

## État des lieux des dépistages et des examens systématiques prévus par des mesures législatives ou réglementaires en France

### *Inventory of systematic examinations and screenings provided for by legislative or regulatory measures in France*

Oberlé D<sup>1</sup>, Borg F<sup>2</sup>, Bourdillon F<sup>3</sup>

#### Résumé

**Objectifs :** Aucun document ne permettait d'avoir une vue générale des dispositifs de dépistages, d'examens systématiques et d'actes de prévention et d'en apprécier la cohérence, l'efficacité mais aussi les manques. L'objectif était de présenter une vue d'ensemble des dépistages et des examens systématiques prévus par des mesures législatives et réglementaires.

**Méthodes :** Cette étude s'est faite en trois phases : une phase de repérage et de recensement des mesures législatives et réglementaires, une phase de constitution d'un répertoire de fiches signalétiques ; une dernière phase a consisté à compléter et valider le contenu du répertoire avec l'aide d'experts de chacun des domaines.

**Résultats :** Les données concernant les différents dépistages ont été regroupées dans un tableau de synthèse qui reprend les différentes classifications possibles.

**Conclusions :** L'analyse des données met en lumière une complexité importante et un émiettement des mesures de dépistage en France. Il apparaît central, dans une réflexion sur l'organisation et la mise en place des dépistages en France, d'apprécier les bénéfices de chaque dépistage, mais aussi de les considérer les uns par rapport aux autres. Il est fondamental d'avoir une vision globale sur les dépistages intégrant les différentes logiques par populations, par pathologies et de bien identifier les différents opérateurs de ces dépistages.

**Rev Med Ass Maladie 2006;37(2):109-116**

**Mots-clés :** dépistage ; examen systématique ; examen de santé ; examen périodique, facteur de risque ; prévention ; prévention secondaire ; santé publique.

#### Summary

**Aims:** There were no documents giving a general view of the mechanisms for screenings, systematic examinations and preventive acts or assessing coherency, effectiveness or indeed gaps. The objective was thus to present an overall view of the screenings and systematic examinations provided for by legislative and regulatory measures.

**Methods:** This study was conducted in three stages: the first involved identifying and listing the legislative and regulatory measures, the second, drawing up an index of data sheets, and the final stage, completing and validating the contents of the index with assistance from experts in each of the fields.

**Results:** The data concerning the various screenings has been organised into a summary table presenting the different classifications possible.

**Conclusions:** The data analysis sheds light on highly complex and dispersed screening measures in France. It seems essential, when giving thought to the organisation and establishment of screenings in France, to assess the benefits of each screening and to consider each one in relation to another. It is fundamental to have an overall view of the screenings integrating the various interpretations per population and illness and to identify the different operators of these screenings.

**Rev Med Ass Maladie 2006;37(2):109-116**

**Key words:** screening; systematic examination; health examination; periodic examination; risk factor; prevention; secondary prevention; public health.

<sup>1</sup> Délégué général de la Société française de santé publique jusqu'en décembre 2004.

<sup>2</sup> Délégué général adjoint de la Société française de santé publique jusqu'en septembre 2004.

<sup>3</sup> Président de la Société française de santé publique.

Adresse pour correspondance : Société française de santé publique, 2 rue du Doyen Jacques-Parisot, BP 7, F-54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex.  
Daniel Oberlé, Pratiques en santé, 123 ter rue Jean-Jaurès, F - 54230 Neuves-Maisons.

e-mail : [accueil@sfsp.info](mailto:accueil@sfsp.info)  
[do@pratiquesensante.info](mailto:do@pratiquesensante.info)

## INTRODUCTION

La période actuelle est marquée par une forte évolution du champ de la prévention secondaire [1]. Nous assistons à la généralisation de certains dépistages jusqu'alors réalisés à titre expérimental, comme par exemple, en janvier 2004, celui du dépistage du cancer du sein. Forte évolution aussi du questionnement sur son organisation : la médecine ambulatoire commence à trouver sa place dans la réalisation de ces mesures<sup>1</sup>. Forte évolution enfin par une volonté de rendre ces mesures plus efficaces [2, 3] face à leur multiplicité et au manque de lisibilité d'ensemble pour les usagers. Pour autant ces évolutions ne doivent pas faire oublier que l'organisation et la mise en place de chaque mesure répondent souvent à des problématiques particulières, et ne peuvent être uniformisées sans en connaître auparavant les logiques propres.

