation implique un vigoureux développement des activités d'étude et de recherche en épidémiologie et d'intervention en santé publique.

# **AVIS SUR LES QUESTIONS POSÉES**

## LES EPS

### 1.1.1 LES EPS PROPOSÉS AUX ASSURÉS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

#### 1.1.1.1 Faut-il réduire, maintenir ou accentuer l'offre des EPS en direction des populations en situation de précarité ?

Avant de tenter de donner un avis sur cette question, il faut tout d'abord souligner la remarquable efficacité dont ont fait preuve les CES ces dernières années, en réussissant à réorienter profondément leurs modes de recrutement pour atteindre un public "non naturel" pour eux : il est impressionnant de constater qu'en peu d'années, ils aient pu obtenir que plus de la moitié des EPS réalisés concernent des populations précaires, alors que celles-ci ne constituaient qu'une très petite fraction de leur "clientèle" au début des années 90. Il s'agit d'un indéniable succès, au moins sur le plan quantitatif, montrant également la capacité de mobilisation des CES et leur aptitude à nouer des partenariats divers.

Tenter de répondre à la question posée nécessite d'avoir envisagé en préalable d'autres questions concernant les finalités de l'EPS pour les "précaires" et la place des CES parmi d'autres structures de santé poursuivant des objectifs similaires.

- *Finalités de l'EPS pour les précaires* : au vu des pratiques actuelles des CES, il semble que les CES ont vis-à-vis de ces populations, des objectifs essentiellement orientés vers un bénéfice individuel, qui peut concerner des aspects divers : avantages théoriques "classiques" de l'EPS (dépistage et éducation pour la santé), auxquels s'ajoute un effet de "médicalisation" pour des populations plus ou moins exclues du système de santé et de soins. On doit pouvoir considérer que l'EPS jouerait son rôle s'il permet de faciliter la prise en charge médicale de problèmes de santé dépistés de façon précoce, et s'il constitue une voie d'entrée dans le système de soins de personnes qui en sont, pour des raisons diverses, tenues à l'écart.
- *Place des CES au sein du dispositif de santé (précarisation et soins)* : la CMU doit contribuer à faciliter l'accès des populations précaires au système de soins, en minimisant les obstacles financiers ; cependant, on sait que ceux-ci ne sont pas la seule raison du plus mauvais niveau de fréquentation des structures médicales, et qu'il existe aussi des déterminants culturels et une marginalisation sociale de certaines catégories de précaires.

En raison de la nouveauté du dispositif, il n'est pas clair de comprendre les conséquences de la mise en place de la CMU et le développement des Plans Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Quels vont être leurs orientations, leurs objectifs, leurs moyens ? Actuellement, à notre connaissance, les CES gardent leur place spécifique et leurs objectifs restent légitimes. Cependant, ceci se situe dans un contexte changeant, et il est bon d'anticiper les évolutions à venir.

Par ailleurs, il apparaît que le pourcentage des bénéficiaires d'EPS au titre des personnes en situation de précarité qui ont un niveau de "médicalisation" qui semble satisfaisant est loin d'être négligeable : environ 80% des hommes (et 90% des femmes) en situation de précarité ayant bénéficié d'un EPS en 1998 ont consulté au moins une fois un médecin pendant les 2 dernières années<sup>3</sup>. Cependant, plusieurs études comparatives montrent que dans l'ensemble, l'état de santé des personnes en situation de précarité est sensiblement moins bon que celui des autres consultants des CES, et ceci pour diverses dimensions de la santé, sans qu'on

<sup>3</sup> *Source* : Description des Examens de Santé de l'année 1998 – CETAF, mars 2000.

puisse actuellement décrire ces altérations selon les différentes situations conduisant à l'état de précarité.

Faute d'une analyse plus fine de la clientèle des CES, il semble donc que la population classée sous le terme de "précaires" est hétérogène en termes sociologiques, et vraisemblablement en termes de besoins de santé, de réseaux sociaux, etc. Notamment, il est vraisemblable qu'existe un "noyau dur" de précaires exclus du système de soins, alors que d'autres le fréquentent de façon sans doute voisine de la population non précaire bénéficiant des EPS.

Au total, il est difficile de répondre clairement à la question posée de façon précise au vu des données disponibles. Cependant, en termes **d'orientations stratégiques**, il est clair que la priorité accordée actuellement aux populations précaires doit être conservée, et que cette orientation doit être mise clairement en avant. Plusieurs raisons, positives et négatives, militent dans ce sens :

- bien qu'une meilleure connaissance des besoins spécifiques des différentes catégories socio-économiques regroupées sur le terme de "situation de précarité" soit nécessaire pour mieux cibler les actions autour de l'EPS, il est clair que des besoins spécifiques existent pour ces populations, non (ou mal) pris en charge par les autres structures du système préventif et curatif.
- la population concernée par les situations de précarité est importante, et le restera pendant longtemps, même sous l'hypothèse d'une continuation de l'amélioration de la situation économique générale, qui laisse persister ce qu'il est convenu d'appeler des "poches" de pauvreté, d'exclusions de toutes sorte<sup>4</sup>.
- les CES disposent d'un savoir-faire établi pour toucher ces populations, comme le montre le pourcentage des bénéficiaires actuels qui sont dans cette situation.
- une autre raison d'orienter nettement l'activité des CES vers les populations précaires est que la justification d'une prise en charge massive de la population générale est limitée, comme on le verra plus loin : dans ces conditions, un centrage fait sur les populations précaires constitue pour les CES une action certainement plus utile en termes de santé publique et d'équité sociale.

La question de savoir jusqu'à quel pourcentage de l'activité des CES il faut aller vis-à-vis des populations précaires dépend à la fois du bénéfice que l'on peut en attendre, selon les activités mises en œuvre autour de l'EPS, et de ce qu'il est souhaitable de faire vis-à-vis des consultants "tout venant" des CES. Elle est abordée ci-dessous.

#### **1.1.1.2 Quel pourcentage de l'activité totale doit être consacré aux publics prioritaires/précaires ?**

La formulation de cette question laisse à penser qu'un critère "politique" (stigmatisation possible de ces populations et orientation non exclusive des CES vers un public particulier) est l'élément déterminant pour fixer un "seuil tolérable" de précaires parmi les consultants des CES. Si cet élément est sérieux et doit évidemment être pris en compte, il ne doit cependant pas constituer un critère prioritaire. Les critères déterminants doivent être des critères de santé publique : si on pouvait montrer qu'une orientation exclusive vers un public spécifique

---

<sup>4</sup> Ainsi, on estimait en 1998 que 12 à 15 millions de personnes (soit 20 à 25 % de la population) étaient touchés par des phénomènes de précarisation ou l'avaient été récemment, ou étaient menacés de l'être ( *Source* : Rapport du HCSP : La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Éditions ENSP, Collection Avis et Rapports, 1998).

(précaire ou non) était celle qui apportait le plus grand bénéfice en termes de santé de la population, il faudrait la recommander.

Cependant, en l'état actuel des connaissances, rien ne permet d'affirmer, hormis le bon sens et le principe d'équité sociale, que les personnes en situation de précarité tirent un véritable bénéfice individuel de leur prise en charge par l'EPS des CES, ni que ce bénéfice serait supérieur à celui du public non précaire des CES. L'intérêt collectif ("efficacité") de cette prise en charge n'est pas non plus établi.

Que peut-on recommander dans cette situation d'incertitude quant à l'intérêt des EPS pour telle ou telle catégorie ?

Si une orientation franche vers les publics précaires semble nécessaire, pour les raisons évoquées plus haut, il convient de façon claire de mieux en préciser les modalités, et pas uniquement en termes quantitatifs. Le sentiment qui prévaut en effet à la lecture des documents fournis est que chaque CES définit de façon assez autonome ses propres pratiques vis-à-vis des populations précaires, qu'il s'agisse du recrutement, des actions préventives et des suites de l'EPS, bien qu'elles soient encadrées par des orientations nationales. S'il est nécessaire qu'un premier temps d'expériences locales existe, accompagné comme c'est le cas, d'un partage et d'une réflexion autour de ces expériences, il est certainement nécessaire de promouvoir aujourd'hui une véritable politique coordonnée au niveau de l'ensemble des CES vis-à-vis des populations en situation de précarité<sup>5</sup>. Ceci est d'autant plus important que l'environnement est changeant comme on l'a vu (CMU, PRAPS), et qu'il faut anticiper des évolutions importantes.

Pour cela, il semble inévitable d'avoir une meilleure connaissance des populations appelées précaires, de leur importance, de leurs besoins de santé. Le rapport récent du Haut Comité de la Santé Publique consacré à la précarité et à la santé<sup>6</sup> fournit de nombreuses indications, mais elles ne sauraient suffire pour définir de façon opérationnelle une politique des CES. La réalisation d'une étude spécifique nous semble indispensable. S'appuyant notamment sur les divers travaux déjà réalisés par les CES et le CETAF<sup>7</sup>, elle aurait comme objectifs essentiels de :

- mieux préciser ce que recouvre la catégorie des personnes en situation de précarité et définir une typologie permettant une meilleure caractérisation de leurs besoins préventifs, en éducation pour la santé et en soins curatifs
- mieux décrire la population des précaires effectivement prise en charge actuellement par les CES, notamment par rapport à la typologie de référence évoquée ci-dessus.

Une telle étude ne doit pas s'intéresser uniquement à la fraction des précaires fréquentant déjà les CES, mais à la "population-cible" visée, afin de mieux situer la fraction de celle-ci effectivement touchée par les CES et la place des autres structures concernées. Elle doit donc être conçue et réalisée en partenariat avec ces autres structures. Par ailleurs, ses modalités doivent prévoir un suivi dans le temps, afin d'analyser en "temps réel" les évolutions qui se

---

<sup>5</sup> *Politique d'ensemble ne signifie pas nécessairement une uniformisation des pratiques des CES. Ceci ne serait pas souhaitable pour diverses raisons ; notamment l'existence de situations locales ou régionales très diverses en termes de populations précaires impose des actions adaptées à des contextes spécifiques.*

<sup>6</sup> *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Éditions ENSP, Collection Avis et Rapports, 1998.*

<sup>7</sup> *On pense, entre autres, au travail réalisé dans le cadre d'une formation à l'épidémiologie visant à mieux définir des critères de précarité, et ayant permis de définir un indice composite de précarité prenant en compte des dimensions diverses.*

produisent en termes de clientèle des structures de prise en charge, des besoins, des pratiques et des résultats.

Sur le plan méthodologique, une telle étude initiale est indispensable pour orienter les actions futures et la politique des CES vis-à-vis des populations précaires pour plusieurs raisons fondamentales. Si on admet, en effet, que l'EPS a un objectif de bénéfice individuel pour les précaires, il faut absolument connaître la fraction d'entre eux qui en bénéficient effectivement, et ceci en fonction des besoins spécifiques de chaque catégorie de précaires, afin de prioriser les efforts vers ceux dont les besoins sont les plus importants. Si la fraction des précaires prise en charge par les CES est trop faible, un problème fondamental d'équité sera posé : quel est le sens d'un effort de la collectivité qui ne bénéficie qu'à un pourcentage très limité de la population concernée ? Selon quels critères peut-on justifier la prise en charge de ceux-ci et pas de ceux-là ? Ces questions ont une acuité d'autant plus forte qu'environ un quart du territoire national n'est actuellement pas couvert par les CES (*cf.* plus loin : 1.1.3.2).

L'actuel manque d'information détaillée de façon fine sur la population précaire actuellement prise en charge et sur ce qu'elle représente par rapport à l'ensemble des bénéficiaires potentiels ne permet pas de fonder une politique des CES vis-à-vis des populations précaires, ni de façon purement interne au sein des CES, ni encore moins dans les relations de ceux-ci avec les autres structures travaillant auprès de ces populations.

Il ne permet en tous les cas pas à l'auteur de ce rapport de faire une recommandation chiffrée quant au pourcentage de l'activité totale des CES qui doit leur être consacré.

Un autre point frappe d'emblée l'épidémiologiste amené à se pencher sur l'activité des CES (il a déjà été évoqué dans l'introduction de ce rapport) : l'absence de toute analyse évaluative de l'activité des CES, qu'il s'agisse de l'ensemble de la clientèle des CES ou du sous-ensemble des précaires. Le rapporteur est en effet très favorablement impressionné par la qualité des efforts des CES vis-à-vis des précaires, tant sur le plan de l'importance qu'ils ont su donner de façon effective à cette population, comme cela a déjà été souligné, que sur celui des modalités de leur prise en charge à tous les niveaux (recrutement, accueil, suivi) et des multiples initiatives prises pour fournir des prestations de qualité, comme le montre, notamment la formation exemplaire de santé publique spécifique réalisée de 1997 à 1999. Néanmoins, il est important de mettre également en place des études évaluatives visant à apprécier objectivement les résultats obtenus, à court et si possible à moyen et long terme. Malgré les difficultés de ce type d'étude, sa nécessité semble évidente, à la fois pour apprécier objectivement la qualité des prestations des CES et pour orienter les actions à venir.

