

<b>ANNEXE 1 :</b> <b>LA PREVENTION : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales</b>
---

La prévention fait partie de ces concepts dont nous avons tous une connaissance intuitive mais qui finalement pose des difficultés dès lors qu'il s'agit d'en livrer une définition précise. Aussi, la présente annexe a pour ambition d'apporter un éclairage sur ce qu'est la prévention, non seulement telle qu'elle est appréhendée sur le plan national mais aussi sur le plan international.

Après avoir passé en revue les principales acceptions de la prévention (I), il conviendra de démontrer à l'appui des constats de la mission en quoi la prévention demeure cantonnée à une place subsidiaire dans le système français alors que les enjeux sont de plus en plus importants (II). Puis, afin de bénéficier des riches enseignements que peut apporter cet exercice, la prévention sera abordée de manière comparée (III).

### **I. La prévention : un concept aux acceptions variées**

Parmi les différentes conceptions dont la prévention fait l'objet, certaines ont retenu plus particulièrement l'attention de la mission et l'ont guidée dans l'élaboration de la définition de la prévention qu'elle a souhaité se forger. Aussi, ces différentes acceptions de la prévention seront explicitées ci-après, avant de préciser la définition retenue par la mission.

#### **A. La prévention selon l'OMS (1948): une classification selon le stade de la maladie**

C'est au travers de la définition de la santé que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) livra dès 1948 que s'est dessinée dans le même temps une nouvelle conception de la prévention. En effet, pour l'OMS, la santé doit se définir non seulement comme « *l'absence de maladie ou d'infirmité, mais aussi comme un état de complet bien-être physique, mental, social* ». En outre, considérant plus précisément que « *la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* », l'OMS distingua 3 types de prévention, qu'elle qualifia de *primaire, secondaire ou tertiaire* et qui correspondent en fait à des états successifs de la maladie. Ainsi, cela va des moyens à mettre en œuvre pour empêcher l'apparition des pathologies jusqu'à leur thérapeutique, et éventuellement, la réinsertion sociale des malades.

##### **1. Avant l'apparition de la maladie : la « prévention primaire »**

L'OMS réunit sous ce vocable de « *prévention primaire* » l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence<sup>1</sup> d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en termes environnementaux ou sociétaux.

---

<sup>1</sup> L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminées. Aussi, l'incidence est un critère majeur à prendre en considération pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition d'une pathologie.

## Rapport Flajolet

### Annexe1

#### La prévention : définitions et comparaisons

### **2. Au tout début de la maladie : la « prévention secondaire »**

Le but de la prévention secondaire est de diminuer la prévalence<sup>2</sup> d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. Dans cette optique, le dépistage – dans la mesure où il permet de détecter une atteinte ou la présence de facteur de risque – trouve toute sa place au cœur de la prévention secondaire. A côté du dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d'éviter la progression de la maladie sont des composants tout aussi essentiels de la prévention secondaire.

### **3. Une fois la maladie installée : la « prévention tertiaire »**

Enfin, l'OMS envisage une « prévention tertiaire » qui intervient à un stade où il importe de « *diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population* » et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. En d'autres termes, il s'agit d'amoindrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Par ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique.

### **B. La prévention bio-médico-administrative (vaccins, radars, etc.)**

La prévention bio-médico-administrative relève d'une conception large de la prévention qui dépasse les limites du domaine strictement sanitaire. En effet, il convient de regrouper sous ce vocable non seulement les moyens et actions de prévention tels que les vaccins mais aussi les radars sur les routes. Ainsi entendue, cette prévention bio-médico-administrative constitue le noyau dur de la vision intuitive que chacun a de la prévention.

### **C. La prévention selon RS. Gordon (1982): une classification sur la population cible**

A l'instar de l'OMS, RS. Gordon établit en 1982 une classification de la prévention en 3 parties. Cependant, là où l'OMS établissait une distinction fondée sur le stade de la maladie, RS Gordon prit appui sur la population cible des actions de prévention mises en œuvre. Ainsi, il distingua : *la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention ciblée.*

- *La prévention universelle* est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Fait donc partie intégrante de cette acception de la prévention le champ dit de « l'éducation pour la santé » qui insiste notamment sur les grandes règles d'hygiène.
- *La prévention sélective* s'exerce en direction de sous-groupes de population spécifiques : automobilistes, travailleurs du bâtiment, jeunes femmes, hommes de plus de 50 ans, population défavorisée, etc. Ainsi, des campagnes telles que la promotion de la ceinture de sécurité, la promotion de l'activité physique ou encore de la contraception constituent des exemples d'actions de prévention sélective.

---

<sup>2</sup> La prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Pour une affection donnée, elle est calculée en rapportant à la population totale, le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population (que le diagnostic ait été porté anciennement ou récemment). La prévalence est une proportion qui s'exprime généralement en pourcentage.

## Rapport Flajolet

### Annexe1

#### La prévention : définitions et comparaisons

- *La prévention ciblée* est non seulement fonction de sous-groupes de la population mais aussi et surtout fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques à cette partie bien identifiée de la population (glycosurie chez les femmes enceintes, cinquantenaires hypercholestérolémiques...)

#### **D. Vers une prévention globale ? La proposition du Professeur San Marco : une prévention fondée sur l'anticipation positive grâce à la participation du sujet**

Partant des avantages et des inconvénients des différentes conceptions de la prévention exposées supra, le professeur San Marco proposa une définition de la prévention qui se veut globale et active dans la mesure où cette prévention serait fondée sur une anticipation positive grâce à la participation de chacun.

En outre, il est à noter que la conception de la prévention du professeur San Marco reprend bon nombre d'éléments de la définition de RS Gordon mais en s'en éloignant parfois en fonction des inconvénients que cette dernière présentait à ses yeux. Ainsi, cette prévention globale se veut universelle, avec une grande place accordée à l'éducation pour la santé. Elle est aussi sélective, mais dans l'esprit du Professeur San Marco au-delà de groupes spécifiques, cette prévention sélective tient aussi compte de la présence de facteurs de risque<sup>3</sup>. Enfin, cette prévention globale s'entend comme une prévention ciblée dont le professeur San Marco livre une définition plus large que RS Gordon : ne se limitant pas à l'existence de facteurs de risque, dans cette nouvelle acception, la prévention ciblée est plus largement une prévention destinée aux malades. Elle correspond alors à l'éducation thérapeutique<sup>4</sup>. En fait dans tous les cas, la différence essentielle avec les classifications exposées jusque là repose sur l'affirmation de la recherche de « *la participation de chacun à la gestion de sa santé, quel qu'en soit le niveau* »

Certes, une telle conception de la prévention n'est à l'heure actuelle pas (encore) reconnue par les autorités. Néanmoins, compte tenu des avantages qu'elle présente objectivement, à savoir le fait d'être globale, positive, et donc potentiellement mobilisatrice, la mission confiée au député André Flajolet a retenu une définition de la prévention qui prend largement appui sur la conception novatrice du Professeur San Marco.

#### **E. La définition retenue par la mission**

##### **Une définition de la «prévention globale» entendue comme la gestion de son capital santé**

Gestion active et responsabilisée par la personne de son capital santé dans tous les aspects de la vie. L'action de promotion de la santé, de prévention des maladies ou d'éducation thérapeutique est déclenchée par un ou des professionnels. Une participation active de la personne, ou du groupe ciblé, est systématiquement recherchée.

Quatre actions types sont retenues pour une «prévention globale» :

- par les risques, qui est celle mise en œuvre actuellement et concerne le champ sanitaire ;
- par les populations, dans une logique d'éducation à la santé entendue globalement ;
- par les milieux de vie, qu'il s'agit de rendre sains et favorables ;
- par les territoires, pour bénéficier de la connaissance et de la proximité du terrain et des populations.

<sup>3</sup> Ainsi élargie, la prévention sélective telle que définie par le Professeur San Marco incluse la notion de prévention ciblée telle que l'entendait RS Gordon.

<sup>4</sup> Elle est symétrique, pour les malades, de l'éducation pour tous de la prévention universelle.

## **II. En France, la prévention sanitaire demeure cantonnée à une place subsidiaire dans le système de santé malgré des enjeux de plus en plus importants**

### **A. Malgré des enjeux de plus en plus importants qui accentuent l'urgence à refonder la politique de prévention ...**

Comme l'a souligné l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans son rapport annuel de 2003 consacré à la prévention,<sup>5</sup> de manière générale, « *les problèmes de santé publics actuels mettent en relief l'importance des politiques de prévention* ». Appliqué au contexte purement français, on devine donc la nécessité de plus en plus urgente pour les pouvoirs publics de refonder la politique de prévention, face à des problèmes de santé persistants qui apparaissent comme étant entre permanences et mutations. Ainsi, on constate que si des dangers plus ou moins anciens perdurent (1), de manière simultanée, les nouveaux modes de vie prévalant à l'époque contemporaine engendrent la montée de facteurs de risque tout aussi considérables (2), tandis que la prévention se trouve par ailleurs confrontée à l'émergence de défis nouveaux et spécifiques.

#### **1. Des dangers plus ou moins anciens qui perdurent :**

Cela concerne essentiellement le sida et les autres infections sexuellement transmissibles, ainsi que de la tuberculose. S'agissant du sida, si l'on peut observer globalement une certaine stabilisation, on remarque a contrario un accroissement du risque parmi les populations migrantes. De même, pour les autres infections sexuellement transmissibles, le constat d'une certaine recrudescence ces dernières années appelle à la vigilance et à la multiplication des campagnes de sensibilisation et de prévention. Enfin, la tuberculose connaît une petite résurgence qui présente la particularité d'être concentrée sur les franges de la population les plus précaires.

En outre, les principales causes de mortalité prématurée ne disparaissent pas. En l'espace d'une vingtaine d'années, le risque de développer un cancer a augmenté de 35%. Les accidents de la route mortels en France restent à un niveau encore trop élevé. Effectivement, malgré les efforts fournis en matière de prévention routière, le pays est toujours titulaire de la mortalité routière la plus élevée de l'Union Européenne (UE) à 15. Le suicide, versant majeur de l'enjeu représenté par la santé mentale, demeure également encore trop fréquent.

Il convient enfin de mettre en lumière le fait que les inégalités sociales et leurs conséquences sur la santé sont à l'heure actuelle très marquées.

#### **2. La montée de facteurs de risque liés aux nouveaux modes de vie prévalant dans les pays contemporains :**

Les modes de vie contemporains ont accentué la prédominance de deux facteurs majeurs de risque de pathologies évitables : la consommation de tabac d'une part et celle d'alcool d'autre part pour laquelle la France enregistre le triste record de la consommation la plus élevée de l'Union Européenne.

En outre, avec la montée de l'obésité qui résulte notamment de la montée de nouvelles habitudes alimentaires, en particulier chez les jeunes, la nutrition devient un enjeu de santé publique renouvelé.

#### **3. L'émergence de défis nouveaux et spécifiques pour la prévention**

---

<sup>5</sup> Santé, pour une politique de prévention durable, IGAS, 2003

## Rapport Flajolet

### Annexe1

#### La prévention : définitions et comparaisons

Ces nouveaux défis, qui posent à la prévention des problèmes spécifiques, sont notamment les suivants :

- l'augmentation des comportements à risque dès l'adolescence ( alcool, accident, obésité, souffrance psychique/santé mentale...)
- les risques environnementaux et professionnels qui requièrent une réelle attention, d'autant qu'au-delà des inquiétudes qu'ils suscitent, ces derniers posent des difficultés considérables qui sont autant de défis pour refonder la politique de prévention française : les enjeux sont difficiles à cerner, les effets de nombreuses substances sur la santé sont méconnus, les risques de maladies professionnelles restent trop fréquemment sous-évalués.

#### **B. ...la prévention demeure cantonnée à une place subsidiaire dans le système français**

En raison de la montée des enjeux exposée supra, c'est un regard pour le moins critique qui se pose sur la persistance du cantonnement de la prévention à une place subsidiaire dans le système français. Ce déficit majeur relève essentiellement des facteurs suivants, qui en sont à la fois des causes et des manifestations :

- le système de santé français est centré sur le curatif ;
- une artificielle frontière entre le curatif et le préventif a été dressée ;
- les compétences et les missions de prévention souffrent d'un préjudiciable enchevêtrement ;
- alors que la médecine préventive traverse une crise non négligeable, le rôle et la formation des médecins en prévention ne sont pas appréhendés de manière appropriée. En effet, le médecin généraliste est encore insuffisamment impliqué dans la prévention. L'enseignement spécialisé en santé publique fait preuve d'une faiblesse particulière et d'un cloisonnement excessif.
- Enfin, le caractère souvent défectueux des dispositifs de surveillance se surajoute à la faiblesse de la recherche

### **III. Approche comparée de la prévention sanitaire : les enseignements du « benchmarking »**

#### **A. La « promotion de la santé » : une préoccupation désormais internationale**

Au niveau international, le concept de « promotion de la santé » prend désormais le pas sur celui de prévention, au point d'être en passe de constituer aujourd'hui un cadre de référence mondial. Ce mouvement peut être considéré comme bénéfique, en raison de l'approche globale dont il est porteur.

##### **1. le rôle moteur de l'OMS en faveur de la diffusion du concept de « promotion de la santé » : une influence structurante**

Alors que dans la plupart des pays développés, les problèmes de santé apparaissent comme étant de plus en plus liés aux modes de vie, l'OMS qui jusque-là ciblait traditionnellement son action en direction des pays en voie de développement, a opéré un redéploiement d'une partie de ses forces vers les pays développés.

Après la définition dès 1977 d'une stratégie « *Santé pour tous* », une conférence internationale sur les soins primaires eut lieu à Alma-Ata en septembre 1978. Elle aboutit à une déclaration désormais connue sous le nom de « *Déclaration d'Alma-Ata pour la promotion des soins de santé primaires et l'accès de tous à un niveau de santé acceptable* ». Cette dernière apparaît comme génératrice d'un tournant important dans l'approche de l'OMS, et donc annonciatrice des orientations ultérieures des travaux de l'organisation pour qui il importera en effet de réorienter les différents systèmes de santé vers un dépassement des approches exclusivement cliniques et curatives.

Cette inflexion trouvera sa pleine expression avec la conférence internationale pour la promotion de la santé qui fut organisée à Ottawa en novembre 1986. Centrée sur les besoins des pays développés, cette dernière ambitionnait de répondre à « *l'attente de plus en plus manifeste d'un nouveau mouvement de santé publique* ». La « *Charte d'Ottawa* » qui en ressortit, adoptée précisément le 21 novembre 1986 et la valorisation nouvelle du concept de « promotion pour la santé » dont elle est porteuse y contribua majoritairement. Son influence sur les politiques nationales se fait encore sentir aujourd'hui. On observe même sur le plan mondial une tendance croissante à l'adoption de cette « promotion de la santé » comme référence cardinale des politiques de santé.

##### **La définition du concept de promotion pour la santé issue de la Charte d'Ottawa (novembre 1986) :**

*« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.*

*Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ».*

Cette déclaration fait de la promotion même de l'idée de santé, de la nécessité de conférer des moyens adéquats et de celle d'une action concertée outrepassant les limites du secteur sanitaire, les conditions préalables à l'amélioration de la santé.

En outre, elle fait des éléments suivants les moyens à proprement parler d'un ancrage de la promotion de la santé :

- le renforcement de l'action communautaire
- la création d'environnements favorables
- l'élaboration d'une politique publique saine,
- l'acquisition d'aptitudes individuelles
- la réorientation des services de santé
- etc.

**Rapport Flajolet**  
Annexe I  
La prévention : définitions et comparaisons

L'engagement de l'OMS dans cette direction n'aura de cesse de se poursuivre. En attestent notamment :

- le renouvellement de l'engagement en faveur de la promotion de la santé opéré à l'occasion de la quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé qui donna lieu en juillet 1997 à la *Déclaration dite de Jakarta*. Considérant la promotion de la santé comme un investissement capital, cette dernière en définit les priorités pour le XXIème siècle : promouvoir la responsabilité sociale en faveur de la santé, accroître les investissements pour développer la santé, renforcer et élargir les partenariats sur la santé, accroître les capacités de la communauté et donner à l'individu les moyens d'agir, etc.
- le rapport sur la santé dans le monde de l'OMS de 2000 et celui de 2002 consacré à cette thématique.

**2. le positionnement français par rapport à la promotion de la santé :  
l'analyse de l'IGAS**

Dans son rapport annuel de 2003, l'IGAS estime que : « *le concept de promotion de la santé au sens de la Charte d'Ottawa n'a pas pénétré de façon structurante et globalisante la politique de santé en France contrairement aux tentatives qui se dessinent dans les pays nordiques ou anglo-saxons* ». L'IGAS poursuit en ajoutant que « *la doctrine reste en France volontiers attachée aux notions classiques et segmentées qui ont fondé l'histoire du système de santé et configuré son organisation : santé publique et prévention d'un côté, organisation et régulation des soins de l'autre* ».

**Rappel des principales manifestations de la prévention dans le droit sanitaire français :**

- D'abord de manière indirecte, par le biais de références générales à la prévention :
  - *article L-262-1 du code de la sécurité sociale* confiant en 1988 une mission de prévention aux caisses d'assurance maladie,
  - *loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions* instaurant des programmes d'accès à la prévention
- Récemment de manière directe, avec pour la première fois l'introduction dans le droit positif d'une définition précise de la prévention dans le cadre de 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'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé.* »

NB : Il est à noter que la LPSP remplaça cette définition de la prévention issue de la loi du 4 mars 2002 par l'énoncé de ce qu'elle a identifié comme étant la dizaine de champs de la politique de santé publique.

L'encadré ci-dessus met en évidence les caractéristiques de l'option française qui fait de la promotion de la santé « *non pas le fondement de la politique de santé auquel appelle la Charte d'Ottawa, mais un élément certes consubstantiel à la prévention, mais finalement*

## Rapport Flajolet

### Annexe 1

La prévention : définitions et comparaisons

*second et de portée plus symbolique qu'opérationnelle [...] ; la formule de la charte d'Ottawa n'étant ajoutée que dans un second temps sous une forme adaptée, et présentée non comme une finalité, mais comme une conséquence » (IGAS, Rapport annuel 2003).*

Ne souhaitant pas porter de jugement de valeur sur ce positionnement à la française, l'IGAS a tout de même souhaité dans le cadre de ses travaux en préciser la portée. L'inspection identifie en effet dans un tel positionnement à la fois des avantages et des inconvénients :

- l'avantage étant de constituer une définition plus concrète et plus propice à une mise en œuvre opérationnelle
- et l'inconvénient étant celui de se démarquer d'un courant de plus en plus prédominant à l'échelle internationale.

### **B. L'implication de l'Union Européenne en faveur de la santé publique : une montée en puissance progressive**

- ***Des premières interventions en matière de santé publique, malgré la limitation du champ de compétences de la Communauté opérée par le traité de Rome :***
  - En 1986, le Conseil des ministres inscrit la lutte contre le cancer à l'agenda politique de la Communauté.
  - Entre 1986 et 1991, sur la base de l'article 235 du traité, une série de programmes de coopération volontaire est proposée aux Etats par la Commission sur le cancer, le SIDA, la toxicomanie.
- ***Un pas supplémentaire sera franchi par l'UE à la suite du Traité de Maastricht, mais sans pour autant aboutir à une véritable stratégie d'ensemble :***
  - Le traité de Maastricht retient en son article 129 le principe d'un soutien de l'UE de la coopération des Etats membres pour assurer « un niveau élevé de protection de la santé humaine ».
  - La résolution du Conseil de 1994 définit ensuite trois actions prioritaires de santé transversales (surveillance de la santé, surveillance des maladies, promotion de la santé) et des programmes de prévention du cancer, de la toxicomanie, ainsi que du SIDA et de certaines maladies transmissibles.
  - Cette approche demeurerait toutefois en l'état trop fractionnée, davantage fondée sur les pathologies que sur les déterminants de santé.
- ***Le traité d'Amsterdam engendre un changement d'orientation*** en renforçant les valeurs de santé au moyen d'une double obligation insérée à l'article 152 du traité, à savoir l'obligation d'inscrire un « niveau élevé de protection de la santé humaine dans la définition et dans la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté » et une mission « d'amélioration de la santé publique et de prévention des maladies et affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine ».
- ***Cette nouvelle orientation conduit l'UE à se doter d'un nouveau programme d'action communautaire en santé publique.*** Adopté 2002 pour la période 2003-2008, cette stratégie d'actions pluriannuelle reprend les trois priorités qui avaient été soutenues par la Commission :
  - la connaissance de la santé et de ses déterminants
  - un système d'alerte et de réaction rapide aux menaces pour la santé
  - promotion de la santé à travers l'action sur ses déterminants.



## Rapport Flajolet

### Annexe I

#### La prévention : définitions et comparaisons

Elle prévoit par ailleurs de nombreuses actions pour la sécurité et la qualité des produits issus du tissu humain. De manière avantageuse, au travers de ce programme d'actions prioritaires, l'UE se dote d'un cadre de référence unique permettant de mener aussi bien des actions spécifiques en matière de santé publique que des actions transversales.

- En dépit de ce nouvel élan, l'existence d'une structure de coordination au niveau européen fait toutefois encore défaut. En outre, l'implication de l'UE en matière de prévention des maladies non transmissibles demeure à renforcer. En revanche, on constate qu'en matière de lutte contre le tabagisme, élément au cœur de la prévention contre le cancer, l'UE s'est montrée beaucoup plus dirigiste, en s'appuyant notamment sur les possibilités de dérogation à la libre circulation offertes par l'article 36 du traité de Rome au nom de la protection de la santé et de la vie des personnes. Ainsi, de nombreuses directives ont été prises dans ce domaine : directive de 2001 limitant le taux de goudron dans les cigarettes, directive interdisant partiellement la publicité pour le tabac, etc. Une campagne antitabac avec les jeunes pour public cible privilégié a également été lancée.
  