Les mesures dites de dépistages ou d'examen systématiques sont nombreuses. Toutefois, à ce jour aucun document n'est disponible pour permettre une vue de l'ensemble de ces dispositifs et pour en apprécier la cohérence, l'efficacité mais aussi les manques.

A la demande du Conseil scientifique de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la Société française de santé publique (SFSP) a réalisé un répertoire de fiches [4] présentant ces dispositifs afin de mieux cerner le "qui fait quoi, pour qui et pourquoi ?" L'objectif de cet article est de présenter une vue d'ensemble des dépistages et des examens systématiques prévus par des mesures législatives et réglementaires.

## MÉTHODE

Un premier travail a été réalisé en deux phases : une phase de repérage et de recensement des mesures législatives et réglementaires, et une phase de constitution du répertoire.

Une deuxième étape du travail a consisté à compléter et valider le contenu du répertoire avec l'aide d'experts de chacun des domaines, à fixer définitivement le périmètre des mesures retenues et à formuler des conclusions et perspectives à ce travail.

### 1. Repérage et recensement

Il s'est agi d'une double recherche : une recherche bibliographique et une recherche juridique. Afin d'enrichir ces deux recherches et de vérifier les précédentes étapes, la SFSP a sollicité les acteurs de santé publique de son réseau.

La recherche bibliographique a consisté en une interro-

gation de deux bases de données : la Base de données en santé publique (BDSP)<sup>2</sup> et la base bibliographique Medline<sup>3</sup>.

Les termes d'interrogation de ces bases de données ont été les suivants : "dépistage", "examen ET sante", "examen ET prevention".

La recherche juridique s'est faite sur l'ensemble des textes de la base de données Legifrance<sup>4</sup>.

La recherche par sollicitation du réseau a permis d'élargir encore le recensement. En effet, la seule recherche juridique telle qu'elle a été effectuée, n'a pas permis de prendre en compte des mesures mises en place par simple circulaire ou, ce qui est le cas pour une partie du droit social, des mesures prévues par conventions.

### 2. Constitution du répertoire

Cette phase a consisté à délimiter le champ du répertoire, notamment par un premier travail de définition, à déterminer le contenu du répertoire par sélection d'items, et à effectuer un premier travail de recueil des données pour chaque fiche. Afin d'inscrire ce travail dans une perspective internationale, les définitions choisies sont celles du glossaire européen en santé publique [5, 6].

*Examen de santé* : Evaluation de l'état de santé d'un individu par un entretien, des examens médicaux et/ou complémentaires en vue d'identifier une maladie ou un facteur du risque jusqu'alors inconnu ou pour évaluer les conséquences sur la santé de la progression d'une maladie déjà reconnue ou d'un facteur de risque.

*Dépistage* : Recherche de détection de maladies asymptomatiques, d'anomalies ou de facteurs de risque par simples tests, examens ou autres procédures, rapidement appliqués sur une grande échelle. Le test de dépistage détecte les personnes apparemment en bonne santé qui sont probablement atteintes par la maladie visée ou ont un facteur de risque. Le dépistage ne constitue pas un diagnostic. Les personnes avec un résultat positif ou douteux doivent bénéficier d'un examen de santé pour déterminer le diagnostic et le traitement.

*Prévention secondaire* : Actions visant à la détection et au traitement précoces d'une maladie ou d'un problème de santé. La prévention secondaire consiste à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes.

Le caractère juridique des mesures (législatif et réglementaire) a été élargi afin d'intégrer les éléments conventionnels (droit du travail et droit de la sécurité sociale). Ces éléments ont permis dans un premier temps de délimiter le champ d'étude. Une première liste

<sup>1</sup> Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JO du 11 août 2004.