Une réflexion s'impose pour définir l'étendue et les modalités de telles études évaluatives. Idéalement, elles doivent être précédées de l'étude descriptive évoquée plus haut.

## **1.1.2 LES ASSURÉS BÉNÉFICIAIRES D'UN AVANTAGE DE PRÉRETRAITE OU DE RETRAITE**

### **1.1.2.1 L'EPS est-il justifié pour cette catégorie d'assurés en termes de prévention ?**

La question posée se situe dans un contexte où les retraités ne bénéficient plus de la surveillance de la médecine du travail, alors qu'ils font dans l'ensemble l'objet d'une médicalisation importante avec l'avancée en âge, sans pour autant bénéficier d'une prévention adéquate des problèmes liés au vieillissement.

En préalable, il faut considérer divers aspects de la situation des retraités.

- *la médecine du travail* : rappelons que le but de la médecine du travail est de prévenir des problèmes de santé occasionnés par le travail et qu'elle n'a officiellement pas de mission

de prévention générale pour les problèmes d'origine non professionnelle<sup>8</sup>. En fait, ceci ne correspond certainement pas complètement à la réalité de la pratique des médecins du travail, qui ont en partie également une activité de prévention générale. Il n'en reste pas moins que, si on souhaite que les CES prennent le relais des médecins du travail après la retraite, c'est prioritairement vers les problèmes liés à des facteurs professionnels qu'il faut orienter leur activité vis-à-vis de cette catégorie de la population. Or, les retraités étant par définition soustraits aux nuisances professionnelles, c'est donc vers des effets différés, à long terme, de ces nuisances, qui peuvent se produire après la cessation d'activité, qu'il faut orienter la surveillance qui peut être faite dans le cadre des CES. On verra plus loin les implications de cette orientation, qui correspond au suivi "post-professionnel".

- la *prévention des problèmes liés au vieillissement* : exposés ou non à des nuisances professionnelles au cours de leur carrière antérieure, les retraités constituent en tout état de cause une population en vieillissement, avec tous les problèmes liés à cette situation, pour lesquels la médecine de soins n'apporte pas de réponse en termes de prévention.

C'est donc dans ce double contexte (suivi post-professionnel des effets différés à long terme des nuisances professionnelles et prévention des problèmes liés au vieillissement) qu'il faut considérer la place des EPS pour les retraités.

On verra plus loin (Question 1.1.2.2.) les propositions qu'on peut recommander pour ce qui concerne spécifiquement les effets retardés des expositions professionnelles (suivi post-professionnel), et on se restreint ici aux aspects de prévention générale liée au vieillissement (bien que ces deux aspects soient en réalité indissociables, en raison d'un vieillissement accéléré liés aux conditions de travail défavorables, bien documenté pour divers problèmes de santé).

Concernant la prévention des effets du vieillissement (perte d'autonomie, cancers, etc...), on est confronté à la difficulté fondamentale qui caractérise globalement les EPS réalisés par les CES : on n'a pas actuellement les moyens d'apprécier scientifiquement l'utilité de l'EPS vis-à-vis de ces problèmes, faute d'études évaluatives rigoureuses ; le très faible pourcentage des bénéficiaires réels de l'EPS relativement au nombre des retraités du régime général rend de façon évidente inefficace (au sens du terme en santé publique) toute action qui se cantonnerait à proposer un EPS (fut-il utile au sens du terme en santé publique) à une faible fraction de la population-cible, sans même évoquer de nouveau des problèmes d'équité ainsi posés.

Il reste donc à définir un "créneau" pour l'EPS destiné aux retraités. Il nous semble que celui-ci pourrait être (comme pour d'autres publics des CES, comme on le verra plus loin) de développer systématiquement une activité de "Laboratoire de santé publique", dont le rôle serait d'élaborer autour de l'EPS des actions centrées vers les populations en vieillissement, de les évaluer de façon rigoureuse auprès du public des retraités fréquentant les CES (ce qui est parfaitement compatible avec le fait que celui-ci n'est qu'un échantillon très restreint de la population-cible) et de participer activement à leur diffusion en population générale, en partenariat avec les acteurs et les structures concernées. A cet égard, il est intéressant de noter que dès à présent, les CES ont su s'adapter au recrutement et à la prise en charge des populations vieillissantes, puisque se sont environ 100 000 personnes âgées de 60 ans et plus qui ont consulté en 1998<sup>9</sup>. On a là, comme pour les personnes en situation de précarité, une illustration de la capacité des CES à s'ouvrir à de nouveaux publics.

<sup>8</sup> Article L241-2 du Code du Travail.

<sup>9</sup> *Source* : Description des Examens de Santé de l'année 1998 – CETAF, mars 2000.

Nous n'élaborerons pas plus en détail cette proposition, qui nécessite une organisation et des moyens spécifiques sensiblement différents de ce qui existe dans les CES à l'heure actuelle. En effet, pour d'autres questions posées dans le document de référence de cette expertise, les recommandations sont voisines de celles qui concernent ici les retraités : en envisagera plus loin des solutions globales.

### **1.1.2.2 Faut-il développer les activités de surveillance post-professionnelle dans le cadre des EPS ?**

Comme on l'a évoqué plus haut, on se limite ici à ce qui concerne le suivi post-professionnel *stricto sensu*, c'est-à-dire à la surveillance des effets retardés des conditions de travail pendant la vie active. L'implication des CES dans cette activité est tout à fait justifiée, comme l'a souhaité le législateur de 1993, puisque toute surveillance par la médecine du travail cesse après le départ en inactivité, et qu'aucune autre structure n'existe pour exercer ce suivi. D'autre part, il existe de nombreux effets différés à long terme des expositions professionnelles et des conditions de travail : les cancers bien entendu (et particulièrement ceux qui sont occasionnés par l'amiante), mais aussi les problèmes musculo-squelettiques, cardio-vasculaires, respiratoires, cognitifs, etc. Pour illustrer l'importance de ces problèmes, on peut rappeler qu'on estime à 5 à 10 000 le nombre de décès par cancer d'origine professionnelle en France chaque année, dont environ 2 000 du fait des expositions à l'amiante<sup>10</sup>. Les troubles musculo-squelettiques constituent de loin la première cause de maladies professionnelles indemnisées ; elles sont également la première cause de journées de travail perdues du fait des arrêts de travail occasionnés<sup>11</sup>. La lombalgie est une pathologie particulièrement fréquente : environ 35% des personnes déclarent un épisode lombalgique dans les 12 derniers mois, et les coûts directs entraînés par les rachialgies en France s'élèvent à environ 9 milliards de francs par an. Elle se situe au 3<sup>o</sup> rang des affections motivant une entrée en invalidité<sup>12</sup>. Les affections périarticulaires reconnues au titre du Tableau 57 sont en constante augmentation ces dernières années (3963 en 1994, soit 53% des MP ; 4707 en 1995 (soit 55% des MP) ; 5856 en 1995 (soit 63% des MP). La situation concernant le syndrome du canal carpien, qui est l'une des affections dont les facteurs étiologiques professionnels sont le mieux établis, en est une bonne illustration. Une enquête menée en France en 1993-1994<sup>13</sup> montre que plus de 60 % des syndromes du canal carpien sont attribuables à des facteurs professionnels parmi les sujets exposés ; or on estime à 130 000 par an le nombre d'interventions chirurgicales pour syndrome du canal carpien en France.

Face à ces besoins importants, que divers textes encadrent, quelle peut-être la place des CES ? On note d'emblée deux difficultés majeures pour que les CES puissent s'impliquer de façon utile et efficace dans le suivi post-professionnel :

- une compétence spécifique vis-à-vis des risques professionnels est nécessaire (le médecin du travail est un spécialiste formé par 4 années d'internat spécifique), et n'existe pas à l'heure actuelle dans les CES
- le nombre de personnes susceptibles de bénéficier d'un suivi post-professionnel excède très largement les capacités des CES

---

<sup>10</sup> INSERM. *Effets sur la santé des principaux types d'exposition à l'amiante*. Éditions INSERM, Expertises Collectives, Paris, 1997.

<sup>11</sup> *Source* : CNAMTS. *Statistiques financières et technologiques des accidents du travail*, Paris, CNAMTS, 1996

<sup>12</sup> INSERM. *Rachialgies en milieu professionnel. Quelles voies de prévention ? Expertise Collective INSERM*, Paris, Éditions INSERM, 1995

<sup>13</sup> *Affections périarticulaires des membres supérieurs et organisation du travail. Résultats de l'enquête épidémiologique nationale*. DMT, INRS, 1996, 65, 13-31.

Ces obstacles interdisent de fait d'envisager de mettre en place, au sein des CES, un programme d'EPS visant à prendre la suite de la visite médicale de médecine du travail, impliquant un examen généraliste concernant l'ensemble des risques professionnels à long terme, proposé à tous ceux qui en seraient des bénéficiaires potentiels.

Il semble par contre possible de développer des programmes de surveillance post-professionnelle de risques bien spécifiés, orientés vers des populations particulières et n'impliquant que des techniques de surveillance partielles mettant en jeu des connaissances restreintes. L'étude-pilote *ESPACES*, concernant le suivi post-professionnel des salariés ayant été exposés à l'amiante pendant leur carrière professionnelle est l'exemple même de ce type de programme. Le rapport final de cette étude (qui doit être diffusé à l'automne 2000) montre clairement qu'il est possible de développer des projets de suivi post-professionnel au sein des CES, dans d'excellentes conditions de validité et avec un grand succès (à titre d'exemple, le nombre de retraités ayant bénéficié d'une prise en charge au titre du suivi post-professionnel "Amiante" est 17 fois plus élevé dans les CPAM où a pris place l'étude-pilote *ESPACES* que dans un échantillon témoin de CPAM). Le bilan de l'expérience *ESPACES* (seule action concernant la surveillance post-professionnelle dans les CES à notre connaissance) montre que diverses conditions doivent être réunies pour mettre en place des programmes de surveillance de ce type :

- définir de façon précise le protocole de surveillance spécifique du risque concerné
- réunir les partenariats extérieurs en termes de compétences spécifiques (médecine du travail, épidémiologie spécialisée<sup>14</sup>) et de structures d'intervention
- accompagner la mise en place de la surveillance d'une formation adéquate des personnels des CES
- avoir une attitude de recrutement actif des bénéficiaires concernés et s'adresser si possible à toute la population-cible (ce qui permet de répondre au souci d'équité plusieurs fois évoqué)

Il semble donc possible et souhaitable de développer des activités de surveillance post-professionnelle dans les CES ; l'expérience acquise à l'occasion du projet *ESPACES*-Amiante donne les principales indications sur les moyens spécifiques à mettre en œuvre et les méthodologies spécifiques.

Par ailleurs, dans le cadre du développement de travaux épidémiologiques dans les CES (qu'on abordera plus loin), il serait tout à fait pertinent et possible d'accompagner les programmes spécifiques de surveillance post-professionnelle évoqués ci-dessus, d'études prospectives des effets à long terme de travail sur le vieillissement. Ainsi, l'enquête ESTEV (Enquête Santé Travail et Vieillesse), réalisée à l'origine en médecine du travail auprès d'un échantillon d'environ 20 000 salariés en activité par un groupe de recherche associant divers partenaires<sup>15</sup>, pourrait désormais faire l'objet d'un suivi post-professionnel dans les CES, puisque les sujets de cette étude sont aujourd'hui retraités pour la plupart, et que leur suivi en médecine du travail est donc de fait impossible.

---

<sup>14</sup> Ainsi *ESPACES* s'est fait en coopération avec le Département Santé Travail de l'InVS et l'INSERM.

<sup>15</sup> Derriennic F., Touranchet A., Volkoff S. *Âge, travail santé. Questions en santé publique. INSERM, Paris, 1996.*

### 1.1.3 LES ASSURÉS SOCIAUX "NON PRIORITAIRES"

#### 1.1.3.1 Quel est le nombre maximal d'EPS qui doit être réalisé ?

Les EPS proposés aux assurés "tout venant" sont ceux qui posent le plus de problèmes, si on accepte l'analyse qui sous-tend ce rapport (absence d'utilité et d'efficacité établies, problèmes d'équité) : il est, en effet, bien difficile de justifier cette prestation dont ne bénéficie actuellement qu'une très faible fraction des ayants-droit, bien médicalisés par ailleurs, et présentant un état de santé et des comportements de santé qui se comparent plutôt favorablement par rapport à la population générale (semble-t-il, car on ne dispose pas d'études décrivant la population théoriquement bénéficiaire de l'EPS et ses besoins).