- Il convient enfin de mettre en avant **l'exemple du renforcement de la stratégie d'intervention de l'Union en matière de santé mentale**. Face à la mauvaise santé mentale grandissante en Europe, l'UE multiplie les initiatives et tente de mettre en place une stratégie communautaire en la matière. A cet effet, un livre vert de la Commission fut publié en octobre 2005<sup>6</sup>. Intitulé « *Améliorer la santé mentale de la Population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne* », ce dernier vise notamment à ouvrir un débat citoyen sur la question de la santé mentale en Europe et à lancer une consultation publique sur les moyens susceptibles d'être employés pour améliorer la situation européenne en la matière et inspirer la stratégie communautaire. La Commission y dresse un état des lieux de la santé mentale en Europe, puis souligne que si des initiatives en faveur de santé mentale ont doré et déjà été menées dans les Etats, l'efficacité d'une action en la matière passe nécessairement par une stratégie élaborée à l'échelon de la Communauté. Elle insiste en effet sur les plus-values d'une telle approche, propose des solutions, dont certaines ont trait à la prévention. Les mesures envisagées par la Commission s'articulent autour des principaux axes stratégiques suivants :
  - bâtir la santé mentale des enfants en bas âge, des enfants et des adolescents
  - agir en faveur de la santé mentale dans la population active
  - agir en faveur de la santé mentale chez les personnes âgées
  - aider les catégories sociales les plus vulnérables
  - prévention de la dépression
  - diminution des troubles liés à la toxicomanie
  - prévention du suicide
  - favoriser l'insertion des malades mentaux et des personnes mentalement diminuées dans la société, défendre leurs droits fondamentaux et leur dignité
  - améliorer l'information et les connaissances sur la santé mentale dans l'UE

---

<sup>6</sup> Ce livre vert s'inscrit dans le cadre des suites de la conférence ministérielle européenne de l'OMS qui s'était tenue en janvier 2005. En effet, cette conférence qui avait débouché, au-delà des engagements politiques, sur un plan d'action en matière de santé mentale avait invité la Commission européenne à une collaboration pour la mise en œuvre de ce plan d'action.

## Rapport Flajolet

### Annexe 1

#### La prévention : définitions et comparaisons

Enfin, il est à noter que la Commission a établi dans ce livre vert un calendrier des étapes qu'elle souhaiterait voir être franchies à la suite de sa publication, en n'omettant pas de faire remarquer que la démarche se veut résolument concertée.

Au final, on constate que la prévention bénéficie à l'échelle européenne de tout un mouvement en sa faveur ; ce qui devrait être de nature à inciter notre pays à aller plus en avant dans la même démarche.

#### **C. Finlande, Province du Québec, Royaume-Uni : trois cas spécifiquement analysés par l'IGAS**

Parmi les divers travaux thématiques qui ont précédé l'élaboration du rapport annuel de l'IGAS en 2003, ceux confiés à Danièle Jourdain-Menninger et Mathilde Lignot-Leloup s'avèrent précieux pour toute approche comparée de la prévention sanitaire. En effet, bien que centré sur trois pays spécifiques mais emblématiques, à savoir la Finlande, le Québec et le Royaume-Uni, le rapport d'enquête thématique qui en ressortit, intitulé « *Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire* », offre des éléments de comparaisons utiles sur divers aspects de l'organisation de la prévention sanitaire de ces pays.

La comparaison est d'autant plus instructive que ces pays sont confrontés à une situation sanitaire globalement comparable à la nôtre. Ainsi, si la population témoigne d'un bon état de santé général, ces trois pays sont néanmoins confrontés à la persistance de maladies chroniques et à l'importance grandissante d'inégalités sociales et territoriales de santé.

Dans le cadre de cette annexe et de l'exercice de comparaison internationale auquel il parut indispensable de se livrer, il convient donc de restituer, sans aucune prétention à l'exhaustivité, les principaux enseignements de ce rapport d'enquête thématique :

- La prévention est intégrée dans un débat plus large sur l'amélioration du système de soins
- Une tendance commune à l'adoption du concept de promotion de la santé se manifeste :
  - Les trois pays étudiés par l'IGAS ont développé une approche à la fois sanitaire et sociale pour lutter contre les inégalités.
  - Cette approche globale ne se limite pas aux populations les plus défavorisées. Elle tend à contrario à inspirer l'organisation de l'ensemble des services de santé et sociaux.
  - L'objectif in fine de l'adoption d'une telle approche intégrée est d'aboutir à ce que la santé soit une préoccupation qui irrigue l'ensemble des politiques.
- Les stratégies sont élaborées au plan national et mises en œuvre au plan local :
  - La définition des objectifs et des cibles chiffrées s'opère au niveau national
  - La mise en œuvre est locale, déconcentrée au Royaume-Uni et au Québec et décentralisée en Finlande
  - Des agences de santé publique chargées de missions de prévention sont parfois mises en place.
- Les médecins généralistes y sont plus souvent placés au cœur des dispositifs .

#### **D. Aperçu des bonnes pratiques en matière de prévention primaire et de promotion de la santé au Québec, en Finlande et aux États-Unis**

## Rapport Flajolet

### Annexe1

#### La prévention : définitions et comparaisons

Certaines bonnes pratiques repérées à l'étranger méritent une attention particulière, notamment parce qu'elles constituent tant des guides pour l'évolution de notre propre système que des preuves à l'appui des recommandations formulées par la mission. Ces bonnes pratiques existent dans divers domaines. Il a paru opportun de mettre en exergue ici celles relatives à la santé au travail, à l'éducation pour la santé, à l'implication des médecins dans la prévention et les grands problèmes nationaux, et à l'organisation locale de la gestion du système de santé.

### **1. Les bonnes pratiques en matière de santé au travail**

#### ***a) Au Québec : le Groupement pour la Promotion de la Prévention en Santé (GP2S)***

Une centaine d'entreprises québécoises se sont regroupées au sein de ce GP2S<sup>7</sup>. Dans le cadre d'un jeu au final gagnant-gagnant, elles mettent en place des programmes de prévention en direction et au bénéfice de leurs employés, et obtiennent en retour des gains considérables non seulement en termes de réduction de cas de congés maladie et de réduction de l'absentéisme, mais aussi des gains en termes de motivation et de productivité. On estime ainsi pour ces entreprises un retour sur investissement de 2 à 3,5 \$ pour 1 \$ investi.

En outre, il est à noter que ce groupement d'entreprises pour le moins sensibles à la santé au travail a entrepris l'élaboration d'une norme « santé au travail » qui devrait être opérationnelle dans le courant de cette année 2008. Il est doré et déjà possible d'imaginer l'impact potentiel de cette norme pour le GP2S : sa qualité de pourvoyeur de santé tout comme l'attractivité et la compétitivité des entreprises qui en font partie n'en sortiront que grandies.

Exemple des gains enregistrés par l'entreprise BC Hydro à la suite de l'application d'un programme de prévention-type du GP2S :

- Réduction annuelle de 1,2 M\$ en congés maladie
- Réduction annuelle de 97.000 \$ en coûts imputables aux accidents de travail
- Hausse de productivité de 919.000\$
- Chaque \$ investi dans le programme a rapporté 2,74\$

#### ***b) Aux Etats-Unis : WCSD Wellness Program et WELCOA Wellness Program***

##### **➤ Washoe County School District ( WCSD) Wellness Program**

*WCSD Wellness Program* concerne 6600 employés des écoles de ce deuxième plus grand district de l'Etat du Nevada qui bénéficient ainsi d'un programme de promotion de la santé moyennant le paiement d'une surprime de 40 dollars sur leur mutuelle<sup>8</sup>. *Ce WCSD Wellness Program* vise notamment à changer chez chacun des participants leur perception de la valeur de la santé, et à leur inculquer au travers d'une interaction continue les comportements les plus importants. Les responsables de ce programme considèrent que ce qui

<sup>7</sup> Pour en savoir plus, adresse du site internet du GP2S : <http://www.gp2s.net/>

<sup>8</sup> Cette surprime est dégressive en l'absence de facteur de risque au bilan ou en présence d'une diminution des facteurs de risque.

## Rapport Flajolet

### Annexe1

#### La prévention : définitions et comparaisons

compte le plus pour avoir une bonne santé est d'adhérer aux principes les plus basiques : une activité physique régulière, une nutrition appropriée, des tests de dépistage préventifs, des décisions de santé quotidiennes et intelligentes. Le principal objectif de ce programme est d'éduquer ses participants, afin que chacun puisse profiter des avantages d'une vie de bien-être. L'adhésion à un style de vie sain est vue comme étant de nature à permettre de repousser de 10 à 20 ans la survenue d'handicaps chroniques, ainsi que de compresser de 75% la morbidité (c'est-à-dire le temps passé dans la douleur et la peine avant la mort). Les effets de ce programme en termes de réduction de l'absentéisme des employés et d'amélioration de l'état de santé de ces mêmes employés sont considérables. Son efficacité à ces niveaux a d'ailleurs été saluée par des journaux américains spécialisés de renommée tels que « *the American Preventive Medicine Journal* » et « *District Administration and Human Resource Executive* ».

Par ailleurs, dans le cadre de ce *WCSD Wellness Program*<sup>9</sup>, des campagnes de sensibilisation et autres programmes d'activités sont organisés ponctuellement ( *Brighten your smile* en février 2008, *Maintain – Don't gain* pendant la saison des vacances de 2007, *Healthy Dinner Club* en octobre 2007) ou à plus long terme ( *Gym Benefit* qui a débuté en octobre 2007 et qui durera jusqu'en septembre 2008).

#### Quelques chiffres attestant de l'efficacité du WCSD Wellness Program:

- Retour sur investissement: 15,60 \$ pour chaque \$ investi, via une réduction de 20% de l'absentéisme (2001-2002)
- Les participants au programme font partie des 25% d'assurés qui coûtent le moins cher en soins (2003)
- Réduction moyenne de 7\$ des remboursements de soin pour les membres participants et moins de demandes en général (entre 2001 et 2004)

*Slogan : Wellness is worth your best effort today.*

#### ➤ Les programmes de Wellness du WELCOA

WELCOA<sup>10</sup>, signifiant *WELLness COuncils of America*, est aux Etats-Unis une grande organisation nationale dédiée à la promotion et à la mise en place de programme de bien-être (*wellness*). Les entreprises qui ont adhéré en nombre à cette organisation ont ainsi accès à une formation et à un large éventail d'outils pour déployer rapidement et efficacement des programmes de promotion de la santé en direction de leurs employés. Là aussi la rentabilité et l'efficacité en termes de santé ont été mesurés et sont du même ordre que ceux de l'expérience du *WCSD Wellness program*.

## 2. Les bonnes pratiques en matière d'éducation à la santé

### a) *L'exemple de l'école finlandaise*

Dans le domaine de l'éducation à la santé, il est difficile de trouver meilleur exemple de bonnes pratiques que celles offertes par l'école finlandaise qui au-delà de ses bonnes performances générales, fait réellement figure de modèle de référence en la matière. L'école finlandaise nous offre en effet un bel exemple d'intégration complète de l'éducation à la

<sup>9</sup> site internet : <http://www.washoe.k12.nv.us/>

<sup>10</sup> Site internet : <http://www.welcoa.org/>

## Rapport Flajolet

### Annexe1

La prévention : définitions et comparaisons

santé<sup>11</sup> dans les programmes et activités des élèves au quotidien qui de surcroît font la part belle aux activités scolaires et périscolaires.

#### ***b) Aux Etats- Unis : l' « Alliance for a Healthier Generation » et son « Healthy School programm »***

L' « *Alliance for a Healthier Generation* » résulte d'un partenariat entre une grande association américaine, "the American Heart Association", et la non moins renommée *fondation Clinton* qui se sont retrouvées dans une volonté commune de combattre une des grandes menaces pour la santé des américains, à savoir l'obésité chez l'enfant. Cette organisation œuvre donc pour renforcer la prise de conscience de ce fléau au niveau national et pour faire émerger des solutions efficaces aux fins d'enrayer cette obésité qui désormais à aux Etats-Unis l'allure d'une véritable épidémie. Plus précisément, l'*Alliance for a Healthier Generation* s'est donnée pour mission d'éliminer l'obésité chez les jeunes et de favoriser à la place l'ancrage d'habitudes saines. Les buts clairement affichés sont de mettre un terme d'ici à 2010 à l'augmentation à l'échelle nationale de l'obésité chez les enfants, de placer les enfants en mesure d'opter pour des styles de vie sains. Pour ce faire, l'alliance envisage même d'influer sur les divers lieux susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé de l'enfant : maisons, écoles, restaurants, cabinets médicaux, etc.

En outre, il importe de prendre connaissance de certains des programmes d'éducation à la santé spécifiquement mis en œuvre à ces fins par l' « *Alliance for a Healthier Generation* »<sup>12</sup> :

- le « ***Healthy Schools Program*** » : déployé dans de nombreuses écoles américaines qui sur le modèle du WELCOA bénéficient gratuitement d'une méthodologie, d'une formation et d'autres outils pour devenir des lieux plus sains, ce programme est particulièrement axé sur la nutrition et l'activité physique. Ainsi, il s'agit dans le cadre de ce programme « *healthy schools* » de multiplier les opportunités pour les élèves de faire du sport, de remplir les cafétérias et divers distributeurs de nourriture et de boissons saines, et d'apporter aux enseignants les ressources nécessaires pour devenir de vrais références en matière de style de vie. Les avantages que retirent les écoles américaines d'une participation à ce programme sont au-delà des divers plans d'actions et autres assistance en ligne, ou encore contrats avantageux avec les entreprises qui fournissent de la nourriture ou des matériels de sport, des pratiques prometteuses et une reconnaissance nationale de leurs efforts.
- « ***The Go healthy Challenge Kids Movement*** » qui comme son nom l'indique vise à inciter les enfants à prendre eux-mêmes la responsabilité de rendre leurs vies, écoles et communautés plus saines. Il convient ainsi dans le cadre de ce défi que les enfants prennent l'engagement de manger mieux et de multiplier leurs mouvements quotidiens afin de réduire voire même de prévenir toute surcharge pondérale.

### **3. L'exemple québécois en matière d'implication des médecins dans la prévention et de grands programmes nationaux**

---

<sup>11</sup> Pour aller plus loin, le site suivant pourra utilement être consulté : [http://www.info-finlande.fr/societe/education/article/Lhistoire\\_dun\\_succes.html](http://www.info-finlande.fr/societe/education/article/Lhistoire_dun_succes.html)

<sup>12</sup> Site internet : <http://www.healthiergeneration.org/default.aspx>

## Rapport Flajolet

### Annexe1

#### La prévention : définitions et comparaisons

#### **a) Le programme québécois « Osez la santé pour la vie » pour favoriser l'implication des médecins**

Avec le programme « *Osez la santé pour la vie* », la province québécoise se fait aussi le théâtre de bonnes pratiques en matière d'implication des médecins dans la prévention. En effet, il s'agit là d'aider les médecins traitants à intensifier leurs actions de prévention, tout en y consacrant compte tenu de leurs multiples obligations peu de temps.

Concrètement, « *Osez la santé pour la vie* » induit la mise en place d'un « système de prévention clinique », soit un véritable dispositif comprenant :

- des infirmières de prévention
- des chargés de prévention clinique
- formations des médecins traitants (formation afin qu'ils puissent à l'occasion d'examen médical périodique de l'adulte formuler des recommandations dignes d'une pratique médicale préventive, ou encore formation à ce qui est appelé « entretien motivationnel » où il importe pour le médecin de parvenir à motiver son patient à engager des changements dans son comportement dans un court laps de temps
- un aménagement des salles d'attente (affichage d'informations relatives au programme « *Osez la santé pour la vie* », invitation pour les patients à remplir des dépliants « profils d'habitudes de vie » qui les incite de ce fait à la réflexion sur leur mode de vie actuel et sur les éventuels changements nécessaires à mettre en œuvre,...)
- une prescription préventive : le DVD « *Branchésanté* »<sup>13</sup> ou visite dans un centre d'éducation pour la santé (CES)
- des centres d'éducation pour la santé, où le personnel est formé à l'entretien motivationnel, où l'environnement est pour le moins interactif avec une section réservée à l'alimentation, une autre à la valorisation des bienfaits d'une activité physique, ainsi qu'une partie consacrée à la cessation du tabac. Les CES sont aussi équipés de présentations audio-visuelles (« le plaisir de bouger » et « le plaisir de bien manger » qui peuvent être visionnées de façon autonome). Enfin, à l'occasion d'une visite au CES, il est possible pour tout un chacun de faire sur le web un bilan personnalisé qui donne lieu à l'impression d'un rapport perso et à un plan d'action individuel.

Fort de ces effets bénéfiques sur le degré d'implication des médecins québécois dans la prévention, ce programme québécois a de ce fait vu ses mérites être loués à l'occasion des 3èmes journées annuelles de l'INPES de 2007<sup>14</sup>.

#### **b) Kino-Québec**

Programme d'envergure nationale, « *Kino-Québec* » a été lancé dès 1978 par le gouvernement québécois avec une première campagne « *Viens jouer dehors* ». Actuellement géré conjointement par le ministère québécois de l'éducation, du loisir et du sport, le ministère de santé et des services sociaux, et les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, *Kino-Québec* est présent dans l'ensemble des régions du Québec. L'ambition de ce programme est de « *promouvoir un mode de vie physiquement actif pour contribuer au mieux-être de la population québécoise* ». Partant du

---

<sup>13</sup> il s'agit en fait d'un ensemble de trois DVD qui ne peuvent être prescrits que par le médecin traitant

<sup>14</sup> [http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2007/Session2/Session2\\_2903\\_mat/R.%20Perreault.pdf](http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2007/Session2/Session2_2903_mat/R.%20Perreault.pdf)

# Rapport Flajolet

## Annexe 1

### La prévention : définitions et comparaisons

principe que le choix d'un mode de vie physiquement actif ou non relève autant de déterminants personnels que de déterminants liés à l'environnement social et organisationnel, Kino-Québec a adopté le cadre conceptuel suivant qui permet d'agir à la fois sur les deux plans :



Par ailleurs, il est à noter que *Kino-Québec*<sup>15</sup> s'est donné pour objectif de parvenir d'ici 2010 à réduire d'au moins 15% la part de la population québécoise âgée de 15 ans ou plus qui ne s'adonne pas suffisamment à une activité physique, que ce soit pendant les temps libres ou à l'occasion des déplacements, afin d'en retirer les plus grands bénéfices pour la santé.

En outre, s'il est vrai que *Kino-Québec* fonctionne selon un double ciblage de ses actions ( en fonction de l'âge du public concerné et en fonction des lieux dans lesquels se trouvent les personnes ciblées tels que écoles, centres municipaux, associations sportives, entreprises, centres commerciaux, maisons de retraite...), il n'en reste pas moins que pour une plus grande efficacité, des cibles privilégiées ont été identifiées : les jeunes d'âge scolaire ( c'est-à-dire de 5 à 17 ans) et leurs parents, et les milieux scolaire et municipal ( au sens de la famille, le quartier, et la communauté).

Enfin, deux stratégies sont plus spécifiquement déployées par les acteurs responsables de *Kino-Québec* :

- « concevoir, mettre en œuvre et consolider des mesures appropriées, notamment des activités de communication, pour qu'une plus grande partie de la population québécoise soit physiquement active »,
- « influencer et mobiliser les instances provinciales, régionales et locales de manière à ce qu'elles conçoivent et mettent en place des programmes et des mesures qui permettront de réduire les obstacles à la pratique régulière d'activités physiques ».

<sup>15</sup> <http://www.kino-quebec.qc.ca/qui.asp>

# Rapport Flajolet

## Annexe1

### La prévention : définitions et comparaisons

#### **4. Une pratique innovante en termes d'organisation et de gestion locale du système de santé : l'exemple québécois des centres de santé et services sociaux (CSSS).**

Dans l'organisation institutionnelle québécoise en matière de santé et de services sociaux, les CSSS trouvent leur place au cœur du réseau local de services. Ils constituent l'assise d'une offre de service intégré. Regroupant notamment en leur sein aussi bien des centres hospitaliers que des centres jeunesse, des centres de réadaptations et d'autres institutions locales intervenant dans les secteurs d'activités scolaires ou municipales, les CSSS assurent par ailleurs l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à la population. Il s'agit d'offrir dans une logique de proximité une large gamme de services de première ligne et de mettre en place des mécanismes permettant d'offrir un accès aux services de deuxième et de troisième ligne (services spécialisés et sur-spécialisés). L'avantage de ce lieu unique est particulièrement bénéfique pour les populations les plus vulnérables. Une stratégie d'actualisation de la mission de ces CSSS est prévue dans le cadre de l'actuel programme national de santé publique québécois, par le biais du programme d'action « développement des communautés ».

\*\*\*\*\*

#### **BIBLIOGRAPHIE :**

##### ▪ **Textes législatifs et réglementaires :**

- Code de la santé publique
- Code de la sécurité sociale
- Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

##### ▪ **Textes émanant d'organisations ou institutions internationales :**

- OMS, *Déclaration d'Alma-Ata*, septembre 1978
- OMS, *Charte d'Ottawa*, novembre 1986
- OMS, *Déclaration de Jakarta*, juillet 1997
- Commission européenne, *Améliorer la santé mentale de la population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne*, Livre vert, 2005

##### ▪ **Rapports officiels :**

- OMS, *Rapport sur la santé dans le monde – 2000. Pour un système de santé plus performant*, 2000
- OMS, *Rapport sur la santé dans le monde - 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, 2002
- IGAS, Jourdain-Menninger et Lignot-Leloup, *Comparaisons internationales et prévention sanitaire*, janvier 2003
- IGAS, *Santé, pour une politique de prévention durable*, Rapport annuel, 2003
- OMS/Europe, *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions*, Rapport de la conférence ministérielle européenne de l'OMS, 2005

##### ▪ **Sites internet : quelques adresses utiles**

- Site internet de Légifrance : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- Site internet de l'OMS : [www.who.int/fr](http://www.who.int/fr)



## **Rapport Flajolet**

### Annexe1

La prévention : définitions et comparaisons

- [www.gp2s.net/](http://www.gp2s.net/)
- [www.washoe.k12.nv.us](http://www.washoe.k12.nv.us)
- [www.welcoa.org](http://www.welcoa.org)
- [www.infofinlande.fr/societe/education/article/Lhistoire\\_dun\\_succes.html](http://www.infofinlande.fr/societe/education/article/Lhistoire_dun_succes.html)
- [www.healthiergeneration.org/default.aspx](http://www.healthiergeneration.org/default.aspx)
- [www.kino-quebec.qc.ca/qui.asp](http://www.kino-quebec.qc.ca/qui.asp)

**ANNEXE 2 :**

**Panorama des politiques ministérielles de prévention sanitaire :**

**Quelle cohérence d'ensemble ?**

En matière de santé publique, la prévention s'attache à une multitude de domaines d'action. Aussi la *loi du 9 août 2004 relative à la santé publique* dispose que « la politique de santé publique concerne (...) l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ».