<sup>2</sup> <http://www.bdsp.tm.fr>

<sup>3</sup> <http://www.pubmed.gov>

<sup>4</sup> <http://www.legifrance.gouv.fr>

Tableau I  
Critères auxquels doivent répondre les dépistages, selon l'Organisation mondiale de la santé (1970) [7]

1. La maladie dont on cherche les cas doit constituer une menace grave pour la santé publique
2. Un traitement d'efficacité démontrée doit pouvoir être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée
3. Les moyens appropriés de diagnostic et de traitement doivent être disponibles
4. La maladie doit être décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique
5. Une épreuve (ou un examen de dépistage) efficace doit être disponible
6. L'épreuve utilisée doit être acceptable pour la population
7. L'histoire naturelle de la maladie doit être connue, notamment de la phase de latence à la phase symptomatique
8. Le choix des sujets qui recevront un traitement doit se faire selon des critères préétablis
9. Le coût de la recherche des cas (y compris de diagnostic et de traitement des sujets jugés malades) ne doit pas être disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux
10. Une continuité dans la recherche de cas doit être assurée, le dépistage ne doit pas être considéré comme une opération exécutée « une fois pour toutes »

a été discutée car l'étude a montré que certaines mesures n'avaient qu'une existence formelle et ne faisaient pas l'objet réellement d'une politique publique de dépistage.

Les déclarations d'intention n'ont pas été retenues en considérant que les mesures de dépistages devaient donc être administrativement organisées pour être intégrées dans le répertoire.

Afin de permettre de sélectionner un contenu pour chaque fiche, il a été utile de déterminer des items identiques pour chaque dépistage. Cette constitution des fiches intègre à la fois les critères fixés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (tableau I) [7], et des items permettant de déterminer et de comprendre l'organisation et l'évaluation du dépistage.

### 3. Validation et complément

Une interrogation d'experts sur chacune des mesures retenues initialement a permis à la fois de compléter les fiches, mais aussi de les valider. Cette interrogation a surtout limité le répertoire en excluant définitivement certaines mesures hors du champ de l'étude, ou en regroupant certaines fiches.

Dans le répertoire, des références bibliographiques sont associées à chaque fiche [4].

## RÉSULTATS

Les données du répertoire concernant l'organisation des dépistages ont été regroupées dans un tableau de

synthèse (tableau II). Le tableau classe les mesures selon plusieurs critères : dépistage généraliste ou pathologie ciblée, population générale ou population ciblée, selon les tranches d'âge, selon le caractère systématique ou non, obligatoire ou proposé, selon les structures en charge de la mesure, et enfin en fonction du financement. Vingt mesures de dépistage sont décrites. Le rapport de la SFSP qui présente le répertoire des références bibliographiques [4] reprend pour chacune des mesures sa date de mise en place, la population concernée, les textes de référence, la structure réalisant le dépistage, les modalités de financement, les arguments scientifiques, les suites à donner au dépistage, les procédures de suivi, l'existence d'une évaluation et enfin une courte bibliographie.

### 1. Mesures à vocation généraliste (pathologie non ciblée)

Sur les 20 mesures étudiées, cinq ont une vocation généraliste, c'est-à-dire qu'elles ne ciblent pas une pathologie particulière :

- Les examens périodiques de santé mis en place en 1946. Ils concernent tous les assurés sociaux. Toutefois, l'arrêté du 20 juillet 1992<sup>5</sup> fixe des priorités sur certains publics : ayants droit inactifs âgés de plus de seize ans, demandeurs d'emploi et leurs ayants droit, personnes affiliées à l'assurance personnelle et leurs ayants droit, titulaires d'un avantage de retraite ou de préretraite et leurs ayants droit, autres assurés inactifs et leurs ayants droit, populations exposées à des risques menaçant leur santé définies par le FNPEIS.

<sup>5</sup> Arrêté 1992-07-20 du 20/07/92 relatif aux examens périodiques de santé (JO du 19/09/92).

Tableau II  
Synthèse des dépistages, examens systématiques et actes de prévention prévus par des mesures législatives et réglementaires en France (2005)