Il ne s'agit pas de supprimer cette prestation, qui correspond à un droit reconnu, et à une tradition bien établie. Il s'agit plutôt d'en réorienter les objectifs et certaines modalités de réalisation, afin que la collectivité puisse en tirer un bénéfice évaluable. A notre avis, ce but peut être poursuivi en développant vigoureusement les activités des CES vers la connaissance de l'état de santé, l'épidémiologie et la recherche évaluative en santé publique : dans tous ces domaines, la réalisation de l'EPS sur des échantillons bien définis de population peut contribuer à des avancées significatives, si elle est réalisée dans des conditions méthodologiquement et scientifiquement adéquates. On verra plus loin, à propos des questions du point 2 du document de référence, les propositions qui peuvent être faites dans ce sens.

Concernant spécifiquement la question du nombre optimal d'EPS pour les populations non prioritaires, il n'est théoriquement pas possible d'y répondre de façon rigoureuse, dans la mesure où le nombre de sujets nécessaires pour une étude épidémiologique ou évaluative dépend des objectifs spécifiques précis de cette étude, et qu'on ne peut à l'avance prévoir les études spécifiques à réaliser par les CES. On a donc raisonné dans le contexte suivant :

- on admet (provisoirement<sup>16</sup>) que le budget consacré aux EPS est constant
- on admet que l'augmentation du nombre des EPS, quel que soit le public prioritaire visé (précaires, retraités, autres...), n'est pas une solution à préconiser, du moins tant que l'utilité et/ou l'efficacité de l'EPS pour ces catégories n'auront pas été établies rigoureusement et que des solutions acceptables au plan de l'équité n'auront pas été élaborées : l'amélioration de l'activité des EPS vis-à-vis des populations prioritaires passe, au moins dans un premier temps, par une meilleure connaissance de leurs besoins, une évaluation des résultats et le développement d'actions d'accompagnement en partenariat aux diverses structures, et non par une simple augmentation du nombre des bénéficiaires qui ne pourrait, en tout état de cause, qu'être marginale et donc incapable d'apporter une amélioration significative.

Dans ces conditions, on propose de diminuer significativement le nombre d'EPS pour les populations non prioritaires afin de dégager les moyens (budgétaires, ressources humaines, organisation interne des CES, etc.) permettant de développer dans de bonnes conditions les actions nouvelles nécessaires pour améliorer l'utilité et l'efficacité des EPS vis-à-vis des populations prioritaires et pour que les CES puissent contribuer significativement à des missions d'intérêt collectif (connaissance de l'état de santé, épidémiologie, évaluation).

En première approximation, on peut considérer **qu'une diminution progressive du nombre actuel de 300 000 EPS annuels pour les populations non prioritaires à 150 000 pourrait**

<sup>16</sup> Voir notre remarque initiale concernant ce choix.

**être satisfaisante ; ce chiffre pourrait être atteint en 3 à 5 ans.** Cette proposition s'accompagne de plusieurs observations.

- l'intérêt essentiel de cette diminution est de dégager des moyens budgétaires importants, sans modifier le budget global des CES qu'on considère ici provisoirement à géométrie constante ; le rapporteur n'a pas la compétence pour chiffrer précisément les moyens ainsi rendus disponibles, mais en se basant sur un coût unitaire d'environ 1 000 F par EPS, il est clair qu'ils devraient être conséquents
- on propose une diminution progressive, sur 3 à 5 ans, afin de faciliter une transition qui serait importante pour les modalités de fonctionnement des CES ; de plus, la justification de cette mesure étant un transfert sur de nouvelles activités, il est nécessaire de mettre celles-ci en place dans de bonnes conditions, et on verra plus loin que ceci implique des orientations qui ne peuvent s'effectuer que sur une période suffisamment longue pour la "métaboliser" dans de bonnes conditions d'acceptabilité et d'efficacité.
- le chiffre de 150 000 EPS annuels pour les populations non prioritaires ne signifie pas un nombre équivalent de personnes qui en bénéficieraient : en effet, si on raisonne sur la base d'un examen quinquennal, c'est une population théorique de 750 000 personnes qui est concernée. En fait, il est illusoire de fixer un nombre précis de bénéficiaires de l'EPS, qui n'a pas beaucoup de sens, ni en termes de santé publique, ni en termes scientifiques ; il est néanmoins clair qu'un volume de 150 000 EPS annuels permettrait (à condition d'une certaine souplesse dans le choix des personnes concernées) de répondre à des besoins en études diversifiées dans leurs objectifs et leurs méthodes, ce qui aux yeux du rapporteur est la seule véritable justification de l'EPS pour des populations "tout venant"
- enfin, il faut souligner de nouveau avec vigueur que la diminution du nombre d'EPS proposée ici n'a de sens que si elle s'accompagne d'un transfert budgétaire vers des activités nouvelles, et non d'une diminution des moyens globalement consentis en matière de prévention par la CNAMTS.

### **1.1.3.2 Développement des EPS pour des publics prioritaires dans les départements non couverts**

Si le principe d'équité milite fortement pour mettre en place un dispositif permettant de couvrir l'ensemble du territoire, il semble que ceci ne doit être fait qu'après une appréciation soigneuse de l'utilité et de l'efficacité de l'EPS pour les populations concernées. On a vu plus haut (point 1.1.1) que le déploiement de l'offre d'EPS vers les populations précaires, s'il est à l'évidence souhaitable et à renforcer, pose aujourd'hui le problème d'une insuffisante connaissance de son public et des besoins de celui-ci, et d'une évaluation insuffisante de son apport véritable ; les activités à développer vis-à-vis des retraités doivent être élaborées et testées avant généralisation. Il nous semble donc important d'exercer une certaine progressivité dans la systématisation d'une procédure qui, si elle est à l'évidence une action souhaitable, notamment vis-à-vis des personnes en situation de précarité, n'a pas encore été suffisamment analysée.

On peut, par exemple, se poser la question de savoir si l'EPS tel qu'il est pratiqué, est bien la meilleure attitude, ou si certaines parties de l'EPS, ou d'autres actions complémentaires ne seraient pas plus utiles et/ou efficaces. Dans cet esprit, l'étude proposée plus haut (*cf.* point 1.1.1.2) devrait apporter des informations précieuses.

Finalement, s'il est clair que la couverture de l'ensemble du territoire national est à terme une nécessité, il nous semble que cette extension doit être soigneusement planifiée en parallèle à la redéfinition des finalités et des modalités de prise en charge par les CES des populations

concernées. On reviendra sur ce point dans la conclusion de ce rapport, afin d'envisager le contexte global dans lequel il faudrait situer l'extension à l'ensemble du territoire des activités des CES.

En tout état de cause, des ressources budgétaires supplémentaires devront être dégagées spécifiquement pour une telle extension, sans remettre en question le budget alloué aux CES actuellement en activité, comme on l'a vu plus haut (1.1.3.1).

#### **1.1.4 EXAMENS PRÉVENTIFS ET MÉDECINE LIBÉRALE**

S'il est vrai que les CES ne peuvent prétendre à prendre en charge l'ensemble des activités de prévention, et que les médecins généralistes accomplissent divers actes de nature préventive, la réalisation de tout ou partie de l'EPS par les médecins généralistes pose de nombreuses questions et mérite un examen soigneux. Il faut en effet tenir compte de considérations de santé publique et de politique de santé, ainsi que de considérations méthodologiques, techniques, scientifiques et financières.

Il existe certainement un consensus pour souhaiter une meilleure implication, de caractère plus systématique qu'aujourd'hui, des médecins libéraux (généralistes et spécialistes) dans la prévention. Cependant, une prévention efficace ne se réduit aucunement à la pratique isolée et spontanée d'actes considérés comme de nature préventive (vaccinations, dépistages, conseils hygiéno-diététiques, etc.). On commence en France à avoir compris que seuls des « programmes » de prévention, planifiés, aux objectifs explicites, contrôlés tout au long de leur réalisation et évalués en permanence, peuvent prétendre à une véritable efficacité. Alors que de nombreuses questions sont posées par l'absence d'évaluation formalisée de l'activité d'EPS des CES, comme on l'a souligné à diverses reprises, il serait paradoxal de recommander d'en étendre la pratique dans des conditions rendant encore beaucoup plus aléatoire l'intérêt d'une activité dont on doute par ailleurs de l'utilité et surtout de l'efficacité. En effet, une des caractéristiques majeures de la médecine de ville (générale ou spécialisée) est de n'être pas coordonnée au niveau collectif, et de reposer entièrement sur le caractère spontané de la demande et de l'offre de soins ; ceci est contradictoire avec une activité de prévention rigoureusement planifiée et programmée.

Par ailleurs, la pratique médicale de ville n'est aucunement standardisée<sup>17</sup>. Or, une des contraintes majeures de la réalisation d'un EPS de qualité est son caractère strictement standardisé<sup>18</sup>, comme d'ailleurs les efforts des CES lors de ces dernières années y tendent à juste titre. Ceci est vrai quelque soient les finalités qu'on assigne à l'EPS (cette contrainte est d'ailleurs absolue si on souhaite l'utiliser dans un contexte scientifique ou épidémiologique, comme on le reverra plus loin).

Au total, il existe des avantages théoriques évidents à impliquer les médecins généralistes dans la réalisation d'EPS, et des difficultés importantes pour mettre en œuvre une telle initiative dans des conditions offrant suffisamment de garanties de qualité et d'efficacité.

- *Avantages* : associer les médecins généralistes dans la réalisation des EPS aurait pour avantage essentiel de les impliquer de façon active et « contrôlée » dans une politique de prévention organisée ; ceci permettrait également, dans certaines situations, de démultiplier les ressources humaines et les compétences dont pourraient bénéficier les

---

<sup>17</sup> Les RMO ne constituent en aucune manière une standardisation de la réalisation des actes médicaux.

<sup>18</sup> Standardisation ne signifie aucunement uniformisation : il n'est évidemment pas nécessaire que l'ensemble de l'EPS soit strictement identique pour tous les bénéficiaires (les référentiels actuels sont d'ailleurs différenciés selon les caractéristiques de personnes) : ce qui compte c'est que chaque acte spécifique (interrogatoire, examen physique, examen biologique, etc.) soit réalisé de façon identique et faisant l'objet d'un contrôle de qualité rigoureux et permanent.

CES. Une autre retombée potentiellement utile de l'implication des médecins libéraux serait de faciliter la prise en charge des suites de l'EPS, l'expérience montrant que les CES ne sont pas toujours en situation d'organiser de façon satisfaisante la prise en charge des implications médicales éventuelles des anomalies dépistées en liaison avec les médecins traitants. Enfin, dans une optique plus « politique », ceci pourrait contribuer à améliorer les relations entre deux mondes qui ne vivent pas toujours dans la meilleure harmonie (symboliquement, la participation de médecins généralistes à l'activité de structures dépendant de la Sécurité Sociale serait certainement un signal fort) ; on peut aussi attendre d'une telle entreprise qu'elle contribue à l'amélioration des pratiques des médecins généralistes, en les faisant participer à une activité médicale dans un cadre rigoureux et scientifiquement évalué.

- *Difficultés* : on peut anticiper un certain nombre de problèmes qu'il faudrait pouvoir résoudre dans le cadre d'une participation des médecins généralistes à la réalisation d'EPS. En se cantonnant aux aspects méthodologiques et techniques (sans vouloir être exhaustif et sous réserve d'une analyse plus approfondie), se posent ainsi divers problèmes :
  - *sélection des sujets* auxquels un EPS chez le médecin généraliste sera proposé : volontariat spontané ? populations ciblées ? clientèle du médecin ?
  - *choix du protocole d'examen* et des actes composant l'EPS : le médecin généraliste ne dispose pas du plateau technique des CES pour divers actes complémentaires ; contradiction potentielle entre la nécessité d'un protocole d'examen standardisé et imposé, et l'indépendance technique à laquelle les médecins libéraux sont fortement attachés
  - *circulation des données* entre médecins généralistes et CES : les problèmes de secret médical et de confidentialité appellent non seulement des solutions purement techniques qui peuvent être trouvées, mais posent aussi des problèmes inédits de responsabilité concernant des données médicales
  - *contrôle de qualité* de l'examen et des données : cette nécessité méthodologique forte peut être difficile à faire comprendre à des praticiens qui n'y sont pas accoutumés, et dont on peut craindre qu'ils en comprennent mal les contraintes
  - *formation* : il faudra faire accepter une formation spécifique aux médecins généralistes participants à l'EPS ; celle-ci doit être largement orientée vers les aspects méthodologiques de santé publique et d'épidémiologie, au moins autant que vers les techniques médicales à mettre en œuvre, car la véritable novation pour ce type de professionnel dans un tel cadre concerne avant tout ces aspects méthodologiques
  - *pilotage, responsabilités et sanctions éventuelles* : il est clair que la responsabilité globale de l'EPS doit rester aux CES (*cf.* plus loin) ; dans ces conditions, il faudra faire accepter un véritable contrôle de l'activité des médecins généralistes par les CES, assorti d'éventuelles sanctions<sup>19</sup> : ceci peut être difficile à mettre en œuvre dans le cadre des relations entre médecins libéraux et Sécurité Sociale

Par ailleurs, faire participer des médecins libéraux à un programme impliquant un examen de santé produira des interférences, des difficultés et d'éventuelles contradictions avec leur

---

<sup>19</sup> On pense ici essentiellement à l'exclusion du système d'EPS.

pratique habituelle qui se poursuivra<sup>20</sup>. Ainsi, il faudra décider si la même personne peut être à la fois soignée et examinée dans le cadre de l'EPS et le cas échéant fixer des règles concernant la possibilité ou non de prescrire pour ces patients ; comment régler le problème de l'indépendance technique du médecin libéral (si on admet le fait que l'EPS doit être réalisé selon des modalités prédéfinies) ? Le problème du secret médical vis-à-vis du CES de rattachement se posera également si les mêmes patients peuvent bénéficier des services du même médecin pour l'EPS et pour les soins.