Par conséquent, loin de ne concerner que le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, la prévention sanitaire s'attache à une pluralité de politiques ministérielles qu'il conviendra d'identifier (I) pour ensuite en évaluer la mise en cohérence (II).

**I. La prévention sanitaire, un thème aux confins d'une multiplicité de politiques ministérielles**

Agir préventivement sur la santé des individus implique tant des actions circonscrites à la médecine du travail, aux problèmes d'obésité et de surpoids ou bien encore au milieu scolaire que des impulsions d'une ampleur plus globale en matière d'aménagement du territoire ou encore de santé environnementale.

**A. Mieux préserver la santé des travailleurs : quelle réforme de la médecine du travail ?**

Le système français de la médecine du travail, largement centré sur une logique de prévention individuelle, doit aujourd'hui faire face à des transformations d'ordre structurel du système productif.

**1. Les carences du modèle français de prévention des risques professionnels**

*a) Fonctions et ampleur du dispositif opérationnel*

La médecine du travail, ce sont 15,3 millions de salariés couverts, 943 services, 6 573 médecins du travail et 10 543 personnels non médicaux. Elle est exclusivement préventive, ayant pour objet d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail, notamment en surveillant leur état de santé, les conditions d'hygiène du travail et les risques de contagion.

## Rapport Flajolet

### Annexe 2

#### Panorama des politiques ministérielles de prévention

Exercée au sein d'un « service de santé au travail » (SST, anciennement « service médical du travail »), la médecine du travail est obligatoirement organisée, sur le plan matériel et financier, par les employeurs.

##### *b) Une pratique inadaptée*

Dans ce domaine prédomine une approche clinique individuelle, centrée autour de la visite d'aptitude. En effet, la *loi du 11 octobre 1946* posant une organisation originale fondée sur l'universalité, la gestion patronale contrôlée, la spécialisation et l'indépendance des médecins, a été interprétée comme une interdiction de prodiguer des soins.

La mission préventive est donc essentiellement orientée vers la prévention tertiaire. En ce sens, la médecine du travail est devenue un outil de réparation individuelle plutôt que de réparation collective.

Il s'est progressivement instauré une équivalence entre visite médicale et délivrance d'un certificat d'aptitude. En 2003, l'IGAS indiquait que « le certificat d'aptitude n'a jamais garanti autre chose que l'accomplissement d'une formalité administrative ».

Une prestation de prévention collective manque sans doute encore de visibilité et de crédibilité, face à l'attachement des salariés et des représentants syndicaux à la visite médicale, ressentie comme un acquis social.

##### *c) La persistance d'une logique de moyens*

La santé au travail est encore largement dominée par une approche technocratique, centrée sur une logique formelle de moyens plus que de résultats.

Aux termes de *l'article R. 241-41-1 du Code du travail*, le médecin du travail « établit chaque année, en fonction de l'état et des besoins de santé des salariés, un plan d'activité en milieu de travail, qui porte sur les risques, les postes et les conditions de travail ». Ce plan, qui peut concerner une ou plusieurs entreprises et être commun à plusieurs médecins du travail, prévoit notamment les études à entreprendre ainsi que le nombre et la fréquence minima des visites des lieux de travail. Mais il ne permet pas d'évaluer précisément l'impact de l'action sanitaire en milieu de travail.

##### *d) Le constat d'un système en crise*

Selon l'analyse comparée des inégalités de mortalité prématurée, l'exclusion du marché du travail sur la santé et la mortalité est un facteur aggravant (travaux de KUNST, GROENHOF, MACHENBACH et le groupe de travail de l'Union européenne sur les inégalités socioéconomiques de santé : « Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens », 2000). La même année, A. MESRINE a également travaillé sur l'importance de la surmortalité des chômeurs.

C'est en France que l'on observe, pour l'Europe, les écarts de mortalité les plus importants entre les ouvriers peu ou pas qualifiés et les catégories les plus favorisées (cadres, professions libérales, enseignants...) alors que les différences sont davantage lissées dans les pays nordiques.

## Rapport Flajolet

### Annexe 2

#### Panorama des politiques ministérielles de prévention

D'autres variables que celle des catégories socioprofessionnelles peuvent également entrer en jeu : le contexte socioculturel par exemple (modes d'alimentation, de prise de risques, consommation de tabac et d'alcool...) ou encore les conditions sociales et styles de vie.

Par ailleurs, le drame de l'amiante fut un élément déclencheur pour mettre en cause le fondement de la visite individuelle systématique (rapport Jean Le Garrec, « Ne plus perdre sa vie à la gagner : 51 propositions pour tirer les leçons de l'amiante, Assemblée nationale, 2006). Dans les célèbres « arrêts amiante » du Conseil d'Etat, le juge administratif fait désormais de l'Etat le seul responsable non seulement de la réglementation et du contrôle de son respect, mais aussi de l'organisation de la veille scientifique et de l'évaluation des dangers potentiels et risques produits par des substances chimiques.

## 2. Les nouveaux défis de la médecine du travail

### *a) Problèmes d'ordre structurel*

- Forte augmentation des maladies professionnelles selon les chiffres de la CNAMTS-TS.
- Désaffection pour le métier de médecin du travail. La démographie médicale est alarmante : départs massifs à la retraite (3 000/ 7 000 médecins du travail dans les dix années à venir), effet mécanique du numerus clausus, faible attractivité de la spécialité médicale...
- Eparpillement des responsabilités et cloisonnements.

### *b) Transformations du système productif et du milieu de travail*

Ces dernières années, dans un contexte de mobilité professionnelle croissante et de développement de formes atypiques d'emplois (travail intérimaire, travail à domicile, télétravail), le suivi des salariés s'avère être discontinu.

En outre, l'intensification du travail et l'émergence de nouveaux risques tendent à alourdir la charge mentale des salariés et, contrairement aux idées reçues, à accroître leurs efforts et expositions physiques, y compris dans le secteur tertiaire.

La conséquence d'une telle situation est la croissance exponentielle des troubles musculo-squelettiques, représentant les 3/4 des maladies professionnelles déclarées en France, et des troubles « psychosociaux » qui concernent la gestion du stress, de la violence, de la dépression voire même du suicide.

Les politiques malthusiennes auxquelles la France a eu largement recours semblent aujourd'hui inadaptées. Face au vieillissement de la population active et au regard des politiques publiques de l'allongement de la durée de vie active, une nouvelle approche globale des relations entre âge, santé et conditions de travail semble désormais nécessaire.

### *c) Le déficit de connaissances*

## Rapport Flajolet

### Annexe 2

#### Panorama des politiques ministérielles de prévention

Toutes les spécialités médicales ont leurs propres référentiels (guides de bonnes pratiques) selon les méthodes définies par la HAS. Ceux-ci prennent la forme de recommandations pour le praticien et sont destinées à homogénéiser les pratiques professionnelles.

Mais la médecine du travail ne dispose pas des mêmes outils. Le référentiel dont elle dispose n'est constitué que d'instructions techniques élaborées par des groupes d'experts placés sous l'égide de la direction générale du travail pour le suivi médical des travailleurs exposés à certains risques spécifiques.

### **B. Des chiffres sur l'obésité et le surpoids en constante augmentation**

L'obésité croît rapidement en France et apparaît chez une population de plus en plus jeune (16% des enfants sont en surpoids aujourd'hui contre 5% en 1980), et frappe surtout les populations défavorisées, 25% des enfants issus de familles défavorisées étant concernés par ce mal.

De nombreuses pathologies sont associées à une mauvaise nutrition, tels les maladies cardiovasculaires qui sont à l'origine de 170 000 morts chaque année, le diabète « gras » qui touche 2 millions de Français mais également les cancers, l'ostéoporose, l'anorexie...

Ces pathologies représentent un coût particulièrement élevé, estimé à 5 milliards d'euros par an, dont 800 millions attribués à la mauvaise nutrition.

### **C. Education et prévention des risques liés à la santé en milieu scolaire**

En sus d'une démarche éducative destinée à favoriser l'apprentissage d'un comportement responsable, dans le respect de soi et des autres, la prévention sanitaire en milieu scolaire recouvre une pluralité d'actions liées à la sexualité, à la réduction des pratiques addictives et à un suivi médical, lesquelles sont mises en œuvre selon des modalités organisationnelles précises.

#### **1. La définition d'une démarche éducative, un enseignement pluridisciplinaire destiné à favoriser les comportements responsables**

*a) La santé des jeunes relève à la fois d'enjeux éducatifs et de la santé publique*

Selon la circulaire n°98-237 du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège, l'école « vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet ainsi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences ».

**Rapport Flajolet**  
Annexe 2  
Panorama des politiques ministérielles de prévention

En outre, le *décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences* affirme que l'éducation participe à l'acquisition progressive de savoirs et de compétences qui permettront aux élèves de faire des choix éclairés et responsables en matière de santé. Ainsi, la formation à destination de l'ensemble des élèves irrigue les programmes des différents champs disciplinaires (littérature, éducation civique, arts plastiques...).

## **2. Les domaines spécifiques d'éducation et de prévention dans les écoles, collèges et lycées**

### *a) Les questions liées à la sexualité*

L'éducation à la sexualité à l'école, au collège et au lycée vise les objectifs suivants :

- Identifier les différentes dimensions de la sexualité : biologique, affective, culturelle, sociale, éthique...
- Développer l'exercice de l'esprit critique, notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias en la matière.
- Favoriser des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale.
- Apprendre à connaître et à utiliser les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien au sein de l'établissement mais aussi à l'extérieur.

A cet égard, un enseignement sur la biologie humaine dispensé par les professeurs de sciences de la vie et de la terre semble indispensable pour comprendre les phénomènes biologiques et physiologiques en jeu, mais de nombreuses autres disciplines sont également concernées car intégrant une réflexion sur les dimensions affectives, culturelles et éthiques de la sexualité.

En outre, la *circulaire n°2003-027 du 17 février 2003* établit le principe d'une information collective partie prenante d'une continuité éducative. Il s'agit de prendre en compte l'ensemble des questionnements des élèves ainsi que leurs différents degrés de maturité.

Ainsi, trois séances collectives sont organisées annuellement, concourant à l'éducation à la sexualité dans les domaines affectif, psychologique et social conformément aux objectifs énoncés.

Aux termes de *l'article L. 312-16 du Code de l'éducation* : « Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogènes. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de *l'article L. 2212-4 du code de la santé publique* ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à *l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement*. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés ».

A l'école primaire, l'ensemble des questions relatives à la sexualité est abordé collectivement par l'équipe des maîtres lors de conseils de cycles ou conseils de maîtres, et fera l'objet d'une présentation lors du conseil d'école.

Au sein des collèges et lycées, le chef d'établissement établit en début d'année scolaire les modalités d'organisation et la planification des séances, garantissant ainsi la mise en

## Rapport Flajolet

### Annexe 2

#### Panorama des politiques ministérielles de prévention

cohérence du dispositif, qui sera intégré au projet d'établissement et présenté au conseil d'administration.

Par ailleurs, des actions individuelles peuvent également être menées, concernant des questionnements d'ordre privé ou des difficultés individuelles.

Ainsi, la *loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence* dispose que les personnels infirmiers des établissements scolaires peuvent administrer une contraception d'urgence dans des situations d'urgence ou de détresse caractérisée. Les personnels de santé et les personnels sociaux assurent également les relais nécessaires, avec les familles et les professionnels des réseaux de soins.

Chaque académie doit se doter d'un projet d'éducation à la sexualité intégré dans le projet académique de santé des élèves, tel que défini dans la *circulaire n°2001-012 du 12 janvier 2001 portant orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves* et la *circulaire n°2002-098 du 25 avril 2002 relative à la politique de santé en faveur des élèves*.

Enfin, il convient de mesurer l'ampleur du dispositif existant en matière de prévention des risques liés à la sexualité. En effet, des nombreux textes spécifiques, parmi lesquels la *circulaire n°96-100 du 15 avril 1996 relative à la prévention du sida en milieu scolaire et à l'éducation à la sexualité* ainsi que la *circulaire n°98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida*, prévoient des modalités d'action dans toute une série de domaines qu'il convient ici d'énumérer :

- Prévention des infections sexuellement transmissibles, notamment du VIH/sida, consistant avant tout à informer les élèves sur les risques qu'ils encourent et sur les moyens de s'en protéger. A cet égard, la journée mondiale de lutte contre le sida, instaurée depuis 1988, est un temps fort de mobilisation dans les établissements. Par ailleurs, la *circulaire n°2006-204 du 11 décembre 2006 relative à l'installation de distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées* témoigne de la préoccupation constante des autorités autour de cette thématique.
- Prévention des grossesses précoces non désirées. Les personnels de la communauté éducative doivent informer les élèves en matière de contraception et ont le droit, sous certaines conditions, d'administrer la contraception d'urgence.
- Protection des jeunes face aux violences sexuelles. Les établissements scolaires, notamment dans le cadre des visites médicales, doivent jouer un rôle important dans la détection des mauvais traitements infligés aux enfants. A cet égard, les *articles 434-1 et 434-3 du code pénal* font obligation à quiconque ayant connaissance d'un crime, et plus précisément, de privations, mauvais traitements ou atteintes sexuelles infligés à un mineur de moins de 15 ans, d'en informer les autorités judiciaires ou administratives compétentes. En outre, depuis 2004, les établissements doivent instaurer un dispositif de filtrage sur les postes Internet afin de contrôler l'information mise à la disposition des élèves.

#### *b) Modalités et actions de prévention des conduites addictives*

**Rapport Flajolet**  
Annexe 2  
Panorama des politiques ministérielles de prévention

**Données statistiques, source Observatoire français des drogues et toxicomanies**

Consommation de tabac.

Sur le plan européen, l'enquête scolaire ESPAD menée en 2003 situe la France dans la moyenne des autres pays membres. Néanmoins, une enquête nationale menée entre 2002 et 2006 constate que la prévalence tabagique a fortement diminué, passant de 32% à 24% de l'ensemble des élèves.

Consommation de cannabis et autres drogues.

Elle concerne aujourd'hui 49% des jeunes de 17 ans, contre 46% en 2000. 69% des adolescents en consommant sont des usagers quotidiens.

Consommation d'alcool.

8 jeunes de 17 ans sur 10 (75% des filles, 82% des garçons) déclarent y avoir eu usage au moins au cours du dernier mois. Ce comportement d'alcoolisation, apparenté à ce que les anglo-saxons nomment le « binge drinking », désigne une alcoolisation ponctuelle nettement supérieure aux recommandations de l'OMS et concerne 56% des garçons contre 36% des filles qui déclarent au moins une fois l'avoir expérimenté.

Par conséquent, toute une série de textes juridiques sont venus réglementer l'usage de telles substances au sein des établissements scolaires.

Si la *loi du 31 décembre 1970* interdit et pénalise l'usage illicite de toute substance classée comme stupéfiant, l'alcool étant un produit licite, sa vente y est autorisée bien que réglementée. Toutefois, il est formellement interdit de servir des boissons alcoolisées à des élèves de collège et lycée.

En outre, le *décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006* qui interdit, depuis le 1<sup>er</sup> février 2007, de fumer dans tous les lieux affectés à l'usage collectif, prend pleine application dans les locaux scolaires.

L'*article L. 312-18 du code de la santé publique* prévoit qu'une information établissant les conséquences de la consommation de drogues sur la santé soit délivrée dans les collèges et lycées à raison d'au moins une intervention par an, par groupes d'âges homogènes.

Enfin, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) fait de l'école un acteur de premier plan dans la politique de prévention, prévoyant que tous les élèves bénéficient à chaque niveau de leur scolarité d'une éducation à la prévention des conduites addictives portant sur le tabac, l'alcool, le cannabis et autres produits qualifiés de stupéfiants.

*c) Le suivi médical*

- Les vaccinations obligatoires constituent un moyen essentiel de prévention des maladies infectieuses et virales. Pour leur inscription dans un établissement scolaire, les enfants doivent être obligatoirement vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite. En revanche, le *décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007* a suspendu l'obligation vaccinale du BCG.



## Rapport Flajolet

### Annexe 2

#### Panorama des politiques ministérielles de prévention

- Les visites médicales, obligatoires dès l'âge de six ans, sont effectuées par les médecins de l'éducation nationale et ont pour objet premier la détection de cas d'enfants maltraités.
- Concernant les cas spécifiques des enfants souffrant de longue maladie ou de handicap, il existe une possibilité d'instaurer un projet d'accueil individualisé (PAI) à la demande des familles, avec le médecin de l'éducation nationale et en lien avec le médecin traitant de l'enfant. Par ailleurs, la *loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* reconnaît le droit des élèves handicapés à l'éducation ainsi que la responsabilité du système éducatif comme garant de la continuité du parcours de formation de chacun. Elle porte obligation d'offrir à l'élève une scolarisation en milieu ordinaire le plus près de son domicile, en y associant étroitement les parents.

### 3. Les instances de pilotage de la politique d'éducation à la santé

L'éducation à la santé au sein de l'établissement est assurée par la « communauté éducative » (chef d'établissement, enseignants, conseillers principaux d'éducation, infirmiers, conseillers d'orientation psychologues, assistants de service social). Les personnels de santé et d'action sociale ont une mission générale de promotion de la santé en faveur des élèves, ayant pour objectifs de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité.

Il existe plusieurs instances de mise en œuvre d'actions préventives.

Le **Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)**, *article 20 du décret n°2005-1145 du 9 septembre 2005*, réuni à l'initiative du chef d'établissement ou à la demande du conseil d'administration, met en œuvre les missions suivantes :

- Contribuer à l'éducation de la citoyenneté
- Préparer le plan de prévention de la violence
- Proposer des actions pour renforcer les liens avec les parents en difficulté et pour lutter contre l'exclusion
- Définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité ainsi que des actions pour prévenir les comportements à risques.

Le **Conseil des délégués pour la vie lycéenne (CVL)**, *circulaire n°2004-116 du 15 juillet 2004* est présidé par le chef d'établissement, avec un lycéen comme vice-président et réunit des représentants des élèves, des personnels et des parents pour formuler des propositions sur des sujets ayant trait à la vie quotidienne au sein du lycée.

Les missions du CVL sont de trois ordres :

- Améliorer les conditions de vie des lycéens (règlement intérieur, soutien scolaire, organisation du temps scolaire, hygiène et sécurité, vie associative...).
- Promouvoir le dialogue entre lycéens et adultes de la communauté éducative en tant que lieu privilégié de dialogue et d'échange.
- Associer les lycéens aux décisions du conseil d'administration en tant que force de proposition.

**Rapport Flajolet**  
Annexe 2  
Panorama des politiques ministérielles de prévention

Au-delà de l'établissement scolaire et dans une logique de complémentarité, l'école peut constituer des partenariats privilégiés avec son environnement, aussi bien local que régional.

Au niveau national, un contrat-cadre de santé publique signé le 17 juillet 2003 entre les ministères chargé de l'éducation nationale et de la santé définit un programme annuel d'actions dans des domaines jugés prioritaires.

Au niveau régional, chaque PRSP doit comporter un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé ainsi qu'un schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS). Elaboré à partir du Plan national d'éducation pour la santé (PNEPS) de 2001, le SREPS promeut une culture commune d'éducation à la santé à un niveau local.

#### **D. Inégalités spatiales de santé : des phénomènes contrastés sur le plan des villes**

La répartition des populations sur le territoire national emporte des conséquences inévitables sur leur état de santé. Ainsi, des inégalités spatiales se font cruellement ressentir, des liens de cause à effet ayant été observés entre les phénomènes de précarisation, d'exclusion sociale et de santé.

##### **1. Types spécifiques de sur-mortalité sur les territoires**

Certains territoires sont profondément marqués par le travail industriel et la dégradation des conditions sociales. Tel est le cas des régions Nord-Pas-de-Calais, de la Lorraine et de l'Est industriel.

L'exposition à de forts facteurs de risque, la dégradation de l'environnement et du niveau de l'emploi (restructurations, crises régionales liées aux licenciements massifs...) jouent à la fois sur la santé mentale et sur les ressources permettant de se maintenir en bonne santé.

##### **2. Quels liens entre précarisation, processus d'exclusion sociale et santé ?**

Selon une étude de l'EPASS sur les liens entre pauvreté et santé effectuée sur 6 000 bénéficiaires de la CMU dont les revenus sont situés en dessous du seuil de pauvreté, le poids des personnes en très mauvais état de santé est plus important au sein de cette population.

Deux types d'explication sont proposés:

- Face à une situation de fragilité sociale, la dégradation de l'état de santé peut faire basculer dans la précarité.
- A l'inverse, une situation de précarité sociale peut avoir des effets négatifs sur l'état de santé des individus et engendrer un phénomène de « boucle de précarisation ».

Dès lors, au lieu de considérer la santé comme un « état », il s'agit de reconstituer les logiques qui conduisent des familles, des enfants ou plus généralement des individus à voir leur situation se dégrader. La précarité devient alors le résultat d'une production et n'est plus envisagée sous l'aspect d'un phénomène implacable.

## **Rapport Flajolet**

### **Annexe 2**

#### **Panorama des politiques ministérielles de prévention**

La précarisation peut toucher toutes les facettes de l'inscription sociale d'un individu et affecter à la fois les sphères matérielle (travail, ressources), relationnelle (sociabilités, réseaux), intime (relations affectives) et écologique.

#### **E. Les grands problèmes de santé environnementaux en France**

L'impact de l'environnement sur notre santé est aujourd'hui avéré, de telle sorte qu'une liste non exhaustive d'affections peut être dressée, étayée par des études quantitatives.