	Pathologie ciblée (C) ou non (G)	Population ciblée (C) ou non (G)	Âges ciblés ou non (G)	Mesure systématique (S) ou non (N)	Mesure obligatoire (O) ou proposée (P)	Structure d'exécution : médecine de ville (V), structure spécialisée (S), mixte (M)	Financement : Etat (E), Assurance maladie (AM), autre (A), multiple (M)
Examens périodiques de santé	G	G	G	-	P	M	AM
Médecine scolaire - Examens médicaux périodiques - Visite médicale 6 <sup>e</sup> année, élèves de 3 <sup>e</sup> - fin de cycle primaire en ZEP	G	C	5 - 6	S	O	S	E
Jeunes en formation	G	C	16 - 25	N	P	S	AM
Visite médicale d'embauche, visite médicale périodique	G	C	G	S	O	S	A
Surveillance médicale spéciale et surveillance médicale particulière (médecine du travail) - Surveillance renforcée	C	C	Multiplés	S	O	S	A
Certificats médicaux pré-nuptiaux	C	C	- 50	S	O	V	AM
Diagnostic prénatal - examens prénatals	C	C	G	S	O	M	M
Examens néonataux	C	C	- 8 semaines	S	O	M	AM
PMI : certificats de santé 8 <sup>e</sup> jour, 9 <sup>e</sup> mois, 24 <sup>e</sup> mois	G	C	- 6 ans	S	O	M	M
Dépistage organisé cancer du sein	C	C	50 - 74	S	P	S	M
Dépistage cancer de l'utérus, frottis cervico-utérin	C	C	50 - 69	S	P	M	M
Dépistage cancer colo rectal	C	C	50 - 74	S	P	V	M
Dépistage hépatite C	C	C	G	N	P	M	M
Dépistage diabète de type 2	C	C	G	N	P	M	M
Repérage du saturnisme	C	C	Multiplés	S	P	M	M
Dépistage de la tuberculose	C	C	G	S	O	S	M
Dépistage hépatite B	C	C	G	N	P	M	M
Dépistage VIH	C	G	G	N	P	M	M
Dépistage dans le cadre des dons du sang et d'organes	C	G	G	S	O	S	E
Bilan bucco-dentaire	C	C	13 - 18	S	P	V	AM

- La visite médicale de la sixième année, et la visite des élèves de troisième.
- Les jeunes en formation. Cette mesure concerne les jeunes de 16 à 25 ans engagés dans un parcours d'insertion, sortis du système scolaire sans qualification. Visite médicale d'embauche. Il s'agit de limiter les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail et de dépister des pathologies (bilan de santé généraliste).
- Les examens de santé du huitième jour, neuvième mois et 24<sup>e</sup> mois. Ils sont obligatoires.

L'orientation médico-sociale des mesures généralistes est un élément fort de justification de mesures de prévention de ce type pour l'ensemble des professionnels.

## 2. Mesures concernant la population générale ou une population cible

Trois dépistages concernent la population générale. Il s'agit des examens périodiques de santé proposés par l'Assurance Maladie, du dépistage du VIH et des dépistages dans le cadre des dons de sang et d'organe. Toutefois, comme nous l'avons vu, l'Assurance maladie oriente ces examens en direction des publics ayant le moins accès aux soins.

## 3. Examens par tranche d'âge

Huit mesures sur 19 concernent une tranche d'âge particulière. Elles concernent deux grandes catégories : les enfants et les plus de 50 ans.

Pour les jeunes, il existe trois mesures de dépistage : la visite de la sixième année, le bilan bucco-dentaire entre 13 et 18 ans (un élargissement conventionnel vers la tranche d'âge de six à 18 ans est en cours), la visite des jeunes en formation.

Pour les plus de 50 ans, il s'agit de dépistages ciblés sur une pathologie (cancers du sein, de l'utérus, colo-rectal). Il est à noter que les examens périodiques de l'Assurance maladie sont également découpés par tranche d'âge qui constituent une périodicité et que le certificat prénuptial prévoit un plafond d'âge (les moins de 50 ans pour les femmes).

## 4. Mesures systématiquement proposées ou non

Il s'agit ici d'identifier les dépistages qui sont systématiquement proposés à la population de référence. Le cas de l'examen périodique de l'Assurance maladie n'est pas pris en compte ici dans la mesure où, selon les régimes, il est systématisé (Mutualité sociale agricole), inexistant (fonctionnaires) ou variable (régime géné-

ral). Sur les 19 mesures, 14 sont systématiquement proposées. Il est à noter que les mesures non systématiquement proposées concernent des publics très ciblés (jeunes en formation) ou une pathologie fréquente (diabète) ou certaines pathologies infectieuses (VIH, hépatites B et C). Ceci n'empêche pas que le dépistage d'une pathologie infectieuse soit systématique, par exemple chez les personnes ayant été en contact avec un tuberculeux.

## 5. Mesures obligatoires ou mesures proposées

L'obligation est donc bien considérée du point de vue de l'utilisateur et non de la structure. Il est à préciser que cette obligation n'exclut pas la possibilité pour l'utilisateur, dans certains cas, de refuser l'examen. Sur les 20 mesures étudiées, neuf peuvent être considérées comme obligatoires : visite de la sixième année, visite d'embauche, médecine du travail, certificats prénuptiaux, examens prénatals, néonataux, certificats du huitième jour, neuvième mois et 24<sup>e</sup> mois, le dépistage de la tuberculose et le dépistage des dons du sang.