#### 1.1.4.1 Dans quelles conditions l'EPS peut-il être confié au médecin généraliste ?

Si on admet provisoirement que les difficultés évoquées (et sans doute d'autres qui n'ont pas été citées) peuvent recevoir des solutions appropriées, il reste à savoir quelles ont les modalités convenant à l'intégration des médecins généralistes dans le système des CES pour la réalisation de l'EPS.

Ainsi qu'on l'a déjà fait observer concernant les populations prioritaires (et on y reviendra plus loin pour les autres bénéficiaires), l'EPS « sec » n'est pas une activité que l'on puisse préconiser : seule son insertion dans de véritables « programmes » de santé publique, d'étude ou de recherche lui donnerait une justification pérenne. C'est donc seulement dans un tel cadre qu'on peut, à notre avis, traiter le cas de la participation des médecins généralistes. La recommandation de fond de ce rapport (on y reviendra) est de bâtir autour des CES et de l'EPS, un véritable projet de santé publique appuyé sur la mise en œuvre de programmes spécifiques. Cela signifie que tant que ce travail de prospective, incluant ses aspects techniques et méthodologiques, n'est pas réalisé, il est illusoire de réfléchir sérieusement à la place que pourraient y avoir les médecins généralistes.

On peut cependant envisager diverses orientations générales et proposer certains principes.

- *Orientations générales* : deux grandes voies peuvent être explorées : (i) la simple participation de médecins généralistes à la réalisation d'EPS, peu ou prou identiques à ceux réalisés dans le cadre des CES (c'est pour l'essentiel l'hypothèse sous laquelle on s'est placé jusqu'à présent) : si on résout les questions évoquées ci-dessus, ceci ne devrait pas présenter de gros problèmes, mais le gain à associer des médecins généralistes à l'activité de « routine » des CES semble extrêmement aléatoire en dehors de considérations plus politiques que de santé publique, sauf à vouloir étendre très largement le nombre de bénéficiaires de l'EPS (ce que le rapporteur ne recommande pas) ; (ii) proposer aux médecins généralistes une participation très différente, s'appuyant sur leur activité de soins (notamment comme médecins référents), et tirant avantage d'innovations technologiques en cours de développement (carnet de santé, informatisation, codage des actes, etc.).

La seconde alternative semble nettement préférable, essentiellement parce qu'elle apporterait une véritable novation sous diverses formes par rapport à l'activité habituelle des CES : inclusion de populations différentes (non sélectionnées sur la base du volontariat pour participer à un examen de santé), connaissance de la morbidité des personnes, de leurs consommations de soins, possibilités *a priori* plus facile de suivi à long terme des sujets, etc. Une telle approche aurait de plus l'avantage de s'insérer naturellement parmi les actions que nous préconisons dans le domaine de l'observation de la santé et dans celui de la recherche (cf. plus loin : 1.1.6 et 1.1.7). Si, comme on le proposera plus loin, le rôle des CES devait

---

<sup>20</sup> On ne peut manquer de faire un parallèle avec la situation des médecins du travail, dont les formes de pratique sont sévèrement encadrées : interdiction de prescrire, interdiction d'exercer à la fois une fonction de médecin du travail et de médecin traitant auprès des mêmes personnes, indépendance technique absolue (ils sont seuls juges des actes à pratiquer et de leurs modalités), etc.

s’orienter vers celui d’un « Laboratoire de santé publique », la participation des médecins généralistes dès la phase de d’élaboration de programmes de santé serait un atout considérable pour leur mise en œuvre et surtout leur généralisation hors des murs des CES. Une telle orientation permettrait également de donner un véritable sens de santé publique aux outils nouveaux en cours de mise en place (informatisation des cabinets, codage des actes, etc.). Cette orientation est cependant méthodologiquement très difficile, car tout est à inventer dans la définition des objectifs et des finalités d’un tel système, l’élaboration de protocoles adaptés, la mise en place des réseaux, le recueil de données, leur validation, etc. C’est cependant une voie qu’on doit fortement recommander de façon prospective, et qui constituerait une forte valorisation du rôle des CES.

- *Principes généraux* : la participation des médecins généralistes ne peut se concevoir que dans le cadre de véritables « programmes » disposant d’objectifs précis, d’un protocole et d’une méthodologie rigoureuse. Dans ce contexte (entièrement à définir aujourd’hui) la participation spécifique de médecins libéraux pourra se révéler utile et adaptée. Elle devra se faire bien évidemment dans le cadre du volontariat, et s’appuyer sur un « contrat » fixant précisément les missions de chacun, leurs responsabilités, les procédures de validation et de contrôle, et les sanctions éventuelles en cas de non respect des protocoles. Il semble bien sûr évident que la participation des libéraux à de tels programmes doive s’accompagner d’une rémunération des services rendus. Le rapporteur n’a cependant aucune qualification pour en discuter le principe, le niveau et les modalités ; il insiste cependant pour que toute rémunération spécifique pour inclusion de patients dans un programme, réalisation d’actes spécifiques et recueil de données soit soumise à contrôle de qualité systématique, et éventuellement remise en question sous une forme ou une autre en cas de non respect des contraintes méthodologiques imposées.

#### **1.1.4.2 Comment évaluer le bénéfice de santé publique ?**

La réponse à cette question découle des considérations développées au point précédent. A notre sens, la participation de médecins généralistes ne peut se concevoir de façon efficace que dans le cadre de programmes d’études épidémiologiques et de santé publique spécifiques ; dans un tel cadre, c’est donc l’évaluation de tels programmes qui pourra apporter des éléments évaluatifs spécifiques de l’apport des médecins généralistes. Il faudra, le cas échéant, veiller à inclure une évaluation spécifique de ces aspects dans l’évaluation générale des programmes.

#### **1.1.4.3 Rôle des CES**

Dans notre conception, les CES doivent jouer un rôle central dans un dispositif qui inclurait des médecins généralistes. C’est autour d’eux qu’il conviendra d’organiser les programmes d’études épidémiologiques et de santé publique qu’on évoque, et ils doivent y jouer un rôle d’initiation, de mise en place et de maîtrise d’œuvre, de validation et de contrôle, d’évaluation.

Ceci semble nécessaire, si l’on considère qu’il n’existe pas en France, hormis pour certains programmes spécifiques de dépistage ou de prévention<sup>21</sup>, d’organismes chargés spécifiquement de la réalisation opérationnelle de programmes de prévention générale. C’est donc un « créneau » qu’il convient de prendre, à la fois dans l’intérêt de la santé publique de notre pays, et dans celui des CES. Si les CES choisissent une telle orientation, il est logique,

<sup>21</sup> P.M.I., éducation pour la santé ou médecine du travail, par exemple.

légitime et certainement efficace qu'on leur confie également le pilotage de telles actions, au moins pour la partie opérationnelle.

Sur un plan plus méthodologique et technique, un tel rôle inclut la programmation, l'élaboration des protocoles, la coordination du recueil des données et sa validation, la formation des intervenants, etc.

Il existe cependant une importante difficulté pour que les CES puissent assumer un rôle de coordination, de contrôle et d'évaluation : les CES (incluant le CETAF) ne disposent aujourd'hui, ni de toutes les compétences (scientifiques, techniques, logistiques, informationnelles, etc.), ni de tous les moyens nécessaires à la réalisation d'une telle mission. Comme on aura l'occasion de le dire de façon plus précise, l'ensemble des propositions de ce rapport, y compris celle-ci, nécessite un fort investissement<sup>22</sup> pour développer une structure technique adéquate.

Pour conclure sur les points concernant la médecine libérale, on peut dire que la participation des médecins généralistes présente un grand intérêt potentiel (de santé publique et politique) et de grandes difficultés de tous ordres (politique, juridique, scientifique et technique). On pense qu'il serait tout à fait pertinent d'engager une véritable réflexion approfondie dans cette voie, mais que celle-ci ne peut se concevoir en dehors de la remise à plat de l'ensemble des missions des CES, d'une définition de missions renouvelées, de l'élaboration d'une politique d'ensemble et de programmes opérationnels, et de la mise en œuvre de quelques expériences pilote. S'engager dès aujourd'hui dans la voie d'une participation des médecins généralistes à l'EPS mènerait à l'évidence à un échec sur différents plans, et sans doute à créer une situation qu'il serait difficile de faire sensiblement évoluer par la suite.

---

<sup>22</sup> *Gagé, au moins en partie, sur la diminution forte du nombre d'EPS pour les populations non prioritaires, comme on l'a vu au point 1.1.3.1.*

## LES AUTRES MISSIONS DES CES

### 1.1.5 LE RECUEIL ET L'EXPLOITATION DES DONNÉES

La formulation de cette question et ses considérants orientent vers l'utilisation des données recueillies à l'occasion de la réalisation des EPS à des fins de connaissance épidémiologique de la santé des français. Cette orientation, que le rapporteur considère comme un des apports potentiellement majeurs des CES à la santé publique, nécessite quelques commentaires préalables de nature méthodologique, notamment sur les questions de la « représentativité » et de la « validité ».

Il est en effet trivial que pour que les données issues des EPS puissent avoir une valeur informationnelle (concernant l'état de santé, les comportements, les facteurs de risque, l'utilisation des services de santé, etc.), qui dépasse la population fréquentant effectivement les CES et qui puisse renseigner sur une population plus large, deux qualités sont nécessaires : la représentativité de l'échantillon observé, et la validité des données recueillies. Si les personnes effectivement observées sont trop différentes de la population générale pour des caractéristiques qui sont liées aux phénomènes étudiés (démographie, état de santé, modes de vie, etc.), les informations fournies par leur observation seront « biaisées » si on veut les appliquer à la population générale ; il en sera de même si les données recueillies ne reflètent pas correctement les phénomènes qu'elles sont censées mesurer (non validité).

Il faut donc rappeler les éléments essentiels des notions de représentativité et de validité des données, afin de placer les propositions qui suivent dans un cadre méthodologique clair, ces questions ayant beaucoup obscurci ces dernières années le débat concernant les CES.

#### **Représentativité**

La représentativité est une notion probabiliste : elle signifie qu'un échantillon observé est comparable à la population dont l'échantillon est extrait, aux « fluctuations d'échantillonnage » près, et qu'il est donc possible d'inférer ce qui a été observé dans l'échantillon à cette population, avec une précision définie par un intervalle de confiance permettant de prendre en compte les fluctuations d'échantillonnage. Il n'est possible d'étendre les résultats observés dans l'échantillon à la population d'où il provient que si cette condition de représentativité est respectée.

En toute rigueur, la représentativité d'un échantillon ne peut être assurée que par un tirage au sort des sujets qui le composent parmi la totalité des sujets qui composent la population ; ainsi, toutes les caractéristiques des sujets qui peuvent interférer avec les phénomènes qu'on veut étudier dans la population à partir de l'échantillon (fréquence d'une maladie, par exemple) sont réparties au sein de l'échantillon de la même façon que dans la population, aux fluctuations d'échantillonnage près, permettant une estimation « non biaisée » des phénomènes analysés.

Cependant, dans de très nombreuses situations épidémiologiques, un véritable tirage au sort parmi la totalité des sujets de la population ne peut être réalisé. Ainsi, on ne dispose pas d'une base de données énumérant de façon exhaustive les habitants de notre pays, qui soit de plus constamment tenue à jour ; les affiliés au Régime général ne constituent pas la totalité de la population vivant en France, etc. Parmi les situations épidémiologiques qui expliquent que l'échantillon n'est pas véritablement extrait de la totalité de la population, les plus fréquentes sont celles qui impliquent le volontariat des sujets. Celui-ci est en effet inévitable (pour des raisons éthiques, légales et techniques) à chaque fois que la source des données à recueillir

dans une étude épidémiologique est de façon active le sujet lui-même, ce qui correspond à de très nombreux protocoles épidémiologiques.