##### **1. Typologie des affections liées à la santé environnementale**

- Les infections respiratoires aiguës, liées à la pollution de l'air ou à la promiscuité.
- Les gastro-entérites aiguës, liées à la contamination de l'eau, des aliments, ou à la promiscuité
- Les maladies cardio-vasculaires, liées au tabagisme actif (et passif), à la pollution de l'air, à une alimentation déséquilibrée, à l'absorption de plomb ou d'arsenic (sols contaminés), aux nuisances sonores.
- Les cancers dus au tabagisme, à l'alcool, à des modes particuliers d'alimentation, aux expositions solaires, à l'amiante et autres polluants...
- Les maladies respiratoires chroniques
- Les intoxications chroniques
- Les accidents domestiques
- Les troubles de la santé mentale
- Les affections secondaires à des transmissions vectorielles (tiques, moustiques)

##### **2. Quelques données chiffrées**

- Environ 30 000 décès anticipés par an sont liés à la pollution atmosphérique urbaine.
- La prévalence des maladies allergiques respiratoires a doublé depuis 20 ans.
- Seules 37% des ressources en eau potable disposent de périmètres de protection.
- 7 à 20% des cancers seraient imputables à des facteurs environnementaux.
- Près d'un million de travailleurs seraient exposés à des substances cancérigènes.
- L'évaluation des risques liés aux substances chimiques s'avère être insatisfaisante compte tenu de la faible capacité d'expertise existant à l'heure actuelle.

## **II. Quelle approche interministérielle de la prévention sanitaire ?**

**Rapport Flajolet**  
Annexe 2  
Panorama des politiques ministérielles de prévention

L'efficacité de la prévention sanitaire française réside aujourd'hui dans l'étroitesse de la collaboration de l'ensemble des acteurs concernés. Dorénavant, cette thématique doit être appréhendée selon une approche plus transversale, d'ordre interministériel.

Ainsi, les projets de réforme sont nombreux, tant en matière de médecine du travail, l'entreprise pouvant devenir un lieu privilégié de prévention collective, qu'aux niveaux de politiques publiques ambitieuses en matière de nutrition, d'aménagement du territoire ou bien encore de développement durable et d'écologie.

**A. Faire de la médecine du travail un acteur à part entière de la politique de prévention sanitaire**

Sous l'impulsion des politiques communautaires, il s'agit désormais de poser les conditions d'une action collective ayant pour objet d'éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.

Elaboré sous la coupe des ministères de la santé et du travail en association avec les ministères de la recherche, de l'agriculture et des transports, le Plan santé travail (PST) implémente de nouvelles ambitions, faisant de l'entreprise un partenaire essentiel en matière de prévention sanitaire.

**1. Un nouvel élan mené par les instances communautaires : la mise en place d'une véritable « stratégie communautaire » en santé et sécurité au travail**

La *directive communautaire 89/391 du 12 juin 1989* définit le cadre général d'intervention de la politique de prévention des risques professionnels et pose le principe de l'adaptation du travail à l'homme, introduisant une approche de prévention primaire relativement nouvelle par rapport au dispositif français. Ses principaux apports en droit du travail français ont été de permettre une évaluation a priori des risques ainsi qu'un effort de pluridisciplinarité et de mobilisation de savoirs divers (toxicologie, ergonomie, psychologie...).

*a) La stratégie communautaire en santé et au travail pour la période 2002-2006*

- Approche globale du bien-être au travail, tenant compte des changements du monde du travail et de l'émergence de nouveaux risques. La promotion d'un environnement de travail de qualité doit soutenir les démarches de progrès. A cet égard, le « benchmarking » pourrait permettre de favoriser des progrès convergents dans les Etats membres et de développer les connaissances grâce à une mutualisation des moyens.
- Consolidation de la culture de prévention des risques, pour laquelle l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail joue un rôle majeur.
- Développement d'une politique sociale ambitieuse, facteur de compétitivité des entreprises. La question de la « responsabilité sociale des entreprises » est soulevée, un environnement de travail sain et sûr pouvant être un catalyseur de performance et de compétitivité.

**Rapport Flajolet**  
Annexe 2  
Panorama des politiques ministérielles de prévention

La stratégie communautaire établie pour la période 2002-2006 a entraîné l'adoption de textes majeurs visant la réduction des risques chimiques et physiques, dont :

- La *directive 2003/18 du 27 mars 2003* sur la protection des produits contenant de l'amiante.
- L'adoption du *règlement REACH* (Enregistrement, évaluation et autorisation des produits chimiques), entré en vigueur au 1<sup>er</sup> mai 2007, a pour objectif majeur d'assurer un niveau élevé de protection de la santé et de l'environnement, en améliorant la connaissance et l'information sur les produits chimiques et en accélérant les procédures de gestion de risque.
- L'adoption de toute une série de directives particulières visant à protéger les salariés contre toutes les catégories de risques physiques connus : exposition aux vibrations mécaniques (*directive 2002/44/CE*), exposition au bruit (*directive 2003/10/CE*), exposition aux champs électromagnétiques (*directive 2004/40/CE*) et exposition aux rayonnements optiques artificiels (*directive 2006/25/CE*).
- Lancement du Plan santé travail (PST) qui transpose au niveau national l'objectif communautaire visant à la consolidation et à la diffusion d'une culture de prévention des risques professionnels sur tous les lieux de travail.

*b) La stratégie communautaire pour la santé et la sécurité au travail  
2007-2012*

Elle vise à améliorer la qualité et la productivité au travail. Inscrite dans le prolongement de la stratégie précédente, elle se fixe pour objectif de réduire de 25% le taux d'incidence total des accidents du travail d'ici à 2012.

Pour parvenir à cette fin, la stratégie 2007-2012 établit six objectifs intermédiaires :

- Mettre en place un cadre législatif moderne et efficace.
- Favoriser le développement et la mise en œuvre des stratégies nationales.
- Encourager les changements de comportement.
- Faire face à des risques nouveaux, de plus en plus importants.
- Améliorer le suivi des progrès accomplis.
- Promouvoir la sécurité et la santé au niveau international.

**2. Des réformes nationales de grande ampleur récemment entreprises... ou à  
entreprendre**

*a) La Plan santé travail (PST)*

Le PST pour la période 2005-2009, adopté en conseil des ministres le 23 février 2005, comprend 23 actions organisées autour de 4 objectifs majeurs :

- Développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel.
- Renforcer l'effectivité des contrôles.
- Réformer les instances de pilotage et décloisonner les approches des administrations.

**Rapport Flajolet**  
Annexe 2  
Panorama des politiques ministérielles de prévention

- Encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail.

*b) Un fonctionnement dynamique des SST : une nécessaire implication des différents partenaires*

Un pilotage efficace de la médecine du travail suppose une collaboration véritable au niveau régional entre les services de l'Etat, les partenaires sociaux et les structures hospitalo-universitaires.

Le décret n°2007-761 du 10 mai 2007 institue à cet effet les comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP), qui doivent permettre d'assurer une meilleure coordination entre les acteurs régionaux et locaux de la prévention, dans le respect des attributions de chacun, afin de mieux relayer la politique nationale.

Dans son rapport d'octobre 2007, « Réformer la médecine du travail », l'IGAS propose de confier aux CRPRP une mission opérationnelle de régulation. Conçues comme de simples instances de dialogue et de concertation, ils doivent devenir le lieu d'une véritable gouvernance collégiale de la santé au travail à l'échelle d'une région.

2 missions leur seraient ainsi confiées :

- Structuration de l'offre régionale en matière de santé au travail.
- Suivi des programmes pluriannuels de santé au travail dans les entreprises.

En outre, le décret du 28 juillet 2004 instaurant l'article R.241-28-1 du Code du travail, opère au sein de commissions médico-techniques un regroupement des acteurs (médecins, IPRP), visant à ancrer les SST dans une véritable perspective pluridisciplinaire.

L'IGAS propose également de donner une définition législative des missions des SST qui serait centrée sur la prévention. Il s'agirait de leur permettre d'ancrer leur activité opérationnelle dans une perspective préventive, abordant deux points essentiels :

- Les SST contribueraient à la prévention des risques sanitaires en milieu de travail.
- Ils participeraient à la veille sanitaire pour la population au travail et contribueraient au développement des connaissances sur la santé au travail.

Il s'agirait ainsi de construire un projet préventif de santé au travail au niveau de l'entreprise, celui-ci ne se limitant pas aux seuls cadres national et régional, mais devant également être relayé au niveau de l'entreprise, comme le souligne le PST.

Par ailleurs, en s'inspirant du dispositif québécois, le Groupement pour la promotion de la prévention de la santé (G2PS) conçu autour de cent entreprises mettant en place des programmes communs de prévention pour leurs salariés, il pourrait être pertinent d'élaborer un plan pluriannuel de santé au travail pour chaque entreprise.

En effet, ce système permet d'identifier le risque, de l'évaluer au sein même de l'entreprise pour cibler les actions individuelles et collectives à entreprendre. L'entreprise pourrait ainsi devenir un lieu privilégié de prévention en santé publique et permettrait de pallier la dispersion actuelle de l'activité en milieu de travail. Car la priorité donnée à l'activité primaire ne s'accommode plus de l'état de dispersion du système français, chaque médecin établissant son plan d'activité sans qu'aucun mécanisme institutionnel ne garantisse son adéquation avec les priorités de la politique de santé au travail et la réalité des risques.

**Rapport Flajolet**  
Annexe 2  
Panorama des politiques ministérielles de prévention

Enfin, le rapport paru en juin 2007 de la délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIACT) souligne l'importance de l'organisation interrégionale et la nécessité d'un renforcement du dispositif d'enseignement médical, en formulant plusieurs propositions :

- Une gestion prévisionnelle des postes d'internat tenant compte des besoins démographiques de l'interrégion.
- L'accompagnement d'une véritable péréquation des postes universitaires favorisant une convergence des taux d'encadrement
- Un découpage en 6 interrégions (Ile-de-France, Nord, Grand Est, Grand Ouest, Quart Sud-Est).

**B. Le Programme national nutrition santé (PNNS), un outil plurisectoriel instaurant une politique novatrice de prévention nutritionnelle**

Les actions mises en œuvre par le PNNS ont pour finalité, en agissant sur l'un des déterminants majeurs de la santé publique qu'est la nutrition, la promotion des facteurs de protection, la réduction de l'exposition aux facteurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques et la protection des groupes à risque.

Nécessitant le concours des autorités administratives compétentes au sein du ministère de la santé mais également de l'éducation nationale, de la culture ou encore de l'agriculture, l'effort financier en faveur de la mise en œuvre d'une telle politique nutritionnelle est considérable, atteignant 47 millions d'euros en 2007 (hors dépenses d'aide alimentaire).

**1. Le PNNS 1 (2000-2006) établit un « socle de repères nutritionnels »**

S'inspirant de l'idée d'une « culture alimentaire française », le PNNS 1 associe à l'objectif de santé publique les notions de goût, de plaisir et de convivialité.

Un « petit parlement de la nutrition » a ainsi été mis en place, véritable comité de pilotage qui réunit tous les mois des experts de santé publique, les administrations et professionnels concernés (de l'agroalimentaire ou de la société civile), au sein duquel sont discutées toutes les initiatives.

En outre, des messages sanitaires à visée éducative sont diffusés depuis le 1<sup>er</sup> février 2007 sur tous types de supports publicitaires.

**2. Les nouvelles ambitions du PNNS 2 (2006-2010)**

Le PNNS 2 intègre les recommandations formulées par le Pr Serge Hercberg, les travaux du Conseil national d'alimentation ainsi que ceux de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur l'obésité (rapport Dériot, 2005) et recouvre de nouvelles ambitions :

- En matière de prévention : agir sur l'éducation nutritionnelle ainsi que sur l'offre alimentaire.
- Dépistage précoce et prise en charge des troubles nutritionnels (obésité, dénutrition).

## Rapport Flajolet

### Annexe 2

#### Panorama des politiques ministérielles de prévention

- Ciblage sur les populations défavorisées et les personnes précaires et mobilisation des acteurs associatifs et collectivités territoriales.
- Renforcer l'effort de recherche et d'expertise en la matière, ainsi que la lutte contre les phénomènes de stigmatisation.

9 objectifs nutritionnels prioritaires et quantifiés ont pu être définis:

- Augmenter la consommation de fruits et légumes.
- Augmenter la consommation de calcium.
- Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35% des apports énergétiques journaliers.
- Augmenter la consommation de glucides jusqu'à 50% des apports journaliers.
- Diminuer la consommation annuelle d'alcool par habitant de 20%.
- Réduire de 5% la cholestérolémie moyenne dans la population adulte.
- Réduire de 2-3 mm de mercure la moyenne de la pression artérielle systolique chez les adultes.
- Réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes et interrompre la croissance de l'obésité chez les enfants.
- Augmenter l'activité physique quotidienne.

A ces objectifs prioritaires se rajoutent dix objectifs spécifiques, tels la promotion de l'allaitement maternel ou encore la prévention, le dépistage et la limitation de la dénutrition des personnes âgées tout en améliorant leur statut en calcium et en vitamine D.

### **3. Résultats des premières évaluations de la situation nutritionnelle en France**

« La situation nutritionnelle en France en 2007 », intitulé d'un colloque organisé sous l'impulsion du ministère de la santé le 12 décembre 2007, a pu diffuser et analyser toute une série de résultats quant à l'évolution des comportements alimentaires des Français.

A la lumière des indicateurs d'objectifs et des repères établis par le Programme national nutrition santé, il ressort principalement des études que les consommations alimentaires, l'état nutritionnel et l'activité physique ont évolué.

Ainsi, des signes encourageants, bien qu'encore insuffisants, ont été observés concernant les niveaux de consommation de fruits et légumes chez les adultes ou les moyennes d'apports en sel dans la population générale. Dans les années à venir, il est toutefois recommandé de regarder de plus près les consommations de produits sucrés chez les enfants ou encore les aliments pourvoyeurs de fibres.

De même, des résultats favorables sont à relever chez les enfants, les données montrant une décélération probable des prévalences de surpoids et d'obésité. En revanche, les marqueurs du risque cardiovasculaire demeurent à un niveau préoccupant, précurseurs de maladies chroniques dont le poids de santé publique est majeur en France.

Enfin, l'activité physique se maintient à un niveau acceptable au regard des recommandations préétablies.

### **C. Les Ateliers santé-ville (ASV), une démarche ambitieuse pour lutter contre les inégalités territoriales de santé**



**Rapport Flajolet**  
Annexe 2  
Panorama des politiques ministérielles de prévention

La tentative de mettre en œuvre un outil aux confins de la politique de la ville et de la politique de santé publique, si elle ouvre de nombreuses perspectives, n'en demeure pas moins confrontée à de sérieux obstacles dans son fonctionnement et sa mise en œuvre.

### **1. Une démarche de programmation territorialisée**

#### *a) Missions des ASV : un outil opérationnel innovant*

Le Conseil interministériel des villes (CIV), dans sa décision du 14 décembre 1999 relative à la mise en place des ASV, se fonde sur un double constat :

- Insuffisance de développement et du niveau de qualité des actions de santé intégrées à la politique de la ville.
- Faible degré d'intégration des territoires de la politique de la ville dans les politiques de santé publique concourant à la lutte contre les exclusions et les inégalités sociales et spatiales de santé.

Le CIV affirme que la santé doit devenir le « 5<sup>e</sup> pilier » de la politique de la ville.

Ainsi, l'ASV constitue une interface permettant de décliner les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) institués par la *loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions*.

La *circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000* dispose en effet que « l'atelier santé ville vise à promouvoir le développement des programmes locaux de santé, en cohérence avec la démarche stratégique utilisée pour les PRAPS (...) Il s'agit d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé du service public ou privé ».

Au regard des 20 à 25% de la population française touchée par la précarité, les PRAPS constituent un outil essentiel dans la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé.

Dans le cadre de la politique régionale de santé, les ASV ont pour mission :

- L'identification des besoins spécifiques des publics en situation de vulnérabilité et des déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie : habitat, logement, emploi, éducation, ressources.
- La coordination des différents acteurs
- L'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site
- La facilitation de l'accès effectif aux services sanitaires et sociaux de droit commun
- La participation active de la population à toutes les phases des programmes, ainsi que la concertation avec les professionnels et les institutions intervenant dans ce domaine.

#### *b) Une articulation dynamique entre politique de la ville et politique de prévention sanitaire*

## Rapport Flajolet

### Annexe 2

#### Panorama des politiques ministérielles de prévention

Le volet santé des ASV doit tenir compte des inégalités de santé de la population en situation de précarité, ce dernier facteur expliquant en partie l'importance de la mortalité prématurée en France.

Le volet politique de la ville concerne quant à lui:

- L'accès aux soins et à la prévention (PRSP/PRAPS).
- La population de la géographie prioritaire des contrats urbains de cohésion sociale (2007-2009-2012).
- La réduction des inégalités sociales et territoriales.
- Aux territoires que sont les RU, ZUS et quartiers.

Plusieurs textes normatifs régissent les ASV:

- La loi n°2003-710 du 1<sup>er</sup> août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine affirme l'objectif de développement de la prévention et de l'accès aux soins comme une dimension importante de la politique de la ville. Trois orientations majeures sont formulées: favoriser l'installation des professionnels de santé dans les quartiers concernés; accompagner les programmes de prévention; renforcer la santé scolaire.
- Le Plan de cohésion sociale et CIV du 9 mars 2006 favorise le développement des ASV dans les villes ayant au moins une ZUS et/ou un quartier prioritaire.
- La circulaire interministérielle DGS/DHOS du 4 septembre 2006 est relative à l'élaboration des projets locaux ou territoriaux de santé publique et de développement des ASV.

## **2. Atouts et freins éventuels de l'ASV : avis du Conseil national des villes sur les ASV, pôle « santé, santé mentale, addictions », 26 septembre 2007**

### *a) Principaux constats*

- Un déploiement territorial contrasté : important en région parisienne (Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine et Val-de-Marne), PACA et Rhône-Alpes, il apparaît plus faible dans d'autres régions, tenant essentiellement au degré d'implication et d'engagement des élus locaux, préfets et DDASS.
- Le contenu des ASV est d'une grande variabilité, phénomène qui s'explique par la grande souplesse de la démarche.
- Des résultats probants : à Aubervilliers par exemple a été instaurée une prise en charge partagée de situations complexes associant des problèmes de santé mentale, de violence et d'insertion.

### *b) Propositions formulées par le CNV*

- Rendre obligatoire un ASV au sein de chaque contrat urbain de cohésion sociale (CUCS).

## **Rapport Flajolet**

### **Annexe 2**

#### **Panorama des politiques ministérielles de prévention**

- Insertion systématique des ASV dans les PRSP pour l'élaboration d'un véritable plan local de santé publique.

#### **D. La santé environnementale, un concept englobant une pluralité d'aspects de la santé humaine**

La santé environnementale semble aujourd'hui être le cadre d'action le plus ambitieux en matière préventive. Destinée à prendre en compte l'ensemble des facteurs de la santé humaine, le Plan national santé environnement (PNSE) réalisé conjointement par quatre ministères (santé, écologie et développement durable, emploi et recherche) s'inscrit dans une démarche de développement durable.

##### **1. Eléments de réflexion sur la santé environnementale**

Selon l'OMS, la santé environnementale se définit comme comprenant divers aspects de la santé humaine, y compris la qualité de vie, qui sont déterminés par des facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux et psychosociaux de l'environnement.

Le concept renvoie également à une démarche évaluative, de correction et de prévention de ces facteurs dans l'environnement qui, potentiellement, peuvent porter préjudice à la santé des générations actuelles et futures.

Notre système de veille scientifique, économique et sanitaire semble néanmoins incapable de fournir des informations suffisamment pertinentes pour évaluer les risques émergents ; une incertitude scientifique demeure quant à l'évaluation de ces risques.

Cet état de fait pose la question des capacités d'anticipation dont dispose véritablement l'Etat sur cette question.

##### **2. Le PNSE 2004-2008, une nouvelle étape dans la prévention des risques sanitaires dus aux pollutions des milieux de vie**

Le plan quinquennal pour la période 2004-2008 franchit une nouvelle étape dans la lutte contre les risques sanitaires liés à l'environnement, inclus dans une perspective de développement durable.

L'exposition des Français aux pollutions environnementales dans leur vie quotidienne recommande des priorités d'action. Tous les milieux de vie sont abordés : environnements domestiques, extérieur et professionnel.

Ainsi, le PNSE regroupe 45 actions dont 12 prioritaires, centrées autour de trois objectifs majeurs :

Garantir un air et une eau de bonne qualité

## Rapport Flajolet

### Annexe 2

#### Panorama des politiques ministérielles de prévention

Prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers  
Mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants et femmes enceintes)

Les 12 actions prioritaires sont énoncées comme telles :

- 1.1 Réduire les émissions de particules diesel par les sources mobiles
  - 1.2 Réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle
  - 1.3 Assurer une protection de la totalité des captages d'eau potable
  - 1.4 Mieux connaître les déterminants de la qualité de l'air intérieur
  - 1.5 Mettre en place un étiquetage des caractéristiques sanitaires et environnementales des matériaux de construction
- 
- 2.1 Réduire les expositions professionnelles aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques.
  - 2.2 Renforcer les capacités d'évaluation des risques sanitaires des substances chimiques dangereuses
  - 2.3 Renforcer les connaissances fondamentales des déterminants environnementaux et sociétaux de la santé des populations et le développement de nouvelles méthodes en sciences expérimentales
- 
- 3.1 Faciliter l'accès à l'information en santé-environnement et favoriser le débat public
  - 3.2 Améliorer la prévention du saturnisme infantile, le dépistage et la prise en charge des enfants intoxiqués.
  - 3.3 Réaliser une étude épidémiologique sur les enfants
  - 3.4 Réduire l'incidence de la légionellose

### **3. « Stratégies nouvelles de prévention », Commission d'orientation de prévention présidée par le Dr JF Toussaint, 15 décembre 2006.**

Afin d'établir des « stratégies nouvelles de prévention » dans la perspective d'une approche préventive globale, plusieurs recommandations ont été émises par la Commission d'orientation de prévention, parmi lesquelles :

- Etablir une démarche conceptuelle en termes de préventions primaire, secondaire et tertiaire.
- Organiser la veille sur les risques sanitaires émergents pour mettre en place une expertise collective.
- Renforcer la toxicovigilance.
- Adapter les mesures de prévention aux populations dites « sensibles », élaborer un plan de vulnérabilité biologique (concernant les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées).
- Développer la recherche en santé-environnement, préalable nécessaire ainsi que mentionné dans le rapport Stern.