## 6. Structures réalisant le dépistage

Cette classification permet de repérer les structures ayant en charge une mesure préventive de dépistage hormis le rôle de coordination des mesures, et notamment si la mise en œuvre de la mesure est assurée par le secteur ambulatoire de droit commun, ou par une structure spécialisée dépendant d'un service public. Cette classification reste nuancée car certaines mesures complexes peuvent impliquer à la fois une structure spécialisée et une structure de médecine de ville (par exemple pour des analyses complémentaires, la structure réalisant le dépistage peut faire appel à un laboratoire d'analyse ou un cabinet de radiologie du secteur ambulatoire). Le critère de classification a été la notion d'opérateur principal de l'examen. Neuf examens sont réalisés par des structures spécialisées, deux en médecine ambulatoire et neuf soit par l'un, soit par l'autre, soit en commun. Les seules mesures réellement déléguées au secteur de ville sont le bilan bucco-dentaire et les certificats prénuptiaux. Toutefois, concernant les examens périodiques de l'Assurance-maladie, le régime agricole les a organisés autour de la médecine de ville.

## 7. Financement

La question du financement reste floue. Hors des actes et des accords passés par l'Assurance maladie avec des professionnels ou des associations, et hors des cas d'examens relevant d'un autre droit que celui de la

santé ou de la sécurité sociale (éducation ou travail), de nombreuses mesures sont financées par de multiples canaux de subventionnement (Assurance maladie, budget de l'Etat et budgets des collectivités territoriales). Ceci s'explique par un partage de compétences et de responsabilités, souvent complexe, en matière de mesures de prévention. C'est notamment le cas pour les dépistages de pathologies les plus récents. Cinq mesures sont prises en charge par l'Assurance maladie, une par le budget de l'Education nationale, une par le budget de la santé et deux par les employeurs. Les autres sont des mesures financées de manière mixte. Bien entendu les dépistages les plus récents, dont la mise en place est encore en cours d'élaboration, doivent encore prouver leur efficacité. Ils sont financés en partie sur des subventions. Cela signifie qu'une formalisation des procédures de dépistage et leur généralisation nécessiteront une clarification des responsabilités et des financements.

## DISCUSSION

### 1. Les limites de notre étude

Certaines mesures ont été exclues de notre étude car elles ne constituaient pas à proprement parler des mesures de prévention mais des actes consécutifs au traitement ou au suivi d'une pathologie existante. Il s'agit de la visite médicale de contrôle suite à accident du travail ou maladie professionnelle et de l'examen spécial périodique pour ALD ou interruption de travail continu supérieur à une durée déterminée, tous deux prévus par le code du travail.

Dans le même ordre d'idée, les certificats pour pratique sportive ont été retirés du répertoire. S'ils ne sont pas consécutifs à une pathologie, ils sont liés à l'exercice d'une activité et ne sont ni organisés comme une mesure de prévention de santé publique, ni évalués. La question du déremboursement de cette mesure abonde en ce sens.

L'examen bucco-dentaire de prévention a été retiré du répertoire pour la simple raison que cette mesure n'est que très partiellement appliquée et n'a qu'une existence juridique dans le code de la santé publique<sup>6</sup>.

Le dépistage de l'obésité et le dépistage du cancer de la prostate ont été retirés car ils sont encore expérimentaux.

Une mesure a été intégrée à une autre. Il s'agit du dépistage des troubles du langage prévu dans les examens médicaux périodiques de santé scolaire à l'âge de six ans.

La fiche sur les examens médicaux périodiques (méde-

cine scolaire et universitaire) a été retirée car la seule visite réellement organisée est l'examen des six ans [8]. Les bilans périodiques aux âges ultérieurs ne diffèrent pas dans l'organisation de l'examen des six ans, et ne sont pas uniformément et systématiquement organisés pour l'ensemble de la population concernée (les élèves). Ils font l'objet de recommandations pour les élèves des classes de troisième et pour les élèves en fin de cycle primaire en zone d'éducation prioritaire dans la circulaire n° 2001-012/013/014 du 12-1-2001 relative à l'organisation de la médecine scolaire. Les bilans prévus pour les étudiants dans le cadre de la médecine universitaire ne sont que rarement réalisés.