Les épidémiologistes sont familiers de cette situation ; rappelons que des études célèbres<sup>23</sup>, qui ont apporté des contributions majeures à la connaissance scientifique, ont été et sont encore mises en œuvre dans un contexte de volontariat des sujets, donc théoriquement « biaisé ». Les épidémiologistes savent quelles précautions prendre pour permettre la réalisation d'études dans un contexte théoriquement non conforme, et quels objectifs peuvent être atteints dans de bonnes conditions de validité scientifique. Un aspect est essentiel de ce point de vue : en dehors de la situation largement académique d'un tirage au sort véritable, le véritable problème est de savoir si les critères de sélection des sujets inclus dans une étude épidémiologique sont susceptibles d'être liés aux phénomènes étudiés, constituant ainsi un « biais de sélection ». Si ce n'est pas le cas, c'est-à-dire si les critères de sélection sont indépendants des phénomènes étudiés, on se retrouve *de facto* dans une situation de représentativité. A titre d'exemple pour illustrer ce propos, si un phénomène d'intérêt pour l'étude (tel polymorphisme génétique, par exemple) est également réparti dans les deux sexes, un échantillon comportant une proportion d'hommes beaucoup plus grande que dans la population ne sera pas biaisé, et permettra d'obtenir, en toute rigueur scientifique, des résultats s'appliquant tout aussi bien aux hommes qu'aux femmes.

De nombreuses critiques sont faites depuis longtemps à la plupart des analyses épidémiologiques menés à partir des données recueillies auprès des consultants des CES, en raison de la « non représentativité » par rapport à la population française de l'échantillon qu'ils constituent. Si l'interrogation systématique de cette question est entièrement justifiée (comme pour toute autre étude épidémiologique), il n'est évidemment pas raisonnable d'écarter tout résultat épidémiologique acquis à partir des consultants des CES pour l'unique raison qu'il s'agit de volontaires.

On n'entrera pas, dans ce rapport, plus avant dans les aspects méthodologiques liés à la représentativité. Il ressort de ce qui vient d'être rappelé ici que des études épidémiologiques de qualité comparable à ce qui peut être fait dans un contexte différent de recrutement des sujets peuvent être réalisées dans le cadre des CES (comme plusieurs exemples récents le montrent clairement). Il en ressort également qu'il s'agit de problèmes complexes et difficiles, nécessitant pour être résolus dans de bonnes conditions scientifiques, des compétences épidémiologiques de niveau élevé.

### **Validité des données**

Ce domaine présente en fait, selon notre propre expérience de coopération avec les CES, des problèmes pour lesquels des solutions satisfaisantes sont plus difficiles à mettre en place.

La validité des données peut être définie simplement comme la capacité des données recueillies à refléter fidèlement les phénomènes qu'elles sont censées mesurer. La validité des données est un élément absolument essentiel de la validité globale d'une étude épidémiologique. Il existe toute une méthodologie pour évaluer la validité des données, correspondant à des notions comme la précision, la reproductibilité, la concordance, la validité interne et externe, etc. Cette méthodologie est classique, mais elle nécessite pour être mise en œuvre des protocoles spécifiques qui doivent absolument être intégrés de façon permanente au recueil des données, et qui constituent une composante essentielle de toute étude épidémiologique. Bien entendu, ces protocoles et les méthodes qui doivent être utilisées

---

<sup>23</sup> Citons à titre d'exemple l'étude de Framingham, qui dans le domaine cardio-vasculaire a apporté des données essentielles depuis des décennies, ou celle des médecins anglais qui a fondé une grande partie des connaissances actuelles sur le rôle du tabac.

sont à chaque fois spécifiques des données, de leur nature, de leur origine, du contexte de l'étude, etc. Ainsi, par exemple, on n'évaluera pas la validité de données biologiques comme celles provenant d'un interrogatoire ; on ne demandera pas la même précision s'il s'agit de l'âge et du poids d'un sujet adulte ou de ceux d'un nouveau-né, etc.

D'une façon générale, il est évidemment plus difficile d'assurer la validité des données recueillies dans un contexte de routine, concernant un grand nombre de sujets examinés dans des centres multiples, comme c'est le cas des données recueillies dans le contexte des EPS, que lorsqu'il s'agit d'une enquête spécifique, réalisée durant une durée limitée par un petit nombre d'enquêteurs qu'on peut former spécifiquement et dont on peut contrôler le travail quasiment en temps réel. Il existe cependant des méthodes de validation diverses qui peuvent être mises en œuvre dans un contexte de routine permanente à large échelle<sup>24</sup>.

A l'heure actuelle, il n'existe pas, à notre connaissance, de contrôle systématique de la validité des données recueillies à l'occasion de la passation des EPS, sauf pour ce qui concerne le contrôle de qualité des données biologiques, ou dans le cadre d'études spécifiques en coopération avec des équipes de l'INSERM ou d'autres organismes externes (enquête DESIR, cohorte GAZEL, etc.).

#### **1.1.6 LA PRODUCTION DE DONNÉES POUR RENSEIGNER LES RESPONSABLES DE LA SANTÉ PUBLIQUE POUR L'OBSERVATION ET LA VEILLE SANITAIRE**

Le rapporteur souhaite faire une remarque préalable d'ordre terminologique. On peut définir assez facilement ce qu'est « l'observation » de la santé, qui relève classiquement des méthodes d'épidémiologie descriptive : il s'agit essentiellement de décrire l'état de santé d'une population grâce à des indices épidémiologiques divers reflétant la fréquence des problèmes de santé, leur évolution temporelle, leur distribution dans l'espace et selon diverses caractéristiques démographiques (sexe, âge), socio-économiques et professionnelles (PCS, statut d'emploi, origine, etc.) ; il s'agit également de décrire la fréquence et la distribution de facteurs de risque (facteurs personnels, facteurs liés aux modes de vie, aux comportements, à la profession, etc.)

Par contre, la « veille sanitaire » concerne un champ beaucoup plus large, et relève d'approches diverses, incluant notamment la notion d'alerte. Si les activités d'observation participent à la veille sanitaire, par leur capacité à mettre en évidence des problèmes touchant spécifiquement ou plus fortement que la moyenne certaines catégories de la population (professions, zones géographiques, etc.), il semble clair (de moins pour le rapporteur), que l'alerte, qui implique souvent une notion d'urgence, n'est pas une activité à laquelle les CES peuvent contribuer, sauf exception. En effet, ceux-ci ne sont pas en première ligne de l'identification de la survenue de problèmes de santé nouveaux du fait même de leur rôle purement préventif et de leurs modalités de recrutement. Dans ce qui suit, on considérera donc qu'on traite de l'observation et la santé, telle que définie brièvement ci-dessous ; la contribution potentielle des CES à la veille sanitaire ne semble en règle possible que pour autant que l'observation de la santé y participe.

\*

\* \*

---

<sup>24</sup> L'auteur de ce rapport a personnellement participé à la mise en place d'un système de recueil de données épidémiologiques fonctionnant de façon permanente en routine, actif depuis maintenant plus de 20 ans dans le cadre d'un Régime particulier de Sécurité sociale impliquant plus de 120 médecins-conseil répartis dans toute la France ; ces données font régulièrement l'objet d'une validation, et sont utilisées pour des études épidémiologiques diverses dont les résultats sont publiés dans des journaux internationaux sélectifs.

Les données recueillies dans les CES à l'occasion de la passation des EPS font aujourd'hui régulièrement l'objet d'analyses et d'exploitations diverses, et sont utilisées dans des contextes variés (tableaux d'activité, fiches nationales, exploitation conjointe avec les ORS, etc.)<sup>25</sup>.

Il est évident que cette activité est pleinement justifiée, et s'inscrit parfaitement dans le cadre des missions de santé publique de la CNAMTS, par sa contribution à la connaissance de l'état de santé de la population, et une aide à la définition et à l'évaluation des politiques de santé publique aux niveaux national et régional.

Les CES sont par certains aspects particulièrement bien placés pour apporter une information pertinente et de qualité ; il existe cependant certaines difficultés pour que l'exploitation des données des EPS apportent leur pleine contribution à ces objectifs de santé publique. Nous envisagerons les aspects positifs et négatifs de la situation actuelle.

#### *Aspects positifs*

Le nombre important de personnes examinées dans le cadre des EPS (environ 700 000 par an), la diversité socioprofessionnelle et géographique de l'échantillon qu'elles constituent, la couverture très large du territoire national par le réseau des CES, le caractère extensif de l'examen de santé et la qualité du plateau technique des Centres, constituent un outil d'observation de la santé au potentiel unique en France (et sans doute au niveau international).

Cet outil existe, et la motivation et la compétence biomédicale de ses personnels sont d'un haut niveau. Il a montré sa capacité à évoluer et à s'adapter à des missions nouvelles en modifiant profondément son recrutement et en proposant des prestations adaptées à un nouveau public ; il a su mettre en place des structures de coordination technique efficaces tant au plan régional (« Réseaux ») qu'au plan national avec le CETAF, dont le travail est remarquable.

Concernant certains aspects techniques plus spécifiquement liés au domaine de l'observation et la santé, de considérables efforts ont été faits ces dernières années pour améliorer l'harmonisation du recueil et de la gestion informatique des données recueillies dans le cadre de l'EPS : contrôle de qualité biologique, et plus récemment système SAGES. Concernant celui-ci, dont le principe est incontestable dans une optique d'harmonisation des procédures, il conviendrait cependant d'évaluer de façon précise son apport au fonctionnement des CES, ainsi que son adéquation à l'objectif de disposer de données de qualité standardisées.

#### *Difficultés et manques*

Globalement, l'opinion du rapporteur est que la contribution actuelle des CES à l'observation de la santé, si elle apporte déjà des données importantes dans divers contextes, national et régional, est largement en deçà de ce que pourrait permettre l'exceptionnel potentiel que l'on vient d'évoquer, notamment du fait que cette mission ne leur a jamais été explicitement confiée, et que les moyens afférents n'ont jamais été mis en œuvre. A ce constat, on peut invoquer diverses causes, certaines d'ordre méthodologiques et techniques, d'autres relevant plutôt du contexte institutionnel et du manque d'une politique clairement définie de façon opérationnelle.

Les causes **méthodologiques et techniques** sont elles-mêmes diverses. On a largement évoqué plus haut les problèmes de représentativité et de validité des données : ces aspects ne

---

<sup>25</sup> On traitera plus loin du cas des travaux de recherche correspondant à des objectifs spécifiques, réalisés pour tout ou partie dans le cadre des CES.

semblent pas actuellement suffisamment pris en compte dans l'organisation du recrutement des CES et dans l'exploitation des données.

L'examen de la distribution des catégories socioprofessionnelles parmi la clientèle des CES montre que, pour ce critère simple, l'échantillon des consultants n'est pas très éloigné de la population générale, sauf quelques manques correspondant essentiellement aux catégories non affiliées au Régime Général, ce qui est évidemment attendu<sup>26</sup>. Mais on ne saurait réduire la prise en compte de la **représentativité** à de telles comparaisons en termes de PCS, car on sait qu'au sein de la même catégorie socio-économique existent de larges différences à bien des égards, notamment en termes de santé, de comportements, de modes de vie, etc., tous facteurs susceptibles d'influencer l'état de santé<sup>27</sup>.

Sans vouloir entrer ici dans des détails méthodologiques, on peut évoquer quelques approches potentiellement fructueuses. En effet, en l'absence d'une utopique représentativité stricte qui n'a pas de sens véritable comme on l'a rappelé plus haut, il est nécessaire d'entreprendre des études fines des personnes fréquentant les CES afin de tirer des conclusions valides de l'observation de l'échantillon qu'elles constituent. On pourrait ainsi comparer, à PCS égale, diverses caractéristiques des consultants à celles des sujets inclus dans d'autres études basées sur un mode de recrutement différent et dans un autre contexte<sup>28</sup>, afin de quantifier ce qui dans les comportements, attitudes, facteurs de risque, pathologies, etc. distinguent les consultants des CES de la population générale. Il s'agirait là d'analyser la « représentativité » de l'échantillon des consultants selon des critères pertinents par rapport aux objectifs habituels de l'épidémiologie descriptive.

D'autres approches sont évidemment possibles, comme par exemple le recrutement « actif » d'échantillons complémentaires à des fins de comparaison. Le rapprochement avec des données disponibles dans les autres régimes de sécurité sociale doit évidemment être encouragé, mais sans en méconnaître les difficultés méthodologiques.

En conclusion, **l'absence de représentativité théorique des consultants des CES n'est pas un obstacle insurmontable dans une optique d'épidémiologie descriptive visant à apporter des données sur la population française** dans son ensemble, à condition d'entreprendre les études complémentaires nécessaires, qui nécessitent une forte compétence épidémiologique.

Les problèmes concernant la **validité des données** sont cruciaux. Les efforts qui ont été fait pour standardiser leur recueil et leur informatisation, s'ils sont nécessaires, ne sont nullement suffisants. C'est tout un programme de contrôle de qualité permanent, faisant appel à des méthodes diversifiées (double recueil et double codage de certaines données sur des échantillons, analyse statistique des facteurs de variabilité, analyse des évolutions temporelles, etc.) qu'il est nécessaire de mettre en place, tout en veillant à laisser une souplesse suffisante au niveau local. Ce point est essentiel si on souhaite que les données des EPS présentent une crédibilité scientifique suffisante pour être exploitées dans une optique d'observation de la santé. Là aussi, des solutions classiques existent, qui nécessitent des moyens et des compétences spécifiques.