## **Rapport Flajolet**

### **Annexe 2**

#### **Panorama des politiques ministérielles de prévention**

- Retenir le principe pollueur-payeur et atténuer le coût important des pollutions, aujourd'hui supporté par l'Assurance maladie.
- Développer les unités fonctionnelles santé-environnement (UFSE). Dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière du Plan Hôpital 2007 et de la loi sur la Santé publique mettant en place une nouvelle structure de base - le « pôle » d'activité -, les UFSE pourraient être connectées aux services hospitalo-universitaires développant des activités transversales (pédiatrie orientée en asthme et allergologie, pneumonie pour enfants ou adultes...). L'activité des UFSE serait ainsi dédiée aux affections dont l'émergence ou l'évolutivité sont particulièrement liées aux perturbations environnementales. Enfin, sur le plan de l'enseignement et de la formation, ces UFSE pourraient être rattachées à une coordination d'enseignants en santé et environnement au niveau universitaire (chimie, physique, sciences de la vie, épidémiologie, sociologie...).

## **Bibliographie**

### **Annexe 2**

#### **Médecine du travail**

- Inspection générale des affaires sanitaires et sociales (IGAS), Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR), *Le bilan de la médecine du travail*, C. AUBIN, R. PELISSIER, P. DE SAINTIGNON, J. VEYRET, F. CONSO, P. FRIMAT, octobre 2007.
- Groupe de travail de l'Union européenne sur les inégalités socioéconomiques de santé, *Inégalités sociales et mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens*, 2000.
- Assemblée nationale, *Ne plus perdre sa vie à la gagner : 51 propositions pour tirer les leçons de l'amiante*, rapport de M. Jean LE GARREC, 2006.
- Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIACT), *Les coopérations inter-CHU : état des lieux et perspectives*, Pr E. VIGNERON, rapport final juin 2007.
- Stratégies communautaires santé et sécurité au travail : site institutionnel [www.europa.eu](http://www.europa.eu)

#### **Programme national nutrition santé**

- Ministère de la santé et des solidarités, *Deuxième programme national nutrition santé (2006-2010) : actions et mesures*, septembre 2006.
- Travaux de l'Etude nationale nutrition santé (ENNS) et de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), *Consommation alimentaire des Français : les premiers résultats d'une enquête d'intérêt général à forte valeur ajoutée*,

## **Rapport Flajolet**

### **Annexe 2**

#### **Panorama des politiques ministérielles de prévention**

présentées lors du colloque intitulé *La situation nutritionnelle en France en 2007* du 12 décembre 2007.

- Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité, M. le sénateur G. DERIOT, 2005.

#### **Education à la santé**

- L'Institut national de la prévention et l'éducation à la santé (INPES) et la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), *Education à la santé en milieu scolaire, choisir, élaborer et développer un projet*, 26 janvier 2007.
- Sites institutionnels recensant l'ensemble des textes normatifs : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr) et [www.education.gouv.fr](http://www.education.gouv.fr)

#### **Inégalités spatiales de santé : les Ateliers santé ville**

- Délégation interministérielle à la ville (DIV), *Les Ateliers santé ville : territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local*, document d'étape, décembre 2004.
- Site institutionnel : [www.ville.gouv.fr](http://www.ville.gouv.fr)

#### **Santé environnementale**

- Ministère de la santé et de la protection sociale en collaboration avec le ministère de l'écologie et du développement durable, le ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale et le ministère délégué à la recherche, *Résumé du plan national santé environnement (2004-2008) : franchir une nouvelle étape dans la prévention des risques sanitaires dus aux pollutions des milieux de vie*.
- Commission d'orientation de la prévention, *Stratégies nouvelles de prévention*, sous la présidence du Dr. JF TOUSSAINT, 15 décembre 2006.

**ANNEXE 3 :**  
**Quelques tentatives françaises de conférer à la prévention un rôle plus substantiel :  
de la LPSP à l'implication croissante de la DGS en faveur de la prévention.**

Le système de santé français a d'ores et déjà été salué à plusieurs reprises par l'OMS comme étant l'un des meilleurs au monde. Toutefois, deux faiblesses majeures demeurent :

- si la population française est celle dont l'espérance de vie après 60 ans est la plus élevée, a contrario, la mortalité prématurée avant 65 ans y est excessive ;
- des inégalités de santé trop importantes subsistent, entre régions, entre hommes et femmes, entre catégories socioprofessionnelles.

Face à ces carences, l'argument de la nécessité d'un renforcement de la prévention en santé s'est imposé avec la force de l'évidence<sup>1</sup>. Si aujourd'hui la qualité de l'organisation, la cohérence, et l'intensité de la démarche française de prévention méritent assurément d'être accrues, il convient néanmoins de reconnaître que certains efforts dans ce sens ont été faits dans un passé proche pour améliorer la place faite dans notre système à la prévention. C'est dans cet esprit qu'il parut indispensable de souligner dans le cadre de cette troisième annexe les apports à la prévention de la loi relative à la politique de santé publique (LPSP) du 9 août 2004 (I), ainsi que les avancées issues du pilotage par la Direction Générale de la Santé (DGS) de travaux prévention (II).

**I. Une ambition : la LPSP du 9 août 2004 ou la volonté d'accorder à la prévention une place plus substantielle au cœur de notre système de santé**

Renforcer la politique de prévention<sup>2</sup> fut l'un des objectifs clairement affichés de l'élaboration et de la mise en œuvre de cette LPSP, qui, il faut le souligner, (ne) constitue (que) la deuxième grande loi de santé publique dans notre pays ; la première ayant été promulguée plus d'un siècle auparavant en 1902 et était centrée sur la politique vaccinale. Commentant cette loi dans le numéro de décembre 2004 de la revue *Santé Publique* spécifiquement consacré à la LPSP, le Pr. William Dab, occupant alors le poste de directeur général de la santé déclare en effet : « *Destinée à favoriser une véritable culture de santé publique et de prévention, à sortir sur le champ la santé publique des cloisonnements dont elle a trop souvent souffert, elle nous permet de disposer d'un cadre clarifié et d'outils de travail communs au nouveau national et régional* ».

**A. La LPSP organise une nouvelle gouvernance pour le système de santé : entre rationalisation et régionalisation**

**1. Une clarification des rôles et structures :**

***a) Réaffirmation du rôle de l'Etat comme garant de la protection et de l'amélioration de la santé***

---

<sup>1</sup> D'autant que l'effort financier de notre pays en faveur de la prévention reste modeste, estimé à environ 6,4% des dépenses totales de santé selon la DREES.

<sup>2</sup> Elle reprend la notion de prévention définie par la loi du 4 mars 2002 mais la replace dans un cadre plus large de santé publique.

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

Les différentes crises sanitaires auxquelles le pays a été confronté ont mis au jour la capacité quasi-exclusive de l'Etat de réunir les moyens nécessaires pour assurer la protection de la santé de sa population, tout comme le fait que lui seul pouvait par ailleurs mobiliser les outils d'intervention des politiques publiques.

Dès lors, on comprend aisément l'élargissement de la compétence et de la responsabilité de l'Etat en la matière opéré par la LPSP qui affirme la primauté de l'Etat pour protéger ou améliorer la santé de la population. En outre, la loi précise dès son article 2-I (une position privilégiée qui signifie l'importance que le législateur a souhaité conférer à cette disposition) que « *La nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relève de la responsabilité de l'Etat* ».

Remarque : Cette consécration du rôle de l'Etat garant de la protection et de l'amélioration de la santé de ses ressortissants ne saurait souffrir d'une mauvaise interprétation. Aussi convient-il de préciser que la LPSP ne confère pour autant aucun monopole à l'Etat en matière de santé publique.

#### ***b) Simplification et clarification des fonctions d'expertise et de coordination au niveau national :***

##### *(1) La création d'une instance d'expertise unique au niveau national : le Haut Conseil de la santé publique*

En vue de simplifier le jeu des acteurs intervenant dans le domaine de la santé publique, la LPSP crée au niveau national<sup>3</sup> une structure d'expertise unique, qui prend le nom de Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Il faut savoir que ce HCSP prend en fait la suite de deux instances : le Haut conseil de la santé qui lui-même avait succédé au Haut comité de santé publique, et le Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Cette instance d'expertise unique vise à l'amélioration de la prise en compte effective des connaissances disponibles dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé publique. Cette expertise se doit aussi d'être rapidement et efficacement mobilisable pour des questions plus spécifiques.

Les missions dévolues par la LPSP à ce HCSP font de lui un acteur majeur de la politique de santé publique. Ainsi, conformément à la lettre de la LPSP, il appartient à ce HCSP de :

- contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, et en évaluer la réalisation,
- suivre la mise en œuvre de la LPSP
- en liaison avec les agences sanitaires, fournir aux pouvoirs publics l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception des politiques et des stratégies de prévention et de sécurité sanitaire

---

<sup>3</sup> Au niveau régional, il existe déjà de nombreuses instances d'expertise, qui ont fait la preuve de leur efficacité et poursuivent chacune des buts spécifiques. Leurs travaux sont rassemblés dans la Conférence régionale de santé.



## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

- fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique.

Composé en tant que membres de droit de personnalités qualifiées qui élisent parmi elles leur président ( soit un gage d'indépendance incontestable), ce HCSP peut être consulté par les ministres intéressés, par les présidents de commissions compétentes du Parlement et par le président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé.

L'analyse des missions confiées au HCSP met en exergue au-delà du caractère cardinal de son rôle, toute la difficulté d'un mandat qui contraint l'instance à inscrire son action à la fois sur le temps long nécessaire à l'analyse approfondie des connaissances disponibles et l'émergence de nouvelles connaissances pour orienter la politique de santé publique, et sur le temps court qu'est celui imposé par la mobilisation rapide des expertises pour répondre avec réactivité à des questions et situations spécifiques.

#### (2) Institution d'un lieu de coordination au niveau national : le Comité national de santé publique

Toujours dans le même esprit de rationalisation, la LPSP instaure un « Comité national de santé publique » (CNSP) par fusion du Comité national de sécurité sanitaire et du Comité technique national de prévention. Ce CNSP est chargé :

- d'assurer la coordination interministérielle en matière de sécurité sanitaire et de prévention,
- d'analyser les événements susceptibles d'affecter la santé de la population,
- de contribuer à l'élaboration de la politique du gouvernement dans les domaines de la sécurité sanitaire et de la prévention et d'en examiner les conditions de financement.

Véritable lieu de débat inter-institutionnel et de coordination entre ministères intervenant dans le champ de la santé publique, ce CNSP tel que conçu par la LPSP a pour mission de veiller à la cohérence globale des actions en vue de satisfaire aux objectifs de santé publique.

#### ***c) L'ébauche d'une place nouvelle pour les professionnels de santé***

Prévoyant la mise en place de programmes de santé destinés à éviter « l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités », la LPSP assortit ces nouveaux instruments d'intervention publique de la possibilité pour tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, de concourir à la réalisation de tout ou partie des programmes de santé.

L'ouverture d'une telle possibilité, qui en d'autres termes fait participer le professionnel de santé, en particulier les médecins libéraux, à la mise en œuvre de la politique de prévention révèle une évolution non négligeable de l'action publique en matière de santé.

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

### **2. La LPSP érige le niveau régional comme niveau optimal de définition et de coordination de la politique de santé publique.**

Il convient en effet de souligner cet apport majeur de la LPSP qu'est l'accentuation de la dimension territoriale des politiques de santé publique qu'elle opère ; d'autant plus que la prise en compte des spécificités sanitaires locales issue de cette plus grande territorialisation est constituée un élément décisif pour réduire les inégalités spatiales de santé.

Les outils suivants prévus par la LPSP participent donc pleinement de cette régionalisation :

▪ **la modernisation de la concertation au niveau régional au travers des Conférences régionales de santé :**

Les Conférences Régionales de Santé<sup>4</sup> jouent dans les territoires un rôle similaire à son homologue national qu'est la Conférence nationale de santé. Ainsi, ces instances de concertation permettant la consultation des acteurs de terrain participent à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique. Elles jouent par ailleurs un rôle important dans le contrôle de la bonne de la bonne exécution des plans régionaux et sont à cet effet tenues informées de l'état d'avancement des PRSP et de leurs évaluations.

Un large panel d'acteurs y est représenté, allant des professionnels de santé aux usagers du système de santé, en passant par les représentants des industries de produits de santé et ceux des organismes d'assurance maladie obligatoire comme complémentaire.

▪ **la déclinaison régionale de la planification nationale : le Plan Régional de Santé Publique (PRSP)**

Les dispositions de la LPSP relatives à l'élaboration dans les régions du PRSP organisent un véritable cadre régional de planification de la politique de santé publique. Le PRSP définit effectivement les grandes orientations de la politique pour les années futures en tenant compte des spécificités locales.

Son élaboration s'effectue sous le signe d'un large partenariat entre acteurs institutionnels (Etat, Assurance maladie, collectivités territoriales), économiques, professionnels du secteur sanitaire et social, ainsi que les associations d'usagers du système de santé. Elle est précédée de la réalisation d'un « *diagnostic régional partagé* » sur la situation sanitaire articulé autour de trois axes majeurs : l'état de santé de la populations régionale, le bilan des actions et programmes en cours au niveau de la région (PRAPS, programmes régionaux de santé, etc.), les ressources disponibles pour mener des actions de santé. C'est sur la base de ce diagnostic que le PRSP identifie des stratégies d'actions afin d'atteindre les objectifs régionaux de santé ; soit deux éléments que le PRSP doit comporter obligatoirement :

- des objectifs régionaux de santé publique reflétant les évolutions souhaitées en termes d'amélioration de la santé de la population régionale,
- des stratégies d'action à mettre en œuvre pour satisfaire aux objectifs définis. Ces programmes d'action se doivent d'être cohérent par rapport aux divers plans stratégiques, plans et programmes établis au niveau national. Il faut aussi que chacune des actions inscrites au PRSP soit accompagnée de l'identification de groupes cibles et de résultats attendus (objectifs intermédiaires).

---

<sup>4</sup> Ces Conférences régionales de santé avaient été créées par les ordonnances dites Juppé de 1996

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

Enfin, le PRSP est arrêté par le représentant de l'Etat (préfet de région) et doit faire l'objet d'une évaluation tous les 5 ans.

#### ▪ **L'instauration novatrice d'un Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)**

Avec la création des GRSP, la LPSP met en place de véritables pivots de l'action de santé publique régionale, qui se veulent par ailleurs être des outils majeurs de lutte contre les déterminants de santé engendrant des inégalités. Il s'agit d'une véritable innovation de la politique de santé publique, dans la mesure où cette nouvelle instance vient compléter l'architecture institutionnelle existante tout en permettant de mettre en réseau les différents acteurs intervenant en santé publique. Ainsi, sous la forme juridique d'un groupement d'intérêt public (GIP), le GRSP associe en son sein :

- l'Etat, représenté par le préfet qui y rappelle le rôle de l'Etat et s'assure de la déclinaison des plans nationaux
- l'Assurance maladie dont l'expertise en matière de prévention s'avère précieuse, tout comme ses capacités de financement.
- l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), chargée de mettre en œuvre l'offre de soins en matière hospitalière
- l'INVS et l'INPES pour l'expertise
- et si elles le souhaitent, les collectivités territoriales, en particulier les conseils régionaux, qui auraient ainsi la possibilité de favoriser des priorités propres à leurs territoires.

S'agissant de ses missions, il faut savoir qu'il incombe au GRSP de « *mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique* » (article 8 de la LPSP) prévues par le PRSP et de rendre compte de l'application de ce PRSP à la Conférence régionale de santé.

De nombreuses attentes ont été placées dans la création de cette institution appelée à être le coordinateur et le « banquier » des PRSP. Les plus-values attendues se situent au niveau de la formalisation de relations partenariales élargies et de la recherche de synergies nouvelles qui constituent de véritables facteurs d'amélioration de la politique de prévention, tout comme la plus grande simplification du paysage institutionnel et la meilleure lisibilité de la mise en œuvre des programmes d'action qui en ressortira, ainsi que l'amélioration de l'articulation entre plans nationaux et déclinaisons locales.

Enfin, il importe d'inscrire la création des GRSP dans le contexte plus large tenant compte de la loi votée quelques jours après la LPSP et relative à l'assurance maladie<sup>5</sup>. En effet, les GRSP ont pour vocation de collaborer avec les missions régionales de santé, et avec les futures agences régionales de santé.

#### **B. La LPSP apporte de nouveaux outils dans le but d'insuffler une nouvelle culture de programmation stratégique et d'évaluation : vers la logique de résultats ?**

Comme en témoigne le rapport qui lui est annexé qui fait état de 100 objectifs nationaux de santé et de 5 plans stratégiques, la LPSP aspire à favoriser dans la conduite de la politique de santé publique l'ancrage d'une nouvelle culture. Ce nouvel esprit est axé autour de la dynamique de la programmation stratégique et de l'évaluation qui tendent à irriguer de plus en plus de champs de l'action publique.

---

<sup>5</sup> Loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

Loi relative à la politique de santé publique et prévention

#### **1. un système de santé désormais soumis à des objectifs pluriannuels et au principe de suivi et d'évaluation : l'aspiration à la diffusion de la « logique de résultats »**

##### **a) La définition d'objectifs pluriannuels**

La mise sous objectifs de notre système de santé représente une innovation majeure de la LPSP. La nécessité de cette définition d'objectifs pluriannuels (qui au plan national incombe à l'Etat) apparaît dès l'article 2-I du texte de loi précité.

Sur la base des travaux préparatoires du groupe technique national de définition des objectifs et du Haut comité de la santé publique, le gouvernement a retenu une liste de 100 objectifs qui figurent dans le rapport annexé à la LPSP. Cette liste d'objectifs tentent de couvrir le plus largement possible l'ensemble des problèmes de santé ayant des répercussions les faiblesses majeures du système de santé français que sont le niveau encore trop élevé de mortalité prématurée et des inégalités de santé. Ainsi, ces objectifs de santé établis pour une période de 5 ans concernent des thèmes majeurs tels que :

- les consommations à risque (alcool, tabac, toxicomanie),
- les habitudes alimentaires (place des fruits et légumes dans la nutrition, problème de l'obésité, etc.),
- l'impact de la situation sociale (précarité et inégalité d'accès aux soins),
- la santé des adolescents<sup>6</sup>,
- les effets du vieillissement (dénutrition du sujet âgé,...),
- etc.

Ces objectifs ne visent donc pas l'exhaustivité mais la représentativité. En outre, ils correspondent le plus souvent à des progrès effectivement réalisables. Lorsque l'état actuel des connaissances<sup>7</sup> le permet, ces objectifs sont assortis de cibles chiffrées. Dans le cas contraire, ils s'accompagnent d'objectifs préalables qui correspondent aux connaissances nécessaires à une quantification.

*In fine*, le but de ces objectifs est de faciliter la réalisation d'un tableau de bord de la santé en France en constituant un cadre de référence permettant aux acteurs de se situer et d'orienter les actions. Leur réalisation, comme explicité précédemment, est placée sous la responsabilité de l'Etat, étant toutefois entendu que pour ce faire, le partenariat de tous les acteurs de la santé est primordial.

##### **b) Le principe de suivi et d'évaluation**

La LPSP est basée sur un principe de suivi et d'évaluation qui mérite une attention particulière, tant il relève d'une culture qui jusque là n'a pas été traditionnellement de rigueur en France. En effet, la LPSP dispose que « *la mise en œuvre de cette loi et des programmes de santé qui précisent son application est suivie annuellement et évalué tous les cinq ans* ». La mise en œuvre d'un tel principe conduira à l'ancrage d'une logique de résultats en tout point bénéfique pour la politique de prévention.

Il est prévu que le suivi de la mise en œuvre soit axé sur le degré de déploiement des actions programmées, tandis que l'évaluation de la mise en œuvre de la loi

---

<sup>6</sup> La présence d'un tel thème témoigne de l'approche populationnelle qui a parfois prévalu dans la définition de ces objectifs pluriannuels de santé.

<sup>7</sup> Il convient de souligner la place faite aux connaissances scientifiques dans cette démarche de définition des objectifs et de quantification, un poids considérable relativement nouveau par rapport aux procédés habituels en la matière qui s'appuyaient essentiellement sur le consensus démocratique.

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

s'intéressera surtout à l'atteinte des objectifs pluriannuels de santé, à la pertinence des différents plans et programmes d'actions. Confiée au Haut conseil de la santé publique, cette évaluation visera en outre à mettre en exergue la mesure dans laquelle cette mise en œuvre aura permis ou non d'améliorer l'état de santé de la population. Il est à noter qu'une évaluation du même genre a lieu au niveau régional.

#### **Zoom sur le rôle dévolu au Parlement par la LPSP:**

Tous les 5 ans, il examine, débat et vote la loi définissant les objectifs de santé publique. Il peut suivre l'état de santé de la population grâce aux indicateurs du rapport annexé. À tout moment, il peut évaluer la mise en œuvre de la loi, en tout ou partie, et des programmes de santé, par l'intermédiaire de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

## **2. une nouvelle dynamique : ancrage et consécration de l'esprit de programmation stratégique**

### ***a) le principe de la programmation***

La démarche n'est pas nouvelle, mais elle trouve avec la LPSP une consécration inédite destinée à l'ancrer durablement dans les modes d'action publique. Dans le champ qui nous intéresse ici, cette démarche consiste en fait en la structuration de l'action de santé publique en divers plans et programmes d'actions qui dans une perspective pluriannuelle - plus précisément quinquennale – donnent la trame du cheminement envisagé pour réaliser les objectifs de santé. On voit bien là le continuum qu'il y a entre la définition d'objectifs pluriannuels de santé et la démarche de programmation ; la première conduisant à renforcer inéluctablement la seconde. Par conséquent, aux côtés des 100 objectifs, le rapport annexé à la LPSP fait apparaître 5 plans stratégiques sur lesquels il convient à présent de s'arrêter.