La question des infections sexuellement transmissibles autres que le sida ou les hépatites n'ont pas fait l'objet d'une fiche particulière. Il s'agit plutôt de campagnes de prévention-dépistage organisées de manière ponctuelle en fonction de la recrudescence de ces maladies (comme la syphilis), sur des publics ciblés.

Enfin, la procédure des maladies à déclaration obligatoire est une mesure de surveillance épidémiologique ; seules certaines de ces maladies [9, 10] ont fait l'objet d'une fiche du répertoire (VIH, tuberculose et saturnisme).

### 2. Interprétation des résultats

La catégorisation des différentes mesures reste délicate à effectuer. Elles ont toutes une histoire différente et des justifications médicales et sociales particulières. En effet, il n'est pas possible de conclure que toutes les mesures généralistes sont organisées par des structures spécialisées alors que les mesures ciblées sur une pathologie dépendent de la médecine de ville. Ainsi, une mesure peut concerner l'ensemble de la population et pour autant être réalisée dans un cabinet de médecine de ville (examens de santé de la Mutualité sociale agricole) alors que la même mesure pour un autre régime sera réalisée par une structure spécialisée (Centres d'examen de santé de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés).

Une interrogation de notre réseau européen, par l'intermédiaire de l'*European public health association*, n'a pas permis d'identifier de travaux de recensement fédérateurs dans l'un des pays de l'Union Européenne. Les informations sont très dispersées en fonction des thématiques ou des publics.

Si la catégorisation reste complexe, une tendance peut être dégagée : globalement, sur la base de l'historique des mesures de dépistage et de prévention, le système français a évolué, dans les années 50, d'une série d'examen de santé généralistes en fonction de catégories

<sup>6</sup> Article L2132-2-1 du code de la santé publique.

socio-professionnelles et de tranches d'âges, vers une coexistence de multiples dépistages en fonction de pathologies. L'organisation des mesures est ainsi passée d'une vision universelle de l'individu à différents moments de sa vie à une volonté de réduire l'incidence de pathologies sur la population. En général, les critères scientifiques, et notamment les critères de l'OMS, sont beaucoup plus lisibles dans les secondes situations que dans les premières.

Cette évolution peut s'expliquer à la fois par la chronicisation des maladies durant ces 30 dernières années (du fait de la conjonction de l'évolution des technologies médicales et du vieillissement de la population), et par l'augmentation de la sensibilité de la population et de ses représentants (association de malades) à diverses maladies. Le souhait de réduction de certains risques particuliers [11] se fait plus pressant à la fois par la volonté de la population, mais aussi par certaines professions médicales en quête de la justification de l'importance de leur domaine d'activité. Il ne s'agit pas ici de discuter de la justification d'un dépistage mais de se poser la question de son organisation en sus des examens de santé déjà existants.

Cette évolution entraîne une multiplication des mesures de dépistages et de prévention ayant trois conséquences révélées par le répertoire.

- Les examens de santé à vocation généraliste et répartis sur l'ensemble de la vie d'une personne sont en perte de mobilisation sur leur avenir. Cette question est d'autant plus forte qu'elle est couplée à une réflexion sur la rationalisation des coûts ; celle-ci touche forcément les examens qui semblent plus coûteux par rapport au bénéfice (notamment lorsque le bénéfice est médico-social). L'exemple du passage de 12 mois à 24 mois pour la visite médicale périodique dans le cadre du contrat de travail<sup>7</sup> est le plus significatif. Cette évolution ne résout pas les incohérences existant depuis l'origine avec la non application partielle des mesures ou notamment l'absence de couverture effectuée sur l'ensemble de la vie, ou d'application variant selon les catégories socio-professionnelles de la population. Ainsi, les fonctionnaires et les étudiants ne sont quasiment pas pris en compte dans les bilans de santé.

Dans un autre domaine, il n'existe pas, dans les faits, d'examens systématiques pour les enfants et adolescents au-delà de six ans, à l'exception du bilan bucco-dentaire [12]. Les questions sanitaires liées à la sexualité, préoccupantes pour cette tranche d'âge, ne seront abordées qu'à l'âge du mariage (âge non prédéterminé), ou lors de la consultation pour le certificat pré-

nuptial, alors même qu'aucune réflexion n'existe sur cette mesure. Un débat sur les priorités de santé pourrait être posé dans ce cas, comme sur l'ensemble des nouvelles mesures mises en œuvre. Ainsi, il ne s'agit pas seulement de considérer le bénéfice d'une nouvelle mesure au regard de la seule pathologie dépistée, mais bien de considérer tout nouvel examen de prévention en fonction d'un existant et de se poser la question de savoir si un dispositif existant ne peut être intégrateur.