---

<sup>26</sup> *Source* : Description des Examens de Santé de l'année 1998 – CETAF, mars 2000.

<sup>27</sup> La comparaison des volontaires de la cohorte GAZEL à leurs collègues d'EDF-GDF non participants et de même catégorie socio-professionnelle illustre ce point de façon détaillée (cf. : Goldberg M et al. Socioeconomic, demographic, occupational and health factors associated with participation in a long-term epidemiologic survey. A prospective study of the French GAZEL cohort and its target population. Am J Epid (sous presse).

<sup>28</sup> Les données de la Cohorte ESTEV, recrutée en médecine du travail dans diverses régions, celles de la Cohorte GAZEL recrutée par des agents EDF-GDF à l'échelle nationale, pourraient, à titre d'exemple, apporter des informations précieuses pour mieux caractériser les spécificités des consultants des CES.

Un aspect important de l'observation de la santé est mal pris en compte actuellement du fait des modes de suivi des consultants : il s'agit de ce qui concerne l'analyse des **phénomènes temporels**. Actuellement, pour l'essentiel, l'évolution des phénomènes de santé (état de santé et facteurs de risque) ne peut être étudiée à partir des données recueillies dans le cadre de l'EPS que de façon transversale, faute de suivi individuel systématique des personnes. Si des coupes transversales répétées apportent des informations intéressantes concernant l'évolution des phénomènes, elles ont des limites sévères en ne permettant pas de distinguer des effets complexes (effet âge, effet période, effet cohorte) et donc d'observer ou de comprendre de nombreux phénomènes importants qui ne peuvent être appréhendés que par une approche longitudinale, que seul permet un suivi individuel des sujets. Plusieurs expériences (par exemple la cohorte STANISLAS) montrent qu'il est possible d'organiser un suivi longitudinal des consultants, ou du moins d'échantillons sélectionnés parmi eux.

Dans une optique voisine, il serait tout à fait important de mettre en place un suivi des principaux événements de santé « d'intervalle » susceptibles de se produire parmi les consultants des EPS. On dispose en effet, grâce à l'EPS, de données concernant l'état de santé, les caractéristiques bio-physiologiques et les facteurs de risque ; il existe par ailleurs diverses sources de données concernant la morbidité et la mortalité en France (SC8-INSERM, PMSI, systèmes d'information internes à la CNAMTS, Registres du cancer dans certains départements, etc.). A l'heure actuelle, ces données sont disjointes et ne permettent donc qu'une connaissance globale très limitée ; leur croisement (au niveau des individus) serait d'un très grand intérêt et apporterait véritablement un enrichissement considérable, en valorisant très fortement les données des CES et les autres données de l'Assurance Maladie, en particulier celles qui seront dans le futur issues de l'informatisation des cabinets médicaux. Une telle approche<sup>29</sup> serait réellement novatrice et susceptible de générer des données particulièrement intéressantes pour la définition et l'évaluation des politiques de santé.

Au total, on peut concevoir comme phase ultime de constituer de véritables cohortes à partir des consultants des CES, grâce à des méthodes de suivi diverses et complémentaires faisant appel à plusieurs sources de données relevant essentiellement de la CNAMTS et les CPAM. De telles cohortes (dont il existe des exemples voisins dans plusieurs pays) seraient des outils nouveaux et particulièrement puissants pour l'observation de la santé. Sur le plan méthodologique et technique, la constitution de cohortes issues de la population des consultants des CES ne présente pas de difficultés insurmontables, comme le montrent divers exemples français et étrangers. Il sera nécessaire, évidemment, d'en définir les objectifs précis en termes d'apport à l'observation de la santé, en précisant leur place par rapport à d'autres sources d'information disponibles au sein de l'Assurance Maladie et à l'extérieur de celle-ci, afin de positionner leur apport spécifique. Par ailleurs, la mise en place de telles cohortes à partir des CES peut s'avérer être également un puissant outil de recherche épidémiologique, qui pourrait être proposé aux chercheurs extérieurs, renforçant ainsi l'intérêt de ceux-ci pour des partenariats multiples<sup>30</sup> ; on y reviendra plus loin.

Une fois encore, les solutions méthodologiques et techniques existent, mais leur mise en œuvre nécessite des moyens et des compétences épidémiologiques fortes.

---

<sup>29</sup> Les problèmes relevant de la loi Informatique et Libertés pourraient assez aisément trouver des solutions satisfaisantes.

<sup>30</sup> L'exemple de la cohorte GAZEL montre que les opportunités de recherche qu'offre la disponibilité d'une cohorte constituée provoque un véritable intérêt de la communauté scientifique spécialisée : plus de 20 projets de recherches concernant des thèmes très diversifiés sont actuellement « greffés » sur cette cohorte, provenant d'une quinzaine d'équipes différentes.

Les autres difficultés qui apparaissent à l'observateur extérieur pour ce qui concerne la contribution des CES à l'observation de la santé relèvent du **contexte institutionnel** dans lequel ceux-ci exercent leur activité. Le cloisonnement des institutions de santé publique dans notre pays (y compris au sein des organismes de sécurité sociale), rend difficile la coordination des efforts de collecte et d'analyse des données pouvant concourir à l'observation de la santé des français. Aucune institution ne couvre la totalité de la population<sup>31</sup> et ne peut donc prétendre à une vision de l'ensemble des catégories de la population. Il n'existe pas de coordination formalisée entre les principaux producteurs et détenteurs de données (médecine libérale, hôpitaux, organismes de sécurité sociale, etc.). Il est certainement utopique de penser qu'une telle coordination puisse être rendue opérationnelle dans de brefs délais, même s'il faut y tendre.

C'est pourquoi notre opinion est plutôt de promouvoir au sein de la CNAMTS (qui couvre une très large fraction de la population et recueille elle-même de nombreuses données pertinentes en routine, ou dans le cadre d'études spécifiques réalisées par l'Échelon Médical, ou par le CREDES, qu'on assimile ici à la CNAMTS), une véritable politique formalisée dans le domaine de la connaissance de la santé. Un des éléments essentiels de cette politique pourrait reposer sur le réseau des CES qui constitue un outil au potentiel exceptionnel, comme on l'a vu, et une démarche active d'établissement de partenariats divers pourrait être entreprise autour de programmes spécifiques.

Cette approche, certes ambitieuse, mais plus restreinte qu'une utopique coordination tous azimuts du recueil de données, nécessite évidemment l'élaboration de programmes aux objectifs bien ciblés, pouvant être mis rapidement sur pied. Nous considérons que ceci est tout à fait réalisable en s'appuyant sur les CES, comme le montre l'enquête nationale en cours d'élaboration en partenariat avec l'InVS et la DREES. On pourrait évoquer également des programmes plus ciblés, aux objectifs plus opérationnels, comme l'étude de la santé des travailleurs en partenariat avec la médecine du travail<sup>32</sup>, ou de la santé des enfants en partenariat avec la PMI et le médecine scolaire, etc. Ces programmes auraient évidemment pour particularité d'impliquer les CES pour la réalisation d'EPS en complément des données recueillies par d'autres institutions, sur des échantillons définis en commun.

#### **1.1.7 ÉTUDES ET RECHERCHES EN PARTENARIAT**

La réponse à cette question s'inscrit dans la continuité de celle qui précède, tant il existe des interactions fortes entre observation de la santé et recherche en épidémiologie et santé publique. Même si les CES n'ont pas de mission spécifique de recherche, leur capacité de contribution à de nombreux travaux de cette nature, autant comme plateau technique de réalisation d'examen biomédicaux que grâce à leur recrutement, est exceptionnelle, et peut apporter des solutions particulièrement efficaces et efficientes à des équipes de recherche diversifiées.

Il en existe de nombreux exemples actuellement, et l'auteur de ce rapport bénéficie lui-même d'une contribution de très grande qualité des CES dans le cadre de la réalisation de deux projets très différents : la réalisation d'EPS (accompagné du recueil de données biocliniques et de la constitution d'une banque de matériel biologique), pour les participants d'une cohorte préétablie et fonctionnant en dehors des CES tant pour le recrutement que pour le suivi habituel, sous la conduite scientifique de l'INSERM (cohorte GAZEL, composée de 20 000 agents EDF-GDF répartis sur tout le territoire national) ; le projet ESPACES, visant à

<sup>31</sup> Excepté l'INSERM pour les causes de décès et l'INSEE pour certaines données concernant la population qu'il faut mobiliser pour l'analyse épidémiologique.

<sup>32</sup> La Cohorte ESTEV pourrait être un excellent support pour un tel projet.

identifier les retraités du Régime Général ayant été exposés à l'amiante durant leur vie professionnelle et à les aider à accomplir les démarches leur donnant accès au suivi post-professionnel, réalisé sous la conduite conjointe de l'InVS, de l'INSERM et du CETAF dans six CES. Les capacités techniques et opérationnelles des CES, leur insertion dans le système CNAMTS, leur couverture du territoire et la qualité et la motivation de leurs personnels, la participation active du CETAF, ont permis, dans ces deux exemples bien connus du rapporteur, la réussite de ces projets dans des conditions incomparables d'efficacité et de coût ; on peut affirmer qu'ils n'auraient pas été réalisables, du moins pour l'ensemble de leurs objectifs scientifiques, sans la coopération des CES.

L'avis du rapporteur, directeur d'une Unité de recherche en épidémiologie de l'INSERM et responsable d'un Département de l'InVS, est bien évidemment très positif sur ce point. L'expérience (pas seulement celle du rapporteur) montre que les CES peuvent apporter une contribution majeure (et dans certains cas irremplaçable) à la recherche épidémiologique et en santé publique. La mise en place de véritables cohortes, qu'on a évoqué plus haut, contribuerait de façon évidente à augmenter encore l'intérêt des équipes de recherche pour une coopération renforcée avec les CES.

On peut ajouter que les CES ont également un intérêt fort à participer à de telles recherches. En dehors de la valorisation intellectuelle et scientifique de leur activité, les contraintes de rigueur méthodologique des différents aspects de la réalisation d'une enquête épidémiologique (recrutement, recueil et validation des données, analyse des biais, etc.) peuvent avoir un effet d'entraînement pour la réalisation des EPS et de recueil de données de routine, dont on a vu qu'ils constituaient une des limitations actuelles pour participer de façon plus efficace à l'observation de la santé. Il s'agit en quelque sorte d'une « formation par la recherche », susceptible de faire évoluer favorablement la qualité des données issues des EPS.

La communauté scientifique spécialisée est de plus en plus demandeuse d'une coopération avec les CES, dont la réputation de qualité et l'ouverture sont maintenant bien connus grâce à plusieurs expériences réussies. Il convient clairement d'encourager ce mouvement, mais sans doute dès maintenant de mieux le formaliser.

Il serait notamment bon de définir des règles pour le choix des études et recherches à mener en partenariat, et des conditions scientifiques, techniques, financières, éthiques de la réalisation et de la valorisation scientifique des travaux menés en commun. Ces règles doivent être conçues en reconnaissant la participation des CES à des recherches comme une de leurs missions explicite. Elles doivent respecter les responsabilités respectives des uns et des autres, veiller à ce que la place des CES dans de telles coopérations soit pleinement reconnue par leurs partenaires et leur tutelle, et suivre une déontologie de la recherche impliquant que chacun des partenaires tire un bénéfice légitime en fonction de sa participation spécifique aux travaux menés en commun. Une instance de coordination des études et recherches doit être mise en place pour élaborer et mettre en œuvre les règles à respecter ; on y reviendra plus loin, dans les Recommandations générales.

### **1.1.8 LA PARTICIPATION AUX CAMPAGNES DE DÉPISTAGE**

On ne peut que se réjouir du développement dans notre pays depuis quelques années d'une politique de campagnes de dépistage organisées, avec des objectifs de santé publique formalisés et évaluables, des critères scientifiques rigoureux, associant des partenaires multiples. Malgré des difficultés d'ordre divers, on peut espérer que les activités de dépistage aboutissent à des résultats positifs en termes d'état de santé et montrent enfin en France une efficacité (au sens de santé publique de ce terme) comparable à ce qu'on observe dans divers pays.

Dans ce contexte, on ne peut qu'encourager la participation des CES à de telles campagnes. On y trouve une illustration exemplaire de la pertinence de l'outil qu'ils constituent pour peu que leur activité soit coordonnée, avec des partenaires extérieurs, dans le cadre de programmes aux objectifs précis, incluant des méthodes rigoureuses d'évaluation. Le rapporteur considère qu'il s'agit d'un modèle particulièrement intéressant du fonctionnement par programme qu'il préconise de systématiser pour le réseau des CES.