### ***b) Les plans nationaux stratégiques d'inspiration hautement préventive qui en découlent***

Les différents plans stratégiques qui seront présentés ci-après ont pour caractéristique commune leur focalisation sur les risques et les pathologies auxquelles il faut faire face dans une optique préventive. Ils ont pour effet de renforcer la place de la prévention dans la politique française de santé publique.

#### **(1) Le plan national de lutte contre le cancer (2003-2007)**

- **La lutte contre le cancer, enjeu majeur de santé publique :**
- Le cancer est la deuxième cause de décès en France (un décès sur quatre) et la première cause de mortalité avant 65 ans.
- Bon nombre de ces cancers pourraient être évités par un renforcement de l'action préventive sur des facteurs de risque connus comme le tabac, l'alcool, la nutrition et les risques professionnels et environnementaux.
- Dans le cadre de cette lutte contre le cancer, un renforcement de la politique du dépistage et de l'accès individuel au dépistage serait opportun.

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

- Mis en œuvre dès 2003, ce plan national comprend 70 mesures articulées autour de grands axes stratégiques :
  - A l'occasion de son second mandat, l'ancien Président de la République, Jacques Chirac, avait fait de cette lutte contre le cancer une de ces priorités.
  - Fort de ce soutien politique, le plan national de lutte contre le cancer fut mis en œuvre dès 2003, pour une période allant donc jusqu'en 2007.
  - Il fut établi sous la forme de 70 propositions d'actions déclinées autour de 6 grands axes opérationnels :
    - le renforcement de la prévention afin de rattraper notre retard (mesures 1 à 20)
    - l'amélioration de l'organisation du dépistage (mesures 21 à 29)
    - l'amélioration de la qualité des soins centrés autour du patient (mesures 29 à 53)
    - l'amélioration de la prise en charge du patient (rendre son accompagnement plus humain et plus solidaire, mesures 54 à 60)
    - l'avènement d'une formation plus adaptée (mesures 61 à 65)
    - un renforcement de la recherche (mesures 66 à 70)<sup>8</sup>.
- La LPSP créa une nouvelle institution chargée de coordonner l'ensemble des actions de la lutte contre le cancer : l'Institut National du Cancer (INCa)

Constitué sous forme de GIP<sup>9</sup>, cet organisme qui vu le jour en mai 2005, est l'un des acteurs principaux de la mise en œuvre du plan cancer de par sa vocation d'agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie. Travaillant avec ses deux ministères de tutelle – recherche et santé –, l'INCa répond<sup>10</sup> et encourage les réflexions que partagent professionnels de santé et patients tels la qualité des soins et des pratiques, la coordination des acteurs, l'écoute des patients, le soutien à la recherche et aux innovations...

#### (2) Le plan national de lutte pour limiter l'impact de la violence sur la santé (2004-2008)

- Les enjeux en présence :
  - La violence concerne tous les âges de la vie (de la petite enfance à la vieillesse) se présente sous de multiples formes (violence physique, agression sexuelle, violence institutionnelle, violence contre soi-même,...) et se situe aussi bien dans la sphère privée que dans la sphère publique.
  - Malgré un manque d'informations permettant de quantifier précisément l'impact de la violence sur la santé, il est bien établi que l'exposition à des phénomènes de violence engendre des conséquences néfastes sur le cours de la vie et constitue bel et bien un facteur de risque de pathologie, même des années après, en particulier dans le cas de psycho-traumatismes.
  - L'OMS a réalisé des travaux sur la thématique « violence et santé ». Les conclusions de ces travaux rassemblés dans un rapport paru en 2002 et intitulé « *Rapport mondial sur la violence et la santé* » font notamment de la violence un « défi planétaire » qui engendre un coût non négligeable à la fois en termes d'impact sur la santé des victimes

---

<sup>8</sup> Pour une connaissance plus en détail des 70 mesures du plan cancer, le document suivant pourra être consulté via le lien [http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/cancer/plaquette\\_cancer.pdf](http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/cancer/plaquette_cancer.pdf)

<sup>9</sup> L'institut associe l'Etat et les acteurs de la lutte contre le cancer, professionnels de la santé, de la recherche, et représentants de patients.

<sup>10</sup> Accès au site internet de l'INCa : [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

et de fardeau pour les établissements de santé. Une telle approche de la violence fut relayée en France par le Haut comité de santé publique. Ne pouvant rester indifférents à de telles conclusions, la lutte contre l'impact sanitaire de la violence est rapidement devenue une priorité de santé publique qui trouva sa traduction concrète avec ce plan stratégique inscrit dans le rapport annexe de la LPSP.

- L'élaboration de ce Plan Violence et Santé fut utilement précédé de travaux préliminaires d'un comité d'orientation interministériel placé sous la présidence du Dr. Anne Tursz<sup>11</sup>
- Le Dr. Tursz est directeur de recherche à l'INSERM, pédiatre et épidémiologiste.
- Les travaux conduits par le comité dont elle assura la présidence ont été synthétisés dans le cadre d'un rapport remis au ministre de la santé en octobre 2005.
- Le comité axa ses travaux sur les 6 thématiques suivantes :
  - genre et violence,
  - violence et santé mentale,
  - violence-travail et emploi,
  - personnes âgées dépendantes et handicapées,
  - Institutions-organisations et violence,
  - enfants, adolescents, et jeunes.
- La matière scientifique et autres analyses fournies par ce rapport servi de base à l'élaboration du Plan violence et santé, pour lequel une déclinaison régionale fut vivement recommandé.

#### (3) Le plan national de lutte pour améliorer de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

- Enjeux autour des maladies chroniques :
- En France, près de 15 millions de personnes sont atteintes de maladies chroniques, c'est-à-dire des maladies durables qui provoquent des incapacités, qui sont évolutives et posent des difficultés d'ordre personnel, familial et social. Ainsi, sont considérées comme maladies chroniques des affections comme le diabète, l'asthme, la sclérose en plaques, le SIDA, le cancer<sup>12</sup> mais aussi les maladies génétiques.
- Si en règle générale, la médecine ne peut pas guérir ces maladies chroniques, elle peut en revanche prévenir leur apparition, prévenir ou au moins limiter les complications et agir pour qu'elles aient un impact le moindre possible sur la qualité de vie des malades.
- Objectif et stratégies d'action inscrites dans ce plan finalement présenté en 2007

Parce que ces maladies chroniques atteignent en profondeur la qualité de vie de ceux qui en souffrent, ce plan ambitionne d'y remédier en mettant en place les conditions nécessaires. Pour atteindre cet objectif, ce plan comporte 15 mesures articulées autour de 4 axes :

---

<sup>12</sup> Ce plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques chronique coexiste donc les plans concernant les maladies chroniques déjà mis en place comme le plan cancer.

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

Axes stratégiques	Principales mesures correspondantes
Permettre au malade de mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer	<ul style="list-style-type: none"><li>- distribution aux patients de cartes individuelles d'information et de conseils</li><li>- ouverture d'un portail internet sur les maladies chroniques</li><li>- participation des associations de patients à la rédaction de programmes éducatifs et à l'élaboration de recommandations de pratique clinique</li></ul>
Elargir la pratique médicale à la prévention et à l'éducation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"><li>- intégrer l'éducation thérapeutique à la formation médicale</li><li>- rémunération de l'activité d'éducation patient</li><li>- favoriser l'intégration de nouveaux acteurs de prévention</li></ul>
Tout mettre en œuvre pour faciliter la vie au quotidien des malades chroniques	<ul style="list-style-type: none"><li>- développer un accompagnement personnalisé et de nouveaux métiers pour la coordination médico-sociale</li><li>- favoriser le maintien du malade dans la vie professionnelle via la recherche d'aménagements concertés avec les employeurs</li><li>- augmentation de l'offre de prise en charge à domicile</li><li>- élargissement du champ de la PCH (prestation de compensation du handicap) pour aider les parents atteints de maladies chroniques à s'occuper de leurs enfants</li></ul>
Mieux connaître les conséquences des maladies chroniques sur la qualité de vie (pour une plus grande efficacité des actions)	<ul style="list-style-type: none"><li>- développement prévu pour 2008 d'une coordination nationale des données épidémiologiques</li><li>- lancement du premier programme de recherche clinique sur la qualité de vie</li></ul>

#### (4) Le plan national pour l'amélioration de la prise en charge des maladies rares

##### ▪ Quelques chiffres :

- A l'heure actuelle, 7000 maladies rares<sup>13</sup> ont été recensées, et 200 à 300 nouvelles maladies rares sont décrites chaque année.
- Environ 3 millions de personnes sont atteintes de maladies rares.

- Ce plan national est piloté par la DHOS avec l'appui de la DGS notamment sur le volet diagnostic et prévention des complications.

<sup>13</sup> On considère comme maladie rare celle qui atteint une personne sur 2000 dans une population générale, soit moins de 30 000 personnes en France.



## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

- Les mesures prévues par ce plan poursuivent un objectif non quantifié clairement inscrit dans la LPSP : « *assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge* ». Y concourent en particulier les mesures visant à :
  - développer l'information des professionnels et du public,
  - à rendre les tests diagnostiques plus accessibles,
  - à mettre en place des centres de référence.

#### (5) Le plan national santé environnement

Ce plan national vise à lutter contre l'impact sur la santé des facteurs environnementaux. Il s'agit d'atteindre, par le biais des stratégies d'action prévues par ce plan, la quinzaine d'objectifs en santé environnement et santé travail retenus dans le rapport annexé à la loi. Il importe aussi de coordonner les actions des nombreux organismes concernés par ce domaine.

Le champ de ce plan est fixé par la loi : détection, évaluation et gestion de l'ensemble des risques sanitaires liés aux agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie, y compris le milieu de travail. La LPSP dispose également que ce plan quinquennal se doit d'être mis en œuvre dans les régions de façon identique aux PRSP.

Les enjeux rattachés à ce plan résident dans la nécessité de :

- développer une approche intégrée et globale prenant en compte l'ensemble des polluants et des milieux de vie afin de franchir une étape supplémentaire dans la lutte contre les risques sanitaires liés à l'environnement,
- introduire plus de visibilité dans ce domaine et favoriser une hiérarchisation des risques pour une plus grande efficacité des actions,
- fédérer la multitude d'acteurs publics nationaux et locaux intervenant dans le champ de la santé environnementale.

Sur la base d'un diagnostic de l'état des risques sanitaires liés à l'environnement dans notre pays, le PNSE (2004-2008) a mis en exergue 45 actions principales à mettre en œuvre entre 2004 et 2008 centrées sur les trois axes stratégiques suivants :

- respirer un air de bonne qualité, boire une eau de bonne qualité,
- prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers,
- mieux informer le public et protéger les populations sensibles.

#### **C. Les autres outils mis en place par la LPSP en vue de renforcer la prévention**

- Renforcement du rôle de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)
- Renforcement du dépistage et de la prévention en milieu scolaire
- Création des programmes de santé : consultations médicales périodiques de prévention, examens de dépistage et actions
- Modernisation (à la suite de la canicule de l'été 2003) du système de veille, d'alerte, et de gestion des situations d'urgence, afin de pouvoir apporter des réponses plus réactives aux crises sanitaires :
  - clarification des missions de l'Institut de veille sanitaire (InVS)
  - développement des systèmes d'information
  - amélioration de la transmission des données

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

Avec de telles dispositions, la LPSP nous apparaît comme jetant les bases d'un développement des politiques de prévention dans notre pays. Cinq idées essentielles sont à retenir de la LPSP. On peut les résumer par « les 5 R » :

- Responsabilité (de l'Etat et du Parlement),
- Résultats (sur l'état de santé de la population, le gouvernement rendant compte de l'impact de son action tous les cinq ans),
- Rationalisation (des structures simplifiées et clarifiées pour la politique de santé publique),
- Régionalisation (avec les conférences régionales de santé, les PRSP),
- Réseau (rassemblement des différents partenaires au sein du GRSP).

## **II. L'implication croissante de la DGS en faveur de la prévention**

Cette mise en valeur des travaux pilotés par la DGS dans le but de favoriser une amélioration de la place de la prévention dans le système français ne se veut tout naturellement pas exhaustive. Seuls quelques exemples jugés par la mission comme étant particulièrement emblématiques de l'engagement de la DGS seront explicités ci-après (modalités d'organisation, portée, etc. ). L'exposé de ces exemples mettra au jour une certaine gradation dans la démarche de la DGS, à savoir dans un premier temps une implication dans des thématiques ciblées (A) avant d'évoluer vers une démarche plus globale épousant plus largement les divers aspects de la prévention (B), en particulier au travers de la réunion d'Etats Généraux (EG) de la Prévention.

*Nota Bene : le rôle primordial de la DGS dans le pilotage du volet préventif des plans stratégiques nationaux.* La DGS est chargée de piloter une bonne partie des textes réglementaires nécessaires à la mise en œuvre de la LPSP ; soit un rôle important pour que dans le passage du texte de loi au terrain, l'intention du législateur puisse être respectée. Elle a joué aussi un rôle tout aussi primordial dans le pilotage du volet préventif des différents plans stratégiques nationaux exposés supra.

### **A. D'une démarche ciblée : les exemples du pilotage par la DGS des Etats Généraux Alcool et de l'élaboration de la stratégie d'actions santé précarité (SASP)...**

#### **1. les EG Alcool : un large débat citoyen**

*a) De la nécessité d'agir contre l'impact de la consommation excessive de l'alcool sur la santé des français. Quelques faits et chiffres :*

**→ alors que les effets néfastes de l'alcool sont connus :**

- L'alcool est la *deuxième cause de mortalité évitable* en France (après le tabac) : 45 000 décès par an seraient amputables à l'alcool.
- L'alcool agit également comme « *facteur associé* » dans l'apparition de nombreuses pathologies. Il est en cause dans plus d'un accident mortel sur quatre. Il joue aussi un rôle dans l'apparition de certains troubles mentaux ainsi que les violences.
- L'alcool est la *première cause non génétique de l'handicap mental chez l'enfant*.

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

#### → *la consommation d'alcool, qu'elle soit occasionnelle ou excessive reste élevée*

- L'alcool est avec le tabac *la substance psychoactive la plus consommée en France*. Les français perçoivent l'alcool comme faisant partie intégrante du patrimoine culturel français et de l'art de vivre à la française.
- En 2005, près de 14% de la population a déclaré avoir consommé de l'alcool tous les jours de l'année, tous alcools confondus<sup>14</sup>.
- *La consommation régulière d'alcool des jeunes progresse.*

#### **b) Objectifs de l'organisation d'Etats Généraux Alcool**

La décision de réunir dès le mois de septembre 2006 des Etats généraux sur la thématique de l'alcool fut précédée de la remise en novembre 2005 d'un rapport de l'IGAS sur une telle perspective. Il s'agit de faire progresser par ce biais la réflexion collective sur ce véritable problème de santé que représente la consommation excessive d'alcool. En organisant ces états généraux, l'objectif est de sortir cette thématique des traditionnels débats réservés aux professionnels ou aux acteurs institutionnels. La volonté du gouvernement fut d'ouvrir la discussion à l'ensemble des citoyens, de faire de ces Etats généraux, outre une source d'information simple et accessible sur ma consommation de l'alcool en France et ses risques, un véritable débat citoyen. *In fine*, il s'agit au travers de ces états généraux de préparer une refonte de la politique de santé en matière d'alcool qui tienne compte des positions exprimées.

#### **c) Le dispositif déployé en conséquence**

Afin d'associer les citoyens aux futurs choix de santé publique sur le thème de l'alcool, ces « Etats généraux de l'alcool : consommation, modes de vies, santé » ont consisté en l'ouverture de lieux d'échanges ouverts au public dans les régions dans le cadre de forums régionaux<sup>15</sup>.

Chaque région avait le choix pour les débats de son forum entre l'un ou plusieurs des 6 thèmes retenus au niveau national par le Comité national d'orientation représentant l'ensemble des administrations et des institutions concernées par le sujet. Ces thèmes, au nombre de 6, sont les suivants :

- alcool et modes de vie
- alcool, travail et emploi
- alcool et publics sensibles
- alcool et situations à risque
- alcool et inégalités
- alcool et violence.

En outre, dans chacune des régions, un jury citoyen représentatif eut pour mission d'interroger les experts, de se forger une opinion et enfin d'émettre un avis citoyen. Les personnes membres de ce jury citoyen ont été tirées au sort. Il était simplement exigé d'eux de ne pas avoir de lien ni avec le secteur économique de l'alcool, ni avec le secteur de la santé.

---

<sup>14</sup> Le vin représente un peu plus de 60% de la consommation totale d'alcool.

<sup>15</sup> 26 forums régionaux eurent lieu, organisés par les DRASS.

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

Un site internet spécifique aux Etats généraux de l'alcool fut mis en place. Il offre aux internautes : la possibilité d'acquérir des connaissances précises sur les données disponibles sur l'alcool et l'opportunité d'y déposer une contribution en participant librement aux forums en ligne.

A la suite de ces forums régionaux et de la mise en place de ce site internet, une grande journée de clôture fut organisée au niveau national afin de restituer les différentes positions qui ont ainsi pu être exprimée. Cette journée fut aussi l'occasion de relayer les recommandations des jurys citoyens et de faire intervenir à la tribune des experts et le public.

Au final, les états généraux apparaissent comme une démarche inédite qui a su garantir sur un sujet complexe à la fois la représentativité de la diversité des opinions qui traverse la société française, la transparence (les synthèses des débats régionaux, des contributions individuelles et la synthèse de la journée de clôture sont accessibles en ligne sur le site internet [www.etatsgenerauxalcool.fr](http://www.etatsgenerauxalcool.fr)), et l'ouverture (ensemble de la population française a été invitée à participer aux débats).

### **2. L'élaboration de la Stratégie d'Actions Santé Précarité (SASP) afin d'améliorer la santé des populations en situation de précarité**

Sujet particulièrement important dans le cadre de la thématique du présent rapport, l'amélioration de la santé en situation de précarité a également fait l'objet de travaux concertés associant sous la coordination de la DGS d'autres directions du ministère de la santé ( Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, Direction Générale de l'Action Sociale) et d'autres institutions telles que la délégation interministérielle à la ville ou encore la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).

En effet, il importait d'élaborer une stratégie d'actions en la matière, de surcroît après la mise en exergue par le HCSP du fait « [...] *qu'il existe en France probablement de dix à quinze millions de personnes qui dans une période récente de leur vie ont à un moment ou à un autre perdu quelques-unes des sécurités essentielles qui assurent une certaine stabilité, et vivent donc dans une situation de grande vulnérabilité, notamment du point de vue de leur santé* »<sup>16</sup>, et surtout suite à la prise de conscience que le pays compte désormais un million de mineurs pauvres, 2,5 millions de bénéficiaires de l'aide alimentaire, un million de travailleurs pauvres et près de 5 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire ; étant entendu que le postulat de départ de ces travaux était l'intrication entre les parcours de vie défavorables, les situations de précarité et les problèmes de santé et d'accès aux soins.

Tout en gardant à l'esprit la nécessité d'une réponse plurielle outrepassant largement le champ de la santé publique, les différents acteurs rassemblés sous l'égide de la DGS à l'occasion de l'élaboration de cette stratégie ont dégagé des pistes d'actions sanitaires s'appuyant sur les principes suivants :

- maintenir un lien étroit entre santé et social mais identifier clairement ce qui, tant en termes de budget que de responsabilité relève de l'un ou l'autre secteur ;

---

<sup>16</sup> Extrait d'un rapport publié en 1998 par le Haut comité de santé publique, intitulé *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*.

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

- renforcer la qualité des soins prodigués à l'hôpital (PASS, notamment) comme en ville. En effet, pour les populations les plus en difficulté, la demande de soins est le plus souvent la seule initiative témoignant d'une démarche de santé.
- S'appuyer sur les résultats positifs de la loi de lutte contre les exclusions pour améliorer les actions de santé envers les plus démunis.
- Mettre en œuvre, de façon transitoire, les dispositifs les plus adaptés à certaines caractéristiques des publics vulnérables, même si l'accès au droit commun doit être l'objectif finalement poursuivi.

Les propositions d'actions au cœur de cette SASP s'articulent autour des sept axes stratégiques suivants :

1. mettre effectivement les populations précaires au cœur des politiques de santé publique ;
2. améliorer l'accès à une couverture maladie ;
3. améliorer l'accès à des soins de qualité ;
4. agir précocement sur l'enfant et la famille ;
5. accentuer l'effort de prévention en agissant sur les principaux facteurs de risque comportementaux et environnementaux ;
6. mener des actions spécifiques ;
7. encourager la recherche et la diffusion des savoirs.

#### **B. ...à une démarche plus globale : le récent pilotage par la DGS des Etats Généraux de la Prévention**

##### ***1. L'objectif : faire émerger une nouvelle stratégie nationale pour une politique de prévention renouvelée, plus visible et plus cohérente***

Les Etats Généraux (EG) de la Prévention font partie intégrante d'un processus lancé en 2006 par le ministre de la santé afin d'aboutir à une stratégie nationale visant à renouveler l'approche et la politique françaises de prévention tout en renforçant la visibilité et la cohérence. Plus précisément, avec la mise en place de cette méthodologie spécifique qu'est celle de la tenue d'EG, les buts affichés a priori étaient de « *mieux connaître les réalités de la prévention et de définir comment renforcer celle-ci à partir de l'appréciation des besoins de nos concitoyens* »<sup>17</sup>.

*« Mettre en valeur les priorités régionales et les actions locales, concrétiser la démarche de prévention et en assurer une meilleure prise en charge, améliorer la cohérence entre prévention et soins : tels sont les objectifs des Etats Généraux, au bénéfice de la santé de tous les Français »*<sup>18</sup>

##### **2. Le dispositif / la démarche : entre expertise et concertation élargie**

Afin de donner cette nouvelle impulsion à la prévention, la démarche retenue associe mobilisation de savoirs experts au sein de commissions spécifiques et concertation élargie sous forme d'EG ; les deux étant complémentaires tant compte tenu de leur articulation concrète qu'au regard de leur nécessité conjointe pour l'atteinte des objectifs précités.

<sup>17</sup> Communiqué de presse du Ministre de la Santé ( à l'époque Xavier Bertrand) en date du 11 septembre 2006.

<sup>18</sup> Communiqué de presse du Ministre de la Santé ( à l'époque Xavier Bertrand) en date du 11 septembre 2006.

