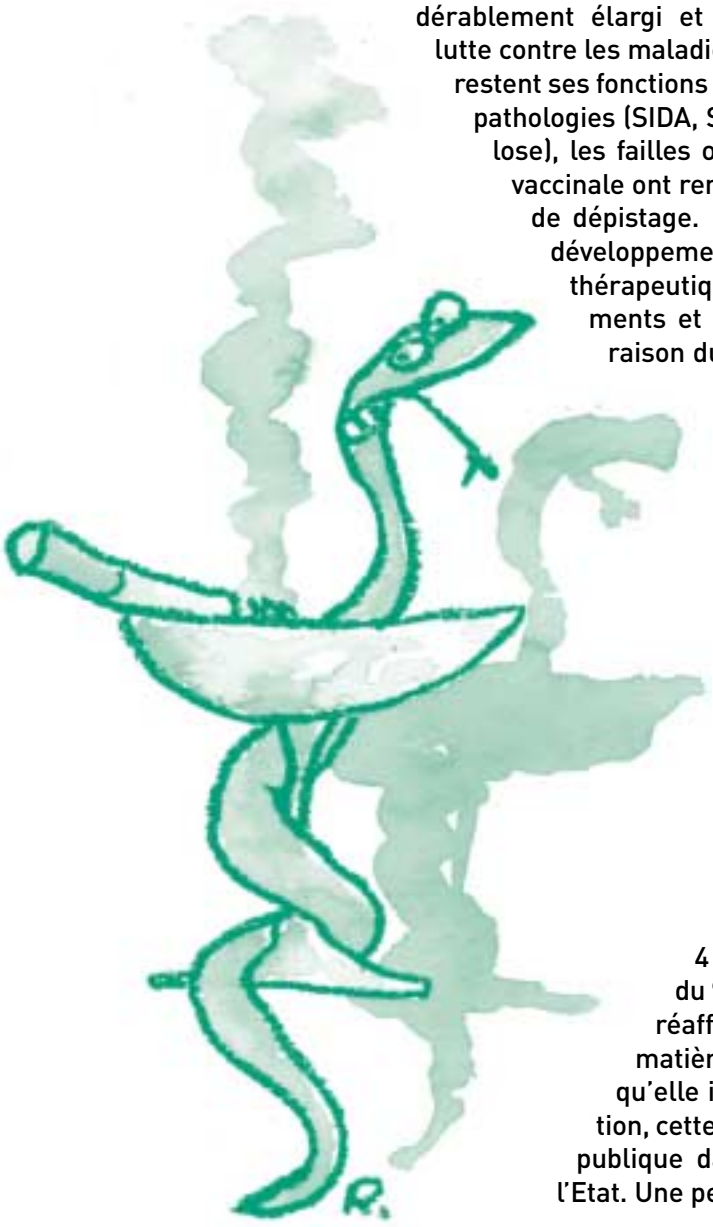
Le retour de la prévention en santé publique

Par Laure Bornarel

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



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

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

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

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

Entretien réalisé le 26 juillet 2005 par Laure Bornarel

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

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

Auriez-vous un exemple concret ?

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

Comment la prévention de la tuberculose au 18è et 19è siècle a-t-elle influencé le système de santé contemporain ?

Les dispensaires étaient des institutions qui surveillaient les familles suspectes ou menacées de tuberculose par le biais de « visiteuses de l'hygiène ». Celles-ci étaient chargées de se rendre dans les domiciles, de mener des enquêtes sociales et de prêcher la bonne tenue des ménages. Elles distribuaient également des vivres et autres secours aux familles nécessiteuses. C'est ainsi que l'articulation entre le sanitaire et le social est née : les visiteuses de l'hygiène sont devenues les assistantes sociales en 1938. Quant aux sanatoriums, il s'agissait d'hôpitaux spécialisés pour tuberculeux curables. Implantés en moyenne montagne pour la pureté de l'air, leur reconversion a été un problème : lieu de réadaptation pour les accidentés de la route, maisons de retraite pour personnes âgées...

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

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

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

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

Retrouvez l'intégralité de l'interview d'Olivier Faure sur www.millenaire3.com

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

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

Entretien réalisé le 26 juillet 2005 par Laure Bornarel

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

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

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

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

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

Le CRAES-CRIPS fait partie d'un collectif constitué en avril 2004 à la suite d'un gel budgétaire. Une soixantaine d'associations y ont participé à un moment ou à un autre. Cette mobilisation a aidé à l'obtention d'une aide d'urgence de la Région. L'expérience perdure mais révèle également les difficultés d'agencer des logiques associatives très diverses. La définition d'une plate-forme commune doit être, à mon sens, un phénomène non contraint : les associations s'organiseront d'autant mieux si elles sont perçues comme des partenaires et non comme de simples opérateurs. De par leur proximité de terrain, leur implication militante et la compétence de leurs équipes, elles ont une plus-value à partager. En fait, nous apprécierions d'avoir un accompagnement institutionnel pour franchir ce cap de structuration. Comment mieux fonctionner ensemble sur le plan de la gestion, des ressources humaines, de la mutualisation des services... ? La gestion du changement n'est pas évidente. La structuration des réseaux associatifs est un enjeu important, plus ou moins avancé selon les « familles » d'associations. Nous travaillons actuellement à une formalisation plus légitime du collectif pour faciliter notre représentation. Cela devrait aboutir courant 2005. En sachant qu'il ne suffit pas de créer une plateforme associative : il faut aussi la faire vivre en maintenant des processus de démocratie participative.