Il nous semble donc qu'il serait tout à fait pertinent de développer la participation des CES aux campagnes de dépistage. Ceci, outre l'apport de cette participation aux objectifs spécifiques de ces campagnes, aurait l'avantage de valoriser et de rendre plus visible le potentiel logistique, organisationnel et technique des CES.

Ce faisant, il sera bon de veiller à ce que la place des CES soit explicitement définie dans l'organisation des campagnes et le partage des responsabilités, et qu'ils se donnent les moyens d'occuper des créneaux de compétence spécifiques, qu'il s'agisse de la logistique des campagnes ou de la prise en charge d'activités techniques comme la lecture et l'interprétation de certains examens de dépistage (lecture de l'HÉMOCCULT, par exemple). Dans ce domaine aussi, une instance de coordination est donc une nécessité pour définir et gérer les partenariats.

#### **1.1.9 DÉVELOPPEMENT DU PARTENARIAT INTRA- ET EXTRA- INSTITUTIONNEL**

Là encore, le rapporteur ne peut que se réjouir du développement de véritables politiques de prévention et d'organisation des soins, et il ne peut qu'encourager les CES à prendre une place qui reste largement à définir, avec des partenaires internes à l'Assurance Maladie ou appartenant à d'autres institutions.

La diversité des actions de santé publique auxquelles les CES sont (et seront de plus en plus) invités à se joindre est telle qu'il n'est pas possible d'émettre, dans le cadre de ce rapport, une opinion spécifique sur ces actions. A l'instar de ce qui est apparu concernant les activités des CES auprès des populations précaires, il nous semble cependant nécessaire qu'une réflexion approfondie soit menée concernant la place spécifique des CES dans des actions où l'EPS n'est qu'un moment d'une intervention plus large menée avec des partenaires extérieurs, voire même des actions où les CES n'interviendraient pas à travers les EPS, qui constituent actuellement leur technique de base. En tout état de cause, il nous semble cependant que c'est avant tout à travers les EPS que les CES doivent essentiellement intervenir dans les actions de santé publique envisagées avec d'autres partenaires : on reviendra sur ce point, d'une façon plus générale, dans la dernière partie de ce rapport.

On répétera encore ici qu'une politique d'ensemble claire doit être définie pour les CES, tenant compte de leurs compétences spécifiques, de leur place et leurs responsabilités vis-à-vis de leurs partenaires, et des moyens particuliers à mobiliser pour chaque action envisagée.

Le contexte des politiques régionales et locales de santé publique et de prévention est actuellement extrêmement mouvant, et de nombreuses initiatives se mettent en place, sans qu'on discerne toujours une cohérence, une planification et une coordination suffisante. Il est important pour les CES de participer à ce mouvement et d'y trouver une insertion adéquate. Ce problème de nature stratégique, ayant de fortes implications potentielles sur l'avenir des CES, doit être envisagé de façon globale, en tenant compte de l'ensemble des activités qu'il serait souhaitable de soutenir ou de promouvoir. C'est pourquoi on ne peut aujourd'hui aller très loin dans le détail concernant la question posée. On verra dans les conclusions de ce rapport que la réponse à cette question ne peut être envisagée que dans le cadre d'une réflexion sur la stratégie globale de l'évolution des CES.

# **CONCLUSION : SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES**

## **LE CONSTAT : DES FORCES ET DES FAIBLESSES**

En conclusion de ce rapport, on peut en résumer en quelques points les principaux constats et la philosophie générale.

- L'activité de base des CES, reposant presque exclusivement sur les EPS, n'a montré ni son utilité pour ceux qui en bénéficient, ni son efficacité pour l'amélioration de la santé de la population française ; de façon plus spécifique, la très faible proportion de la population qui est susceptible de fréquenter personnellement des CES interdit toute contribution directe à l'amélioration de la santé de la population.
- On constate une insuffisance de l'activité d'évaluation organisée et systématique, reposant sur des méthodes scientifiques rigoureuses ; ceci est vrai au niveau de la politique et des orientations stratégiques, comme au niveau plus technique et méthodologique des actions et des prestations des CES.
- Les CES constituent un outil technique au potentiel exceptionnel et unique au service de la prévention, de la santé publique, de la connaissance de l'état de santé de la population et de la recherche en épidémiologie et en santé publique.
- Des champs nouveaux d'intervention des CES se sont ouverts ces dernières années, et vont encore se multiplier dans le paysage rapidement changeant de la prévention et de la santé publique en France ; les CES ont fait la preuve de leur adaptabilité et de leur efficacité dans ces nouveaux domaines à bien des égards (prise en charge des populations précaires, rôle de coordination technique du CETAF, participation à de nombreuses études épidémiologiques en partenariat, etc.), et il est clair que la motivation et le professionnalisme de ses personnels est un atout essentiel pour les évolutions à venir.
- L'orientation quasi-exclusive de l'activité des CES vers la réalisation de l'EPS ne permet pas de dégager des moyens vers des actions au potentiel d'efficacité plus important : l'EPS « sec » ne présente qu'un intérêt très limité qui ne justifie pas à lui seul les ressources qui lui sont consacrées, et il est nécessaire de définir, de mettre en œuvre et d'évaluer des actions en amont et en aval de l'EPS dans le domaine de la prévention, de la promotion de la santé, de la connaissance de l'état de santé et de la recherche ; il est important que l'essentiel de ces actions soit conçues autour de l'EPS, qui constituent le savoir-faire de base et la spécificité des CES, et qui représentent pour ses bénéficiaires une prestation appréciée et une obligation pour la Sécurité Sociale.
- Malgré la création du CETAF, qui est une structure de grande qualité, le réseau des CES souffre d'une faiblesse de support méthodologique pour l'élaboration de programmes, l'évaluation des activités et des programmes, le recueil et l'exploitation des données, la mise en œuvre d'études, notamment épidémiologiques.

Au total, on peut ainsi résumer brièvement le constat général : on dispose d'un excellent outil qui est mal utilisé, et on manque d'une claire vision stratégique de la part de l'Assurance Maladie du rôle spécifique que pourraient jouer les CES dans le contexte de la santé publique en France.

## **L'AVENIR DES CES : TRANSFORMER UN PLATEAU TECHNIQUE EN « LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE »**

Au-delà des recommandations spécifiques qui figurent dans ce rapport, en réponse aux questions posées, il nous semble qu'il est surtout important de définir une stratégie et des orientations générales pour les CES.

**Notre proposition est de transformer progressivement les CES en un lieu :**

- (i) d'expérimentation, d'interventions de prévention, rigoureusement évaluées et susceptibles d'être « exportées » dans diverses institutions de santé publique et auprès des professionnels de santé ;**
- (ii) de production de connaissances sur la santé de la population, utilisables tant pour la définition et l'évaluation des politiques de santé à divers niveaux (régional et national) que pour la recherche épidémiologique et en santé publique.**

**C'est donc un véritable « laboratoire de santé publique » au service de la santé publique française à travers la politique de prévention de l'Assurance Maladie qu'il s'agit de construire.**

Dans cette optique, l'EPS verra clairement son statut d'acte technique (qui est de fait le sien), inséré dans le contexte dans lequel il prendra place. Dès lors, il s'agit plus de le justifier et de l'évaluer pour lui-même (ce qui s'avérerait immanquablement décevant, comme on l'a suggéré à plusieurs reprises) : c'est le programme (d'éducation pour la santé, de dépistage, d'épidémiologie, etc.) dont il constitue le support technique central, qui en sera la justification, et l'évaluation concernera le programme dans son ensemble.

On peut tracer les grandes orientations qu'il est souhaitable de donner à ce Laboratoire, en tenant compte des potentialités des CES, du contexte et des acteurs de la santé publique en France, et de l'apport spécifique qu'il est susceptible de proposer.

Comme on vient de l'indiquer, **deux missions principales** devraient être explicitement confiées aux CES dans le cadre d'un tel Laboratoire de santé publique :

- 1. la mise au point, l'expérimentation et l'évaluation d'actions de santé publique** : la population effectivement touchée par les CES étant en tout état de cause très restreinte par rapport à la population française, il est illusoire de penser, comme on l'a vu, qu'ils puissent avoir une action directement efficace : dans ces conditions, il serait judicieux d'envisager que les CES se transforment en un lieu où des programmes de santé publique innovants pourraient être élaborés puis diffusés à l'ensemble des structures concernées. En effet, les interventions de santé publique sont toujours complexes et difficiles à définir, nécessitant des travaux préalables importants de mise au point et d'évaluation menés avec une grande rigueur scientifique avant d'être généralisés. A titre d'exemple, le programme de dépistage du mélanome qui a été récemment mis au point dans plusieurs CES, et dont l'évaluation est tout à fait satisfaisante, pourrait être proposé à diverses structures et professionnels de santé hors CES (ceux-ci pouvant garder un rôle de coordination, de support technique et d'évaluation permanente) de façon à toucher un public beaucoup plus vaste que celui des consultants habituels, autorisant ainsi un impact véritablement mesurable sur la santé de la population. Une telle approche pourrait utilement être envisagée de façon systématique dans de

nombreux domaines, en partenariat avec des structures diversifiées. Les CES joueraient ainsi réellement un rôle de « laboratoire » expérimental destiné à mettre au point des outils et des méthodes de santé publique en utilisant au mieux leur potentiel technique et leur insertion institutionnelle.

2. la production de **connaissances sur la santé de la population** et la participation à la **recherche épidémiologique et en santé publique** : les possibilités exceptionnelles des CES pour le recueil de données nombreuses, standardisées et de qualité à une large échelle, inscrites dans la durée dans le cadre d'études disposant d'un protocole rigoureux sont uniques en France. Il semble tout à fait prioritaire d'orienter explicitement les activités des CES dans ce sens.

Comme on l'a indiqué à plusieurs reprises, ces deux grands axes sont les seuls qui justifient la poursuite des EPS, tant pour les populations prioritaires que pour les populations non prioritaires.

#### **DOMAINES D'INTERVENTION ET POPULATIONS CONCERNÉES**

Les **domaines** où les CES ont le meilleur potentiel et la plus forte « valeur ajoutée » sont :

- La prévention générale, incluant l'éducation pour la santé
- Le dépistage
- L'observation de la santé
- La participation à la recherche épidémiologique et en santé publique

Dans chacun de ces domaines, où les CES sont déjà présents, il est nécessaire de développer des partenariats systématiques avec les institutions et les acteurs qui sont complémentaires des CES. En effet, la place de ceux-ci dans le système de santé publique ne les met pas en première ligne de l'intervention : ils ont de fait un rôle (et une spécificité qui est leur force) essentiellement technique grâce à leurs moyens et leurs compétences propres, dont les autres acteurs ne disposent pas (une excellente illustration en est le rôle qu'ils jouent actuellement pour les campagnes de dépistage, ou pour certaines enquêtes épidémiologiques menées par des équipes de chercheurs).

En termes de **populations spécifiques**, deux orientations doivent être privilégiées :

- Les groupes défavorisés (« précaires »), les salariés retraités (post-professionnel) les personnes âgées, doivent être visés en priorité pour les programmes à visée d'intervention (prévention, éducation, prise en charge du suivi, etc.).
- C'est essentiellement en tant que « modèle » que la population générale (assurés sociaux visés à l'article 1 de l'Arrêté de 1992), doit être envisagée, pour l'observation de la santé, la recherche épidémiologique, la mise au point et l'évaluation d'actions de prévention et de dépistage ; il n'est en effet pas réaliste de poursuivre des objectifs de santé mesurables par des interventions portant sur une fraction infime de la population.

#### **APPROCHES ET MÉTHODES**

Les grands principes qu'il convient de retenir pour un Laboratoire de santé publique sont essentiellement les suivants.

- *Un fonctionnement par programmes* : ainsi qu'on l'a suggéré à plusieurs reprises, l'activité des CES devrait être planifiée et organisée sous forme de « programmes », c'est-à-dire un ensemble d'activités définies en fonctions d'objectifs précis de santé ou de connaissance, quantifiés et mesurables, donc évaluables. Ces programmes doivent faire l'objet de protocoles rigoureux et détaillés, indiquant les moyens et les méthodes à mettre en œuvre, une planification des ressources et des activités selon un calendrier défini.