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

Ainsi, les EG prévention (qui ont consisté en **des assises nationales** tenues en octobre 2006, et déclinées localement dans le cadre de **forums régionaux** organisés entre décembre 2006 et début 2007) ont été précédés et suivies de travaux et réunions régulières d'une commission d'experts nommée « **commission d'orientation prévention** », et furent pilotés sous l'égide de la DGS notamment par le biais de l'animation à rythme soutenu d'un **comité de pilotage**. De nombreux collectifs d'usagers, associations de patients, et sociétés savantes ont été étroitement associés à la démarche lors d'une série d'auditions et ont bénéficié d'une écoute attentive.

#### ***Zoom sur la Commission d'orientation prévention : composition et rôle***

- Une commission dont la présidence a été confiée au Dr. Jean-François Toussaint, praticien hospitalier et cardiologue.
- Une commission réunissant 17 experts et à laquelle divers acteurs institutionnels ont été associés : les directions du ministère de la santé, la CNAMTS, la HAS, l'InVS, l'Inserm, l'INCA, l'INPES, la FNORS, la Mutualité Française, la DGT (travail) et la DGESCO (éducation nationale, enseignement scolaire).
- La mission qui lui a été dévolue :
  - réalisation d'un diagnostic / état des lieux ;
  - proposition d'orientations d'actions et définition de priorités à aborder lors des EG ;
  - évaluation de l'efficacité des dispositions prises ou préconisées en matière de prévention, ainsi que des renforcements nécessaires des rôles des différents acteurs intervenant dans le champ de la prévention.
- Productions attendues :
  - Un rapport préliminaire ( diagnostic, recommandations, propositions d'actions pour l'évolution des dispositifs de prévention )
  - Un rapport final, à la suite des assises nationales

➔ *Le rapport préliminaire a été rendu par la commission en septembre 2006. Le rapport final, intitulé « Stratégies nouvelles de prévention » a été restitué en décembre 2006*

### **3. Des apports majeurs en termes de perspectives opérationnelles d'évolution pour la politique de prévention**

***➔ Le choix concerté de priorités et de mesures visant un nouvel élan à la politique de prévention***

Les assises nationales des EG de la Prévention et le rapport de synthèse de la commission d'orientation de la prévention qui s'ensuivit ont débouché sur la mise en avant de priorités et d'une série de mesures dont quinze d'entre elles ont été retenues par le ministre de la santé et pour le déploiement desquelles le gouvernement a accordé plus de 128 millions d'euros en 2007.

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

➤ Les cinq priorités retenues à la suite de la tenue des EG Prévention :

- **Agir à des étapes clés du parcours de vie de chacun.**
- **Renforcer le rôle des professionnels de santé.**
- **Développer la prévention dans les lieux de vie que sont l'école et l'entreprise.**
- **Favoriser la prise en charge précoce de deux maladies chroniques** par le remboursement des soins préventifs du pied chez les patients diabétiques et par celui du diagnostic de l'hémochromatose génétique.
- **Faciliter la mobilisation des associations qui interviennent en prévention.**

➤ Les quinze mesures :

- **Mesure 1 : « Mieux faire connaître à tous les parents les structures de soutien à la parentalité »**, notamment par le truchement d'un renforcement de l'information existante et de l'élaboration d'un guide d'aide à l'élaboration d'actions de soutien à la parentalité dont la publication est prévue pour le second semestre 2008.
- **Mesure n°2 : « Prévention des risques cardio-vasculaires chez les adultes de plus de 35 ans »**. Placé sous la conduite de la CNAMTS, ce programme d'action basé que des campagnes d'informations mettant en valeur les bonnes pratiques sera déployé sur le terrain d'ici à la fin de l'année 2008. Il s'adresse à la fois aux professionnels de santé et au public.
- **Mesure n°3 : « Prévention des facteurs de risque dans les premiers mois de la grossesse pour les femmes de 20 à 35 ans »**, en mettant en œuvre une campagne de sensibilisation (remise de guides aux professionnels libéraux, rappel des recommandations de la HAS en la matière, information directe ( via le site *améli* ou l'envoi de documents joints aux feuilles de remboursement) des femmes enceintes ou désirant l'être sur les facteurs de risque et les actions de prévention indispensables, définition d'indicateurs de suivi au niveau de l'Assurance maladie,...)
- **Mesure n°4 : « Consultation de prévention pour les 70 ans »**. Cette mesure a fait l'objet d'une réorientation vers un dispositif plus léger, plus adapté à la pratique de la médecine libérale, et proche de la démarche préventive du plan « Bien vieillir », à la suite des conclusions qui ont pu être tirées des résultats de son étude de faisabilité ( rapport final<sup>19</sup> remis fin novembre 2007 par l'ISPED<sup>20</sup> de Bordeaux) puis de son expérimentation.
- **Mesure n°5 : « Améliorer la santé bucco-dentaire par la prévention à différents âges »**. Les principales actions réalisées dans le cadre de cette mesure sont :
  - la réalisation d'une nouvelle enquête sur l'état de santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans
  - mise en œuvre d'un programme pilote sur l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes handicapées mis en œuvre (2000 personnes ; 50

---

<sup>19</sup> Ce rapport souligne que les médecins n'étaient pas satisfaits de cette consultation qu'ils trouvent trop longue (1h15 pour une première consultation, puis 1h00) et trop complexe. D'autre part, les troubles repérés (troubles cognitifs et urinaires notamment) ne relevaient plus d'une démarche de prévention mais plutôt d'une démarche de soins. Par ailleurs, ils ajoutent que cette consultation n'était pas suffisamment rémunérée.

<sup>20</sup> ISPED : Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement.

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

Loi relative à la politique de santé publique et prévention

établissements) dans le cadre d'une convention DGS/ ASPBD ( acteurs en Santé Publique Bucco-Dentaire) depuis décembre 2006

- organisation d'un colloque sur la prévention des cancers buccaux
- signature et publication des conventions avec les chirurgiens dentistes et stomatologistes intégrant le nouveau dispositif de prévention (Examen Bucco-Dentaire (EBD) + soins de suite) pour les 6/9/12/15/et 18 ans
- lancement de la campagne de communication « M'T dents » en soutien du dispositif EBD : janvier/07

NB : Des actions prévention ciblées sur les enfants de 4 ans et les établissements d'hébergement pour personne âgées dépendantes (EHPAD) sont prévues pour le courant de l'année 2008. Il est aussi envisagé de poursuivre la campagne de communication.

- **Mesure n°6 : « Expérimentation de la consultation familiale de prévention sur une région pilote, adossée à une évaluation médico-économique ».** L'évaluation médico-économique a pour objet les consultations de prévention. Certains acteurs ont fait remarqué les difficultés que connaissent encore ces outils au moment de leur phase d'expérimentation pour parvenir à toucher non pas seulement les populations habituées aux visites fréquentes chez le médecin, mais aussi les populations dites cibles, habituellement plus éloignées de l'accès aux soins ( populations précaires, etc.). nécessité d'intégrer la pratique quotidienne des médecins.
- **Mesure n°7 : Extension aux EHPAD, et implication des pharmacies, infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et travailleurs sociaux des mesures de prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les plus de 65 ans.** Cette septième mesure entraîna :
  - une campagne d'information en direction des médecins traitants
  - campagnes d'échanges confraternels avec remise mémo benzodiazépines et fiche HAS « prescrire chez le sujet âgé »
  - extension (en cours) de l'action de l'Assurance maladie à l'intérieur des EHPAD en y organisant des rencontres entre les différents acteurs concernés
  - Intégration des pharmaciens d'officines à la démarche et projet de convention entre les officines et les EHPAD sans pharmacie à usage interne, mais des difficultés particulières ont été rencontrées à ce niveau en raison de l'absence de consensus entre les pharmaciens d'officine et les EHPAD notamment sur la préparation des doses à administrer.
- **Mesure n°8 : Formation initiale des professionnels de santé en éducation pour la santé.** Il est à noter que les actions de cette mesure entrent dans le cadre des activités pérennes de l'INPES.
- **Mesure n°9 : Développement de l'activité d'éducation du patient pour les personnes atteintes de maladies chroniques.**  
Cette mesure qui a pour référence le plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques, comporte 3 volets :
  - un volet hôpital, avec notamment un état des lieux sur les activités d'éducation thérapeutique financées à l'hôpital a ainsi pu être réalisé



## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

- un volet ville, visant à développer après expérimentation des programmes personnalisés d'accompagnement des malades chroniques, à améliorer la qualité des pratiques professionnelles en la matière via l'élaboration de référentiels communs,
- et un volet transversal, qui eu pour principal effet la publication en juin du guide HAS/INPES sur la « structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » (juin 2007), et qui suscita des réflexions sur le mode de financement de l'éducation thérapeutique du patient.

Une étude fut par ailleurs confiée à l'ISPED sur l'identification des expérimentations conduites en France sur ces thématiques et le développement de programmes personnalisés d'éducation du patient.

Le suivi de la mise en œuvre de cette mesure a été assuré par le comité de suivi du plan maladies chroniques.

- **Mesure n°10 : Prévention des pathologies rachidiennes et discales en milieu de travail.** Une campagne de communication, avec pour slogan « *TMS, en parler c'est déjà les faire reculer* » fut au cœur de cette mesure.
- **Mesure n° 11 : « Inscrire l'éducation à la santé et la promotion de la santé dans les projets académiques, dans les projets d'établissements de chaque EPLE et dans les projets d'école.** Les étapes réalisées conformément à l'objet de cette onzième mesure sont :
  - décret du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences
  - décret du 9 septembre 2005 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement, article sur le CESC
  - Edition du guide méthodologique « *Education à la santé en milieu scolaire : Choisir, élaborer et développer un projet* » (édition INPES, décembre 2006) , diffusion de la version papier et mise en ligne du guide sur les sites internet de l'INPES et d'Eduscol ( avec un succès certain compte tenu du nombre de téléchargement)
- **Mesure n° 12 : « Intégrer l'éducation à la santé la formation initiale et continue des personnels de l'Education nationale ».** Les actions de cette mesure sont finalement rentrées dans le cadre des activités pérennes de l'INPES qui au-delà de la formalisation de l'outil de formation rendu obligatoire par exemple dans la formation initiale au niveau des IUFM a donc assuré le suivi de la mise en œuvre opérationnelle de cette mesure.
- **Mesure n°13 : Prévention du pied diabétique**

Cette treizième mesure fut articulée avec le plan maladies chroniques et était assorti à l'objectif chiffré suivant : éviter 15 000 amputations par an. A cet effet, une convention Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) fut signée avec les pédicures-podologues contenant le dispositif de séances remboursées de prévention du pied diabétique de grade 2 et 3 sur prescription médicale et une décision de nomenclature de l'UNCAM fut également élaborée, afin de favoriser les remboursements effectifs.
- **Mesure n°14 : Dépistage de l'hémochromatose génétique.** Grâce à la réalisation de cette action, ce dépistage est désormais remboursé par l'assurance maladie (*cf. décision UNCAM publiée au JORF du 30 mars 2007*)

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

- **Mesure n°15 : Faciliter la mobilisation des associations qui interviennent en prévention.** La mise en œuvre de cette mesure associa la DGS et l'INPES. Ce dernier se chargea notamment de l'élaboration d'un référentiel qualité, tandis que la DGS mit à profit l'outil interministériel « Subenet » développé par la Direction Générale de la Modernisation de l'Etat (DGME) avec pour vocation d'être utilisé par l'ensemble des administrations politique pour porter les demandes de subventions des associations, assura des diverses formation à l'usage de cet outil, ainsi que le déploiement de subvention en ligne dans les GRSP.

#### **Tableau récapitulatif des priorités retenues et des mesures mises en œuvre pour les concrétiser.**

<b>PRIORITES RETENUES</b>	<b>MESURES MISES EN ŒUVRE A CET EFFET</b>
<b>Agir à des étapes clés du parcours de vie de chacun</b>	<p>→ <i>Des actions de dépistage à des âges clés de la vie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- prévention bucco-dentaire à 6 et 12 ans (cf. mesure n°5)</li><li>- prévention des risques cardiovasculaires à 35 ans (cf. mesure n°2)</li><li>- prévention des dépendances à 70 ans (cf. mesure n°4)</li></ul> <p>→ <i>Des actions de prévention dans des situations spécifiques :</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- femmes enceintes : prévention des facteurs de risque dans les premiers mois de la grossesse (cf. mesure n° 3)</li><li>- parents : mieux faire connaître aux parents les structures de soutien à la parentalité ( cf. mesure n° 1)</li><li>- consultation familiale de prévention (cf. mesure n°6)</li></ul>
<b>Renforcer le rôle des professionnels de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- intégration de l'éducation à la santé dans leur formation initiale (cf. mesures n°8 et 12) et continue (cf. mesure n°12)</li><li>- mesure n° 9 : développement de l'activité d'éducation du patient pour les personnes atteintes de maladies chroniques</li></ul>
<b>Développer la prévention dans les lieux de vie que sont l'école et l'entreprise</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mesure n°10 : Prévention des pathologies rachidiennes et discales en milieu de travail.</li><li>- diffusion d'un guide pour la mise en place de projets académiques et scolaires d'éducation à la santé (cf. Mesure n° 11)</li><li>- systématisation de la formation initiale des personnels de l'éducation nationale en éducation à la santé dans les IUFM (cf. mesure n°12)</li></ul>
<b>Favoriser la prise en charge précoce de deux maladies chroniques</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- remboursement des soins préventifs du pied chez les patients diabétiques (cf. mesure n°13)</li><li>- remboursement du diagnostic de l'hémochromatose génétique (cf. mesure n°14)</li></ul>
<b>Faciliter la mobilisation d'associations qui interviennent en prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- mise ne place d'une démarche qualité, simplification des modalités de financement, etc. (cf. mesure n°15)</li></ul>

**Rapport Flajolet**  
Annexe 3  
Loi relative à la politique de santé publique et prévention

**BIBLIOGRAPHIE :**

▪ **Textes législatifs et réglementaires**

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Ordonnances dites « Juppé » du 24 avril 1996 (sur les mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée).
- Décret du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences
- Décret du 9 septembre 2005 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement
- Arrêté modifié du 15 septembre 2006 portant création de la commission d'orientation des Etats Généraux de la Prévention
- Arrêté du 12 juin 2006 portant création de la commission d'orientation des Etats Généraux de la Prévention

▪ **Rapports officiels :**

- Haut comité de santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, 1998
- OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002
- IGAS, *Rapport préparatoire sur la perspective d'organisation d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme*, 2005
- Comité d'orientation interministériel, *Violence et Santé*, Rapport préparatoire au « Plan Violence et Santé », octobre 2005.
- Commission d'Orientation Prévention, *Stratégies nouvelles de prévention*, Rapport d'étape, septembre 2006
- Commission d'Orientation Prévention, *Stratégies nouvelles de prévention*, Rapport final décembre 2006
- IGAS, Ministère de la Santé et INPES, *Etats généraux de l'alcool. Septembre - décembre 2006*, rapport de synthèse
- ISPED de Bordeaux, Rapport final sur la faisabilité de la mesure relative aux consultations de prévention, 2007

▪ **Revue et articles**

- Société Française de Santé Publique, *La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, in *Santé Publique*, décembre 2004
- TREPEAU Maurice, *La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*, in *Regards sur l'actualité* n°308, Février 2005

▪ **Autres documents**

- DGS, *La LPSP : objectifs et enjeux*, Brochure pédagogique.
- Communiqué de presse du ministre de la santé en date du 11 septembre 2006.
- *Les Etats généraux de la prévention : cinq priorités et quinze mesures pour donner un nouvel élan à la politique de prévention*, Communiqué de presse du ministère de la santé et des solidarités du 3 janvier 2007

## Rapport Flajolet

### Annexe 3

#### Loi relative à la politique de santé publique et prévention

- INPES, *Education à la santé en milieu scolaire : Choisir, élaborer et développer un projet* », guide méthodologique, décembre 2006

-

#### ▪ **Sites internet :**

- Site internet du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- Site internet de l'INCa : [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
- Site de l'INPES : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)
- Site internet des états généraux de l'alcool : [www.etatsgenerauxalcool.fr](http://www.etatsgenerauxalcool.fr)
- Site de Légifrance : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

**ANNEXE 4 :**  
**Les recommandations aux professionnels de santé en matière de prévention : état des lieux et limites d'un système fragmenté**

L'ensemble des recommandations à l'adresse des professionnels de santé émis tant par les organismes de prévention sanitaire que par les sociétés savantes demeure peu accessible aux professionnels de première intention.

Si la multitude d'institutions compétentes pour recenser et diffuser la connaissance peut sembler être un gage d'exhaustivité (I), les professionnels de santé n'en demeurent pas moins submergés par un flot d'informations (II) et leur pratique en prévention fait l'objet d'études et d'expérimentations récurrentes (III).

**I. De multiples organismes généraux compétents pour agir et émettre des recommandations en matière de prévention sanitaire**

La superposition d'organismes ayant vocation à traiter de la prévention en matière de santé publique peut être assimilée à un système fragmenté, qui tend de ce fait à perdre en cohérence et en efficacité.

**A) L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), un acteur majeur dans la promotion de la santé**

Etablissement public de l'Etat placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, il a pour missions (*article L. 1417-1 du Code de la santé publique*) :

- De mettre en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes nationaux de santé publique.
- D'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé.
- D'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire.
- De participer, à la demande du ministre chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives (diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence...).
- D'établir des programmes de formation à l'éducation à la santé.

En lien avec ses principaux partenaires que sont le ministère chargé de la santé, la CNAMTS, la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, le service d'information du gouvernement et l'Institut national du cancer, l'INPES conduit des programmes de prévention et d'éducation pour la santé qui s'inscrivent dans le cadre plus général des politiques de santé publique.

## Rapport Flajolet

### Annexe 4

#### Les recommandations prévention aux professionnels

#### **B) La Haute autorité de la santé**

Poursuivant un objectif de généralisation des démarches de qualité, la *loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie* a créé une **Haute autorité de la santé (HAS)**, lui confiant l'évaluation scientifique des pratiques médicales et des processus diagnostiques et thérapeutiques, la définition des protocoles de soins et plus généralement des bonnes pratiques professionnelles dans le domaine de la santé, et d'en assurer la diffusion.

Autorité publique indépendante à caractère scientifique, elle contribue ainsi au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients.

Elle a pour missions, aux termes de l'article L.161-37 du Code de la santé publique :

- De procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent.
- D'élaborer des guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonnes pratiques, d'en assurer la diffusion et de contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines.
- D'établir et de mettre en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et des équipes médicales.
- D'établir et de mettre en œuvre des procédures de certification des établissements de santé.

#### **C) Les organismes nationaux de sécurité, de veille et d'alerte sanitaires : missions et compétences d'un dispositif novateur**

Suite à plusieurs affaires mettant en cause la sécurité sanitaire en France, telles les affaires du sang contaminé ou des risques liés à la propagation des encéphalopathies bovines, les pouvoirs publics ont organisé des dispositifs destinés à mieux protéger la population française contre des risques nouveaux.

La consolidation et l'organisation des fonctions de surveillance et d'épidémiologie d'intervention, inspirées du modèle américain des « Centers for Disease Control and Prevention », ont plaidé pour la mise en place d'un véritable dispositif de sécurité, de veille et d'alerte sanitaires

Fondé sur le principe de séparation entre les fonctions d'expertise (surveillance, veille, évaluation) et de gestion des risques (stratégies et décisions), le dispositif a été mis en place par la *loi n°98-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme* puis complété par la *loi n° 2001-398 du 9 mai 2001 portant création de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale*.

Ont ainsi été créés plusieurs établissements publics nationaux, des « agences », placés sous le contrôle de l'Etat.

#### **1. Les principales agences constitutives du dispositif français**

- **L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS**, article L.5311-1 du Code de la santé publique) placée sous la tutelle du ministre chargé de la

## Rapport Flajolet

### Annexe 4

Les recommandations prévention aux professionnels

santé, évalue la sécurité d'emploi, l'efficacité et la qualité des produits de santé, assure la surveillance des événements indésirables ou inattendus liés à leur utilisation, exerce des activités de contrôle en laboratoire et mène des actions d'information auprès des professionnels de santé et du public afin d'améliorer l'usage qui est fait de tous les produits destinés à l'homme.

- **L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA, article L.1323-1 du Code de la santé publique)** placée sous la tutelle conjointe des ministres chargés de la santé, de l'agriculture et de la consommation, est un établissement public indépendant de veille, d'alerte, d'expertise et de recherche, contribuant ainsi à l'amélioration de la santé publique, de la santé et du bien-être des animaux, de la santé des végétaux et de l'environnement.
- **L'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET, article L.1335-1 du Code de la santé publique)** placée sous la tutelle conjointe des ministres chargés de l'environnement, de la santé et du travail, contribue par des actions d'expertise et de diffusion de l'information à assurer la sécurité sanitaire dans l'ensemble des milieux de vie.
- **L'Institut de veille sanitaire (InVS)**, institué par la *loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998*, a pour mission de surveiller l'état de santé de la population, de détecter les événements susceptibles de l'altérer et d'analyser les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution. Tenu d'alerter les pouvoirs publics lorsqu'il l'estime nécessaire, il peut à cet effet demander l'intervention des agents de l'Etat, habilités à contrôler l'application des dispositions législatives. La *loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique* a ajouté à cette mission initiale celle de procéder à l'alerte sanitaire et de contribuer à la gestion des situations de crise sanitaire. Aux termes de l'*article L.1413-15 du Code de la santé publique*, le préfet de département a l'obligation de porter signalement à l'InVS, sans délai, de toute menace imminente pour la santé de la population dont il aurait connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée.

## 2. Un dispositif largement stratifié devenu confus

### a) La multiplication des interfaces

Dans un souci d'exhaustivité, il convient de mentionner d'autres institutions appartenant elles aussi au dispositif de veille et d'alerte sanitaire français : le Comité national de santé publique, l'Agence de la biomédecine et l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire.