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

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

Retrouvez l'intégralité de l'interview de Claude Bouchet sur www.millenaire3.com

L'état de santé des rhônalpins reflète la situation française

■ Rhône-Alpes : une région emblématique des caractéristiques nationales

Relativement riche et avec une population plutôt jeune, Rhône-Alpes se positionne légèrement au-dessus de la moyenne française en termes d'accès aux soins et d'état de santé de ses habitants. La région compte quelques 9 000 décès prématurés (avant 65 ans) par an, la moitié étant considérée comme évitable. Les comportements à risques en Rhône-Alpes sont majoritairement représentatifs de ceux de l'ensemble des Français, à quelques nuances près : bien que courante, la consommation d'alcool génère localement moins de décès qu'ailleurs (59 décès pour 100 000 hommes contre 69 au niveau national). Même tendance pour la consommation de tabac (1323 cigarettes par an et par habitant contre 1426), la mortalité par suicide et le nombre d'enfants obèses (12% contre 14%). Par contre, l'usage du cannabis est plus répandu... Et le nombre d'accidents du travail plus fréquent, vraisemblablement en raison de la forte implantation de l'industrie et du bâtiment. Quant au nombre de maladies professionnelles, il augmente de 2 210 cas en 2001 à 3 030 en 2003 : il s'agit pour le tiers de troubles musculo-squelettiques.

De fortes disparités territoriales

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

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

Un retard en prévention à combler

Si la France est un pays où l'espérance de vie est l'une des meilleures au monde pour les personnes âgées de plus de 65 ans, elle est par contre la plus faible en Europe (avec le Portugal) pour les moins de 65 ans ! La plupart des causes de cette surmortalité prématurée sont évitables : elles tiennent à des comportements individuels ou collectifs modifiables (consommation de tabac, d'alcool, accidents, suicides...). Parallèlement, alors que l'ensemble des soins est accessible à tous les citoyens, de profondes inégalités de santé, sociales, géographiques ou associées aux handicaps perdurent. Ces trois types d'inégalités sont liés, sans que l'on puisse établir des relations de cause à effet simples. Deux caractéristiques de notre système de santé peuvent contribuer à cette situation. D'une part, les ressources allouées à la demande spontanée de soins (approche individuelle) sont bien plus élevées que celles attribuées à l'approche populationnelle (où les questions de santé sont appréhendées par des éléments communs à la population ou à un groupe de la population, comme, par exemple, le dépistage du cancer du sein). D'autre part, la grande dispersion des acteurs et des compétences de notre système de santé multiplie les initiatives sans garantir d'efficacité.

Petite histoire de la prévention

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

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

Une loi de restructuration nationale de la santé publique

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

Une mise en cohérence des politiques régionales de santé publique

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

(Re)structuration des acteurs de la prévention

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

Dispositifs législatifs et prévention en Région

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

Contactez-les

→ Acteurs

Espace Régional de Santé Publique (ERSP)
Directeurs : Claude Bouchet, Patrick Dessez, Olivier Guye
tél : 04 72 10 94 37
www.ersp.org
Fondé en janvier 2000, l'ERSP est issu du partenariat de trois associations régionales de santé publique aux fonctions complémentaires :
- le CRAES-CRIPS (Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé - Centre régional d'information et de prévention du sida),
- le Centre Jean Bergeret (Centre régional de prévention des conduites à risques),
- l'ORS (Observatoire régional de la santé).

Informez-vous

→ Acteurs

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

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

→ Sites et médias

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

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

Approfondissez sur millenaire3.com

→ Interviews

Vincent Marsala
Médecin Inspecteur Régional, Chef de Projet du Plan Régional de Santé Publique, DRASS. Entretien réalisé par Laure Bornarel le 20 juillet 2005.
« La Loi du 9 août 2004 donne les moyens d'élaborer une véritable politique régionale en mutualisant les ressources dans le respect des compétences et préoccupations de chacun. »

Jean-Louis Terra
Psychiatre, chef de service à l'Hôpital du Vinatier. Entretien réalisé le 26 août 2003 par Laure Bornarel.
« Le suicide est envisagé non pas comme une volonté de mourir en tant que telle, mais comme une solution à l'arrêt de ses souffrances."

Jean-François Vallette
Association AIDES Alcool. Entretien réalisé par Laure Bornarel, le 19 novembre 2003.
« L'enjeu de la prévention est aussi d'agir sur les facteurs de risques dégagés par le système qui peuvent se surajouter aux propres facteurs de vulnérabilité de l'individu. »