- *Des programmes essentiellement conçus autour de l'EPS* : celui-ci est le cœur du savoir-faire des CES, sa spécificité technique originale et son « fond de commerce » qu'il convient de précieusement conserver et valoriser ; les CES ne sont pas organisés et n'ont pas les compétences pour se lancer dans des interventions directes auprès de la population ou dans des recherches sophistiquées, auxquelles ils doivent contribuer grâce à leurs moyens spécifiques en mettant au service des programmes de prévention ou de recherche les outils qu'ils maîtrisent, en partenariat avec des organismes spécialisés.
- *Une évaluation permanente* : les programmes mis en œuvre doivent comporter de façon systématique une évaluation scientifique rigoureuse, qui doit porter sur toutes leurs composantes : validité des données, représentativité des échantillons inclus, qualité des actes techniques, utilité et efficacité des actions visant à améliorer l'état de santé.
- *Des partenariats systématiques* : qu'il s'agisse d'interventions auprès de populations spécifiques ou d'activités orientées vers l'observation de la santé et/ou la recherche, les CES n'ont ni la mission, ni la légitimité ni les moyens d'être en première ligne et d'avoir un rôle de maître d'œuvre. Il existe en effet, pour chacune de ces activités, des acteurs légitimes souvent multiples : structures de santé publique diverses orientées vers des populations particulières (travailleurs, enfants, etc.) tant au niveau local qu'à l'échelle nationale, même s'il existe des manques pour certaines catégories ; structures de recherche et d'observation de la santé (INSERM, Université, ORS, InVS, etc.). Il faut accepter le constat que les CES sont avant tout un outil technique. Mais il faut en même temps prendre toute la mesure de ce rôle spécifique, qu'ils sont pratiquement les seuls à pouvoir jouer du fait de leur potentiel unique dans ce domaine et de leur appartenance à l'Assurance Maladie, dont les missions et les responsabilités vis-à-vis de la prévention et de la santé publique de notre pays sont considérables. C'est donc dans le cadre de partenariats avec les organismes et les acteurs concernés dans chaque domaine d'action spécifique que les CES doivent apporter leur contribution. Ceci ne signifie pas que la place des CES soit systématiquement secondaire et qu'ils soient placés sous la tutelle d'autres organismes : une place spécifique existe pour le type de missions que nous évoquons, des responsabilités spécifiques et importantes doivent être reconnues, qui s'imposeront d'autant plus naturellement que les CES sauront montrer leur haute technicité et le caractère irremplaçable de leur participation à des programmes diversifiés, et que des règles claires de coopération seront établies afin de définir la place spécifique des CES.
- *Une coordination et une planification rigoureuses* : cette nécessité découle des points précédents, car la mise en œuvre systématique de programmes dans des domaines diversifiés, les contraintes d'un fonctionnement par programme et de l'évaluation systématique, les partenariats multiples qu'il faudra établir, le développement de moyens et de méthodes qui devront concerner l'ensemble des CES, imposent un pilotage rigoureux du réseau des CES à divers niveaux<sup>33</sup>. Il est donc tout à fait essentiel qu'une ou plusieurs structures nationales, dont nous envisagerons plus loin les contours, assure ce rôle de coordination et de planification des programmes et des activités des CES, en liaison avec leurs partenaires. De plus, l'existence de telles structures, qui auront nécessairement un poids important, offre vis-à-vis de leurs partenaires des garanties concernant le respect de la place spécifique qui doit revenir aux CES.

---

<sup>33</sup> Ce qui n'est évidemment pas contradictoire avec une très large autonomie de fonctionnement organisationnel et technique : il existe toujours différents moyens pour atteindre les mêmes objectifs, et il est extrêmement important d'accepter une large diversité dans les modes opératoires correspondant à des particularités locales, dans la mesure où les objectifs à atteindre et les méthodes d'évaluation sont clairement définis pour tous.

### MOYENS À METTRE EN ŒUVRE

Les orientations proposées ci-dessus constitueraient une modification profonde des missions et des modalités de fonctionnement des CES. Il faut donc se donner les moyens, si ces propositions devaient être retenues, de les mettre en œuvre dans un délai raisonnable, en s'entourant de garanties suffisantes pour infléchir le contenu de l'activité des CES tout en recueillant l'adhésion de leurs personnels, et pour aboutir à des résultats conformes aux objectifs annoncés.

A l'heure actuelle, les moyens nécessaires à la réussite des transformations que nous proposons sont insuffisants dans deux domaines cruciaux : la définition et le suivi d'une politique explicite clairement affichée, et les ressources méthodologiques et techniques nécessaires.

- *Une politique explicite et clairement affichée et des instances adéquates de pilotage* : l'importance des réorientations envisagées implique d'une façon particulièrement forte la définition d'une politique claire, aux messages explicites, et accompagnée de la mise en place d'une instance à la légitimité incontestable destinée à élaborer les orientations à venir pour les CES, à définir les moyens concrets de leur mise en œuvre, et à en suivre l'application. Cette instance doit au minimum associer les organes de direction de la CNAMTS et les structures de pilotage des CES : elle pourrait prendre la forme d'un *Comité d'Orientation Stratégique des CES* qui aurait peu ou prou les attributions habituelles du Conseil d'Administration d'un organisme autonome (choix des orientations générales, définition des moyens à mettre en œuvre, contrôle de l'activité). Le rapporteur n'a ni la légitimité, ni une connaissance suffisante du fonctionnement de l'Assurance Maladie pour être plus précis pour les propositions concernant ce point.

A cette instance d'orientation doit être associée une instance à vocation plus scientifique et technique, du fait de la nature des activités qu'il s'agit de réaliser. Là non plus, le rapporteur ne peut pas proposer des modalités précises pour le choix des membres et le fonctionnement d'une telle instance. Il peut cependant rappeler quelques principes essentiels auxquels il ne faudrait jamais déroger en la matière : une instance de ce type doit avoir une fonction de conseil et d'évaluation ; à ce titre, elle doit être composée exclusivement de personnes aux compétences scientifiques reconnues dans le champ couvert par les activités retenues pour les CES, indépendantes et ne représentant aucune institution<sup>34</sup>. De façon pratique, on peut envisager qu'une telle instance scientifique soit une émanation de l'actuel Conseil Scientifique de la CNAMTS, s'il est possible ce faisant de respecter les contraintes qu'on vient de rappeler. On peut également envisager un Conseil Scientifique *ad hoc* ayant une étroite liaison avec le Conseil Scientifique de la CNAMTS, solution sans doute plus souple et plus adaptée, à condition qu'elle jouisse d'une légitimité et d'un poids suffisants.

- *Ressources méthodologiques et techniques* : l'essentiel des activités proposées dans ce rapport relève de l'épidémiologie et de la santé publique, tout en s'appuyant quotidiennement sur des disciplines scientifiques divers (biostatistique, informatique, sciences sociales notamment), requière une forte compétence méthodologique et technique, et nécessite une logistique importante. Ces moyens font actuellement défaut pour l'essentiel : le CETAF est une structure aux moyens trop limités en fonction des

---

<sup>34</sup> Même si, évidemment, elles peuvent appartenir à des institutions présentes dans le champ couvert par les CES, elles ne doivent pas représenter celles-ci pour des raisons évidentes de conflits potentiels d'intérêt sur tel ou tel dossier, mais être désignées de façon explicite à titre personnel.

objectifs proposés, et il n'existe que rarement les moyens et les compétences adéquates<sup>35</sup> au sein des CES mêmes. Il est donc tout à fait nécessaire, si on veut que les propositions contenues dans ce rapport aient un sens, de prévoir le développement d'une structure forte à caractère scientifique et technique pour la réalisation des actions envisagées ici. Ses missions seraient de participer à la mise au point des programmes, d'en développer la méthodologie, d'en coordonner la réalisation et d'assurer un support méthodologique pour la partie qui incombe aux CES en relation avec les partenaires extérieurs, et d'en assurer conjointement avec l'ensemble des acteurs l'analyse, l'évaluation et la valorisation. Il est déterminant qu'une telle structure soit mise en place au sein même du réseau des CES, et qu'elle en fasse partie intégrante, car ce n'est que de cette façon qu'on pourra véritablement accompagner les CES au quotidien afin de les aider dans les évolutions nécessaires de leur activité. Ceci est également nécessaire pour un fonctionnement harmonieux des programmes, car il n'est pas souhaitable de confier entièrement à des équipes et des partenaires extérieurs tous les aspects scientifiques et méthodologiques : on serait alors dans une situation de dépendance complète vis-à-vis de d'eux ; de plus ceux-ci ont besoin d'avoir des correspondants d'un niveau de compétence comparable au leur pour participer pleinement à la réalisation de leurs objectifs<sup>36</sup>.

Cette structure, de nature essentiellement épidémiologique, doit être largement pluridisciplinaire et disposer des moyens nécessaires à son fonctionnement. Rappelons à cet égard que la proposition de diminuer fortement le nombre des EPS pour les populations non prioritaires<sup>37</sup> a essentiellement pour but de rendre disponibles les moyens nécessaires au développement d'une composante technique forte pour définir, mettre en œuvre, évaluer et valoriser des programmes diversifiés de santé publique et d'épidémiologie : dans cet esprit la plus grande partie des ressources ainsi dégagées doit nécessairement être consacrée à cet effet.

Cette expertise n'est pas le lieu pour définir en détail les objectifs, les moyens et l'organisation d'une telle structure technique. Notamment, il sera nécessaire de préciser sa place vis-à-vis du CETAF, dont les missions actuelles recoupent en partie ses objectifs<sup>38</sup>. On doit néanmoins préciser quelques points essentiels : il doit s'agir d'une structure en réseau, associant un noyau fort composée de professionnels de l'épidémiologie et des autres disciplines scientifiques pertinentes, et des cellules déconcentrées au niveau des actuels « réseaux » interrégionaux (composées elles-mêmes d'épidémiologistes professionnels et de personnes issues des CES ayant bénéficié d'une formation complémentaire) ; des actions de formation importantes doivent être mises en place de façon permanente, aussi bien dans le domaine de la méthodologie que dans celui des

---

<sup>35</sup> A titre d'exemple, rappelons qu'il faut 3 à 5 ans à temps plein après un premier cycle d'études (médecine, statistique, biologie, etc.) pour former un épidémiologiste de niveau professionnel capable d'être autonome dans son activité.

<sup>36</sup> Sans la participation de ses collègues du CETAF et celle des personnels expérimentés dans les études épidémiologiques, l'auteur de ce rapport n'aurait pu mener à bien les projets cités plus haut qu'il a réalisés au titre de l'INSERM en coopération avec les CES.

<sup>37</sup> Sous l'hypothèse discutable d'un budget constant. Cf. 1.1.3.1

<sup>38</sup> Différentes hypothèses peuvent être envisagées de ce point de vue : développement de la structure à partir du CETAF, création de novo d'une structure différente aux missions complémentaires, association au sein d'un organisme nouveau qui absorberait le CETAF, etc.

applications correspondant aux programmes de santé publique qui seront mis en œuvre<sup>39</sup>, afin de disposer de correspondants formés et motivés au sein des CES.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

La prévention dans notre pays souffre d'un éclatement des structures spécialisées qui fonctionnent de façon trop peu coordonnée, de procédures préventives multiples (selon les âges de la vie ou les catégories sociales), mais qui ne permettant pas un suivi des personnes entre institutions de prévention et au long de leur vie. Par ailleurs, la place des professionnels de santé dans la prévention n'est pas clairement définie, et leurs actes de nature préventive sont réalisés de façon trop isolée.

Il semble clair au rapporteur que, dans ce contexte, les CES peuvent se transformer en un véritable Laboratoire de santé publique et constituer le réseau stratégique principal de la prévention en France dans le cadre de partenariats diversifiés. Ils pourraient ainsi conforter dans le paysage de la santé publique de notre pays une place qui est trop méconnue, et acquérir une légitimité qui leurs sont aujourd'hui souvent contestée. Ce faisant, la CNAMTS afficherait ainsi une véritable détermination dans son orientation vers la prévention et la santé publique. Elle aurait aussi là une occasion de mieux mettre en synergie, à travers des programmes diversifiés, les efforts qu'elle consent à divers titres en matière de prévention (éducation pour la santé, dépistage, etc.) mais qui restent encore trop peu coordonnés.

Le « basculement » de philosophie préconisé ici pourrait prendre place concrètement au terme d'une période de transition d'environ cinq ans, et avoir à cet horizon une traduction opérationnelle en termes de programmes et de structures. Ce délai est nécessaire pour mettre en place des structures nouvelles, développer et mettre en œuvre des programmes divers, former les personnels à des missions renouvelées, étendre les actions à des domaines complémentaires, et assurer une couverture nationale aux activités des CES.

Cette perspective, qui concourrait (en parallèle à d'autres initiatives récentes) à rattraper le retard pris par la France ces dernières décennies dans le domaine de la prévention et de la santé publique, nécessite, bien évidemment, un engagement fort et soutenu des instances dirigeantes de la CNAMTS.

---

<sup>39</sup> A cet égard, les expériences de formation en épidémiologie et en santé publique dans le domaine des actions vis-à-vis des populations précaires qui ont été réalisées récemment fournissent un bon modèle ; elles ont également été l'occasion de vérifier que ce type de formation correspond à une véritable attente de la part des personnels des CES.

# **ANNEXE**

**DOCUMENT DE LA COMMISSION SANTÉ PRÉVENTION DE LA CNAMTS DU 29 MARS 2000**

**« *EXPERTISE DE L'ACTIVITÉ ET DES PERSPECTIVES D'ORIENTATION DES CES* »**