- Les structures de dépistages et d'examens de santé se multiplient. Chaque pathologie est traitée par une structure spécialisée différente. En termes médicaux et de prise en charge, cette multiplication est nécessaire afin de prendre en compte la complexité de chaque pathologie. En terme de circuit organisationnel, cette multiplication conduit à une illisibilité juridique, pour les usagers et pour les pouvoirs publics tant dans l'organisation et le financement que l'amélioration du service rendu aux usagers.
- La multiplication des structures pose un problème de maîtrise de l'évaluation de chaque dépistage et donc d'estimation du bénéfice de chaque mesure. Le phénomène de justification de l'activité d'une structure par la justification de l'existence d'un problème est amplifié par la multiplication des structures, surtout si celles-ci tiennent leur existence d'une forte mobilisation pour faire reconnaître à l'origine un problème de santé comme étant du domaine de la santé publique.

La mise à plat des différentes mesures, met en lumière une complexité importante et un émiettement des mesures. Sans tomber dans le travers de la globalisation, il est central, dans une réflexion sur ces mesures, de ne pas s'arrêter au bénéfice de chacune séparément, mais bien de les considérer les unes par rapport aux autres, en détachant *a priori* ce débat des capacités structurelles de prise en charge. Afin d'éviter l'écueil d'un débat de santé publique où s'affronteraient des logiques trop rationalisées face à des logiques d'intérêts intuitionnels, il est utile de l'organiser après avoir mesuré l'ensemble des enjeux, et ceci d'autant plus s'il s'agit d'envisager la mise en place de nouvelles mesures.

---

## RÉFÉRENCES

1. Gerbaud L. *La prévention*. In Pomey MP, Poullier JP, Lejeune B, eds. *Santé publique*. Paris : Ellipses ; 2000.

<sup>7</sup> Décret n° 2004-760 du 28/07/04.

2. Boissel JP, Brodin M, et le conseil scientifique de la CNAMTS. *Réflexions sur la mise en place d'une procédure de dépistage*. *Rev Med Ass Maladie* 2004;259-65
3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ?*. Paris : ANAES ; mai 2004.
4. Oberlé D, Borg F. *Etat des lieux des dépistages, des examens systématiques et des mesures de prévention prévus par des mesures législatives ou réglementaires*. Nancy : Société française de santé publique ; 2004. <http://www.sfsp.info/sfsp/infos/documents/rap-depistage.pdf> [consulté le 18 mai 2006].
5. Rush E. *Glossaire des termes de santé publique internationaux*. *ADSP* 2003;43(3):4-6.
6. Rush E, ed. *400 concepts de santé publique et de promotion de la santé*. Paris : Département de Santé Publique - Paris VII. <http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/> [consulté le 2 avril 2004].
7. Wilson JMG, Jungner G. *Principes et pratique du dépistage des maladies*. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1970.
8. Ministère de l'Éducation nationale. *Politiques de santé en faveur des élèves, Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves*. Paris : Bulletin officiel du ministère de l'éducation nationale et du ministère de la recherche, spécial n°1 ; 25 janvier 2001.
9. Bretin P, Lecoffrè C, Salines G. *Saturnisme de l'enfant mineur, une nouvelle dynamique pour la surveillance*. *BEH* 2004;8.
10. Association pour le développement de l'épidémiologie en Aquitaine, Institut d'épidémiologie de santé publique et de développement, eds. *La tuberculose en France en l'an 2000. Actes du colloque ; 17 novembre 2000 ; Bordeaux (France)*.
11. Eval. *Expertise de la littérature sur les examens systématiques de santé et propositions pour l'avenir*. Paris : Eval, rapport d'étude ; 1998.
12. Gonzalez B, Chaslerie A, Bouchat C, Castel MH, Dumais T, Gillaizeau P et al. *Prévention bucco-dentaire, Evaluation médicale du dispositif conventionnel dans la région des Pays de la Loire*. *Rev Med Ass Maladie* 2001;32:19-26.