**Le Comité national de santé publique**, institué par la *loi du 9 août 2004 (articles L.1413-1 et R.1413-25 et suivants du Code de santé publique)* a pour missions :

- De coordonner l'action des différents départements ministériels en matière de sécurité sanitaire et de prévention.
- D'analyser les événements susceptibles d'affecter la santé de la population.
- De contribuer à l'élaboration de la politique gouvernementale dans les domaines de la sécurité sanitaire et de la prévention et d'en examiner les conditions de financement.

**L'Agence de la biomédecine**, créée par la *loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique*, est un établissement public administratif de l'Etat placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Compétente dans les domaines de la greffe, de la reproduction, de

## Rapport Flajolet

### Annexe 4

#### Les recommandations prévention aux professionnels

l'embryologie et de la génétique, elle a pour missions (*article L.1418-1 du Code de la santé publique*) :

- De suivre, évaluer et contrôler les activités thérapeutiques et biologiques relevant de ses compétences et veiller à leur transparence, ainsi que de participer à l'élaboration de la réglementation des activités relevant de ses prérogatives.
- Délivrer les autorisations pour les recherches *in vitro* sur l'embryon et les cellules embryonnaires et pour la conservation de cellules souches embryonnaires avec des pays tiers destinées à la recherche.
- Délivrer les autorisations des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal et des centres de diagnostic préimplantatoire, des examens des caractéristiques génétiques.
- Reprendre l'ensemble des activités de l'Etablissement français des greffes en matière de prélèvement de greffe.
- Gérer le registre France Greffe de Moelle, registre national des volontaires au don de moelle osseuse.
- Gérer les fichiers nécessaires à la gestion et au suivi des activités thérapeutiques relevant de sa compétence.
- Promouvoir le don d'organes, de tissus et de cellules et le don de gamètes.

**L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)**, établissement public à caractère industriel et commercial placé sous la tutelle des ministres de l'industrie, de l'environnement, de la défense, de la recherche et de la santé. Créé par la *loi du 5 mai 2001*, il est chargé de la veille, de l'expertise et de l'alerte pour l'ensemble du champ de la sécurité nucléaire. Les fonctions régaliennes de contrôle et de police en ce domaine sont assurées par une direction centrale du ministère de l'industrie, la Direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection (DGSNR).

#### *b) Un dispositif lacunaire à réorganiser*

« La veille doit être ubiquitaire, généraliste et multiple ». Telle est la formulation incantatoire du Centre d'analyse stratégique qui appelle de ses vœux une meilleure coordination entre les différents organes compétents, concernant notamment les données évaluatives qui demeurent par trop diffuses au sein des agences ou des organismes de recherche.

De même, si le renforcement de la recherche en interne au sein des agences semble peu pertinent, il convient néanmoins de développer de manière transversale des nouveaux tests biologiques, des systèmes de typage moléculaire des agents infectieux comme autant d'apports à la surveillance, ou bien encore d'analyser les connaissances en matière de traitement de l'information, celles-ci permettant de conforter les outils d'observation.

En outre, le système d'alerte doit répondre à une stricte organisation, préalablement formalisée et déterminée. Il s'agit donc de réglementer l'émission, les canaux de communication, la réception et la rétroaction des données informatives.

Enfin, les services déconcentrés compétents en la matière souffrent également d'un éparpillement et d'une dilution des responsabilités qui sont autant de freins à la visibilité des situations territoriales et des décisions adaptées. Ainsi, le partage des tâches est souvent malaisé entre les Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE), les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). En outre, les difficultés spécifiques aux Départements d'Outre-Mer sont à



## Rapport Flajolet

### Annexe 4

Les recommandations prévention aux professionnels considérer de près puisque ceux-ci disposent de moyens quantitatifs et qualitatifs insuffisants au regard de besoins sanitaires pourtant plus élevés que la moyenne nationale.

Par conséquent, il semble aujourd'hui impérieux de construire autour du dispositif de sécurité, d'alerte et de veille sanitaires une véritable compétence stratégique en mesure de centraliser l'ensemble des informations et d'impulser les actions afférentes.

#### D) Les sociétés savantes reconnues par l'Ordre national des médecins

Il existe de nombreuses sociétés savantes reconnues par l'Ordre national des médecins, parmi lesquelles de nombreuses institutions à vocation spécialisée telles la **Société française de cardiologie**, l'**Académie de chirurgie** ou bien encore la **Société française de gynécologie**.

Néanmoins, certaines de ces sociétés savantes ont une mission d'ordre plus général. Tel est le cas de la **Société française de médecine générale**, qui travaille depuis 1973 à promouvoir la médecine générale par le biais de la recherche fondamentale en médecine de famille. Précisément, elle doit favoriser la recherche et l'action dans les domaines scientifiques, biologiques et économiques propres à assurer la promotion et la qualification des médecins de famille.

En outre, certains organismes régionaux peuvent également assurer un véritable relais informatif destiné aux professionnels de santé. Il en va ainsi des **Centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN)** issus de *l'arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales* qui porte obligation de créer un CCLIN au sein de chaque région.

## II. Quelle diffusion des bonnes pratiques à l'adresse des professionnels de santé ?

## **Rapport Flajolet**

### **Annexe 4**

#### **Les recommandations prévention aux professionnels**

La masse de recommandations produites par l'ensemble des organismes compétents en la matière rend le décryptage des informations peu aisé pour leurs destinataires.

Néanmoins, la tendance générale des bonnes pratiques de prévention sanitaire semble orienter les professionnels vers la mise en place d'un système standardisé d'aide à la prescription médicamenteuse et d'une éducation thérapeutique du patient.

#### **A) Une profusion de recommandations susceptible d'engendrer une balkanisation des connaissances**

Les recommandations émises envers les professionnels de santé sont aujourd'hui particulièrement nombreuses et mal, voire non hiérarchisées. Le manque de visibilité et de clarté pour leurs destinataires semble problématique en termes d'efficacité et de rétroaction des bonnes pratiques ainsi diffusées.

##### **1. L'exemple américain de l'US Preventive Services Task Force**

Aux Etats-Unis, l'US Preventive services task force a établi une liste de recommandations dans le domaine de la prévention. Chargé de recenser de manière systématique les écrits et rapports publiés, les documents sont disponibles par champ d'intérêt, dont certains sont reproduits ci-dessous :

- Dépistage de la consommation excessive d'alcool et conseils sur le comportement
- Prescription d'aspirine en prévention primaire des événements cardio-vasculaires chez les adultes à risque élevé de maladie coronarienne
- Dépistage des bactériuries asymptomatiques
- Prévention médicamenteuse du cancer du sein chez les femmes à risque élevé et à risque faible d'effets indésirables de la chimioprévention
- Dépistage du cancer du sein par mammographie
- Promotion de l'allaitement maternel
- Dépistage du cancer du col de l'utérus
- Dépistage des infections à chlamydiae
- Dépistage du cancer colo-rectal
- Dépistage de la carie dentaire
- Dépistage de la dépression
- Dépistage du diabète chez les adultes
- Conseil diététique et de comportements favorables à la santé
- Dépistage de l'hépatite B
- Dépistage de l'hypertension artérielle
- Dépistage des troubles du métabolisme lipidique
- Dépistage de l'obésité chez les adultes
- Dépistage de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées
- Dépistage de l'incompatibilité Rhésus (D)
- Dépistage de la syphilis
- Prévention du tabagisme et de ces complications
- Dépistage des troubles de la vision chez les enfants avant 5 ans

## **Rapport Flajolet**

### **Annexe 4**

#### **Les recommandations prévention aux professionnels**

## **2. Les recommandations émises par la Haute autorité de la santé (HAS)**

Dans le domaine de la prévention, la HAS a diffusé un certain nombre de recommandations de bonnes pratiques, listées dans l'étude effectuée par CEMKA-Eval, en date de décembre 2006, à la demande de la DGS.

Sans prétendre à l'exhaustivité, voici quelques-unes des productions :

- Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, février 2006.
- Préparation à la naissance et à la parentalité, février 2006.
- Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires, rapport de synthèse, septembre 2005.
- Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires, rapport de synthèse, septembre 2005.
- Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel, juillet 2005
- Grossesse et tabac, octobre 2004.
- Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global, septembre 2004.
- Repérage des fumeurs et initiation du sevrage tabagique, juin 2004.
- Dépistage des hypercholestérolémies chez les adultes en prévention primaire , version expérimentale, juillet 2003.
- Principes de dépistage du diabète de type 2, février 2003, ANAES.
- Dépistage de l'hépatite C - Populations à dépister et modalités du dépistage - recommandations du comité d'experts réuni par l'ANAES, janvier 2001.
- Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon, ANAES, janvier 1998.
- Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col, ANAES. RMO, 1995.

## **3. Une approche critique du système français de recommandations**

La HAS n'est qu'une institution parmi d'autres à produire des recommandations de bonnes pratiques.

Aussi, l'AFSSAPS en a produit toute une série, concernant notamment l'antibiothérapie par voie générale en pratique courante, les infections respiratoires ou en matière de prise en charge des dyslipidémies pour une meilleure prévention de la pathologie cardio-vasculaire.

Autant de recommandations diverses et variées qui peuvent être intégrées et analysées par leurs destinataires en fonction de leur prédisposition, du temps et des moyens qu'ils désirent consacrer aux sujets abordés.

## Rapport Flajolet

### Annexe 4

#### Les recommandations prévention aux professionnels

Le rapport établi par M. Etienne Caniard pour le ministère de la santé en avril 2002, *Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation*, considère que si les recommandations pour la pratique clinique, propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans les circonstances cliniques données, peuvent constituer une véritable aide à la décision médicale, elles n'en demeurent pas moins insuffisamment organisées. Le double constat du rapport est, d'un point de vue critique, celui d'une balkanisation des connaissances du fait de leur augmentation exponentielle et, sous un angle plus prospectif, un appel à une réflexion sur les apports des nouvelles technologies de l'information et de la communication susceptibles de constituer un véritable « réseau de la connaissance ».

### **B) Les logiciels d'aide à la prescription médicale (LAP) ont vocation à faciliter le travail des professionnels de santé et à sécuriser les prescriptions médicamenteuses**

#### **1. Les LAP, un outil de recensement et de diffusion des bonnes pratiques à une échelle nationale**

Les LAP s'adressent à l'ensemble de la médecine ambulatoire, ils ont donc vocation à s'appliquer sur l'ensemble du territoire national, sans prendre en compte les éventuelles spécificités régionales.

La HAS en est l'organisme de certification. Elle est chargée de recenser les bonnes pratiques et de les diffuser par le biais de systèmes informatisés et sécurisés.

Les LAP répondent à une pluralité d'objectifs, qui sont :

- Améliorer la sécurité de la prescription médicamenteuse.
- Faciliter le travail du prescripteur et favoriser la conformité réglementaire de l'ordonnance.
- Diminuer le coût de traitement à qualité de soins égale.

#### **2. L'élaboration et le contenu des LAP doivent répondre à de nombreux critères qualitatifs**

Logiciel individualisé dont au moins une des fonctionnalités est une aide à l'édition des prescriptions médicales, la HAS détermine les règles de bonnes pratiques devant être respectées par les prescripteurs (*article R. 161-75 CSS*) au moyen d'une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale (*article L. 161-38 CSS*).

Les LAP doivent impérativement être mis en adéquation avec les normes internationales, au premier rang desquelles la dénomination commune internationale (DCI), mise en place dès

## Rapport Flajolet

### Annexe 4

#### Les recommandations prévention aux professionnels

1953, constituant l'ensemble des substances actives pharmacologiques homologuées par l'OMS.

La possibilité de prescrire en DCI favorise un langage commun entre professionnels de santé et patients, limite les risques de surdosage et facilite le suivi des traitements en France et à l'étranger.

Le contenu des LAP répond à un référentiel élaboré suivant la Charte de qualité des bases de données médicamenteuses (BdM, banque de données électronique intégrant les informations produites par les autorités officielles ainsi que des informations scientifiques produites par les sociétés savantes) et qui exige des éditeurs de garantir le respect de certains critères de qualité que sont l'exhaustivité, la complétude, la neutralité, l'exactitude et la fraîcheur des informations, et de permettre la prescription en DCI.

L'obtention du certificat, valide pour une durée de 3 ans (sauf publication par la HAS d'un nouveau référentiel avant expiration de ce délai), est soumise à une procédure élaborée selon la norme EN 45011.

Le LAP doit ainsi permettre au prescripteur de retrouver et de visualiser l'histoire médicamenteuse du patient.

Afin de garantir la fiabilité du logiciel, il existe des contrôles de sécurité de la prescription (alertes et signaux d'information émis par le LAP). En effet, le LAP prend en compte de nombreuses informations sur la patient concernant l'âge, le sexe, les antécédents, les états pathologiques, l'état de grossesse ou d'allaitement, les interactions médicamenteuses, les redondances de substances actives ainsi que les incompatibilités physico-chimiques.

L'élaboration du référentiel stricto sensu est effectuée par un groupe de travail « référentiel » au sein de la HAS. Réuni entre juin 2005 et mars 2007, il est composé d'éditeurs de logiciels de gestion de cabinets médicaux, d'éditeurs de BdM, d'experts des systèmes d'information, de médecins libéraux utilisateurs, d'un représentant de l'AFSSAPS et d'un représentant du Club Inter Pharmaceutique.

Les critères d'élaboration sont identifiés quant à :

- leur faisabilité technique
- leur pertinence dans la facilitation du travail du prescripteur
- leur pertinence dans l'amélioration de la sécurité de la prescription
- leur pertinence dans la diminution du coût du traitement à qualité égale

En outre, un groupe de lecture s'est prononcé sur son contenu et sur sa lisibilité. Enfin, une étude de faisabilité a pu tester la contrôlabilité du référentiel en situation réelle.

### **C) Mobiliser les compétences d'auto soins : la mise en place d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique du patient (ETP)**

## **Rapport Flajolet**

### **Annexe 4**

#### **Les recommandations prévention aux professionnels**

### **1. Définition et objectifs de l'ETP**

Il s'agit d'aider le patient à acquérir et maintenir des compétences tout en tenant compte de son expérience et de la gestion de sa maladie. La démarche doit lui permettre d'acquérir et de maintenir des compétences d'auto soins, d'acquérir ou de mobiliser des compétences d'adaptation.

L'ETP est complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes, de la prévention des complications. Elle participe à l'amélioration de la santé biologique et clinique du patient ainsi qu'à l'amélioration de sa qualité de vie.

L'ETP comprend :

- Une séance individuelle d'élaboration du diagnostic éducatif ou son actualisation pour identifier les besoins et les attentes du patient.
- Des séances d'éducation thérapeutique collectives ou individuelles pour l'acquisition de compétences d'auto soins et d'adaptation.
- Une séance individuelle d'évaluation des compétences acquises.
- Une coordination des professionnels de santé impliqués.

### **2. Comment réaliser l'ETP dès l'accord du patient ?**

L'éducation thérapeutique comprend plusieurs étapes, réparties comme suit :

- Elaborer un diagnostic éducatif.
- Définir un programme personnalisé d'ETP avec priorités d'apprentissage.
- Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelles et collectives, ou en alternance.
- Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme.

### **III. Revue des principales études et expérimentations récentes menées sur la pratique de prévention des médecins généralistes**

Les pratiques des professionnels de santé fait l'objet d'études et d'expérimentations nombreuses, dont il convient ici d'élaborer un bref panorama.

**Rapport Flajolet**  
Annexe 4  
Les recommandations prévention aux professionnels

**1. Les études commanditées par la DGS**

*a) Etude CEMKA-Eval relative à la prévention pratiquée ou souhaitée par les médecins généralistes (décembre 2006)*

Cette étude avait sélectionné 21 actions, explorées en un questionnaire, adressé à 4000 médecins, dont 1024 ont pu être exploités.

Il en ressort que les médecins se déclaraient dans une large majorité (66 à 92% selon les actions) volontaires pour s'impliquer de manière plus active dans la prévention en général, et dans la plupart des actions explorées en particulier, y compris dans le cas d'actions plus consommatrices de temps ou plus complexes (sevrage alcoolique, 67% ; le dépistage de la perte d'autonomie, 80%, ou des troubles de la mémoire chez les personnes âgées, 78%).

Au-delà de la simple « obligation morale » à se déclarer favorables à la prévention, il apparaissait assez net que les médecins étaient convaincus de l'intérêt de santé publique de ces actions, ce qui ne les empêchait pas de pointer les limites de sensibilisation de la population, l'insuffisance de partenariats, de formation, le manque d'outils spécifiques, d'adaptation des logiciels médicaux.

- La sensibilisation de la population ciblée apparaissait nécessaire spécialement pour les actions nécessitant une implication des patients en vue d'un changement de comportement ;
- La possibilité de recourir à d'autres intervenants spécialisés était soulignée pour les actions de dépistage et de prise en charge des problèmes liés au vieillissement (mémoire, perte d'autonomie, troubles neurosensoriels), pour le dépistage de la dépression et du risque suicidaire, pour la prévention bucco-dentaire chez l'enfant, pour le sevrage alcoolique et, dans une moindre mesure, pour le sevrage tabagique. Pour les autres actions, les médecins semblent considérer que les actions relèvent principalement de leur mission.
- Des formations apparaissaient utiles à 30 % des médecins interrogés dans les domaines du dépistage des cancers cutanés, de l'éducation thérapeutique, de la prévention des risques liés à la grossesse, du dépistage de la dépression et du risque suicidaire.
- Des outils spécifiques étaient souhaités par 30 % de médecins. On peut noter que des outils apparaissaient nécessaires aux médecins dans des domaines où il en existe déjà beaucoup (sevrage tabagique notamment). Les actions pour lesquelles une adaptation des logiciels médicaux paraissait le plus utile aux médecins étaient celles qui étaient déjà les plus pratiquées par eux et qui pourraient ainsi être encore améliorées : les vaccinations, l'incitation au dépistage du cancer du sein et l'évaluation du risque cardio-vasculaire. Le recensement des outils existants (spécifiques à la pratique des médecins généralistes ou non) et la révision des circuits de diffusion de ces outils auprès des généralistes étaient apparus nécessaires.

Sur le plan de l'organisation de la prévention dans l'activité du médecin généraliste, l'enquête identifiait assez nettement des actions qui pouvaient continuer à être menées au cours de consultations pour d'autres motifs et des actions qui nécessitent des consultations dédiées,

## Rapport Flajolet

### Annexe 4

#### Les recommandations prévention aux professionnels

voire des séries de consultations ou un plan programmé (lutte contre l'obésité, l'alcoolisme, le risque tabagique ; l'éducation du patient dans le cadre des maladies chroniques).

Il en était résulté, en outre, la définition de quatre principaux types d'intervention :

- Le conseil ponctuel : c'est une action qui peut facilement prendre place dans une consultation classique. Par exemple : facilitation de l'adhésion à un programme déjà organisé, remise de documents, d'adresses..." (dans ce cas, ce n'est pas le médecin qui réalise l'acte de prévention proprement dit).
- L'acte ponctuel : le médecin réalise un acte médical (geste sur le patient ou acte de prescrire un examen ou un traitement ou acte d'orienter vers un confrère ou un correspondant). Cela peut s'intégrer dans une consultation classique ou faire l'objet d'une consultation spécifique (par exemple, c'est déjà souvent le cas pour la vaccination contre la grippe).
- L'orientation vers un correspondant : le médecin généraliste n'a pas la compétence pour faire l'acte de prévention lui-même, mais adresse ces patients vers des correspondants habilités ou compétents.
- La prise en charge nécessitant un suivi : prise en charge de facteur de risque ou de comportements nuisibles à la santé nécessitant un suivi dans le temps (dépendances ou comportements à risque : tabac, alcool, toxicomanie, prise en charge diététique chez des sujets obèses ou en surcharge pondérale, ...). Ce mode d'intervention comprend également des actions de promotion de la santé, dans le cadre d'une prise en charge préventive comme la diététique et l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladie chronique.

#### *b) Etude du Dr Richard BOUTON, RCB (2004-2005)*

Selon cette étude, il apparaît que le concept consistant à déléguer aux médecins généralistes un ensemble de tâches de santé publique en s'inspirant du mandat sanitaire des vétérinaires ralliait l'unanimité. L'intérêt de confier, sous forme de « mandat » ou « contrat », la réalisation d'un ensemble cohérent de tâches de santé publique aux professionnels de santé libéraux avait en outre été souligné par le HCAAM. Sur le versant professionnel, l'adhésion à cette idée rassemblait à la fois les médecins de sensibilité très libérale (SML, coordinations) et les médecins à sensibilité plus sociale (SMG, MG France, MG VA, SNJMG).

Les conditions d'adhésion au contrat sanitaire apparaissaient être les suivantes : une adhésion volontaire et des garanties de formation. En effet, s'agissant d'une délégation par l'Etat de tâches de santé publique, dont la responsabilité incombe à celui-ci, conformément à la loi du 9 août 2004, les médecins libéraux devront les réaliser dans un cadre et des conditions strictement définis. L'essence même de leur statut libéral justifie en conséquence qu'ils adhèrent volontairement à ce cadre et à ces conditions, établis par les organismes habilités par l'Etat. Ce même principe du volontariat est retenu concernant le mandat sanitaire des vétérinaires libéraux.

L'actuel cursus de formation initiale des médecins ne comporte pas de module spécifiquement consacré à la santé publique. L'adhésion au contrat sanitaire pourrait donc être conditionnée à la participation régulière à des formations spécifiques conçues et réalisées par des organismes agréés par le CNFMC. Il est d'ailleurs à noter que cette condition de formation continue est actuellement envisagée dans le cadre de la réforme du mandat sanitaire des vétérinaires.



## Rapport Flajolet

### Annexe 4

#### Les recommandations prévention aux professionnels

Le contrat pourrait être modulable au plan de son contenu et de sa rémunération. En effet, certaines rubriques concerneraient tous les médecins adhérents, tandis que d'autres pourraient être déclinées et modulées suivant un ensemble de paramètres, notamment le lieu d'exercice, les besoins sanitaires locorégionaux, ainsi que l'intérêt particulier des médecins pour les différentes rubriques. Ces modulations se concrétiseraient aussi au plan des rémunérations. Les rubriques qui concerneraient tous les médecins généralistes adhérents sont notamment : le maillage sanitaire et la permanence des soins (PDS), la veille sanitaire et réponse aux situations d'urgence sanitaire, l'épidémiologie, la prévention secondaire. Les rubriques qui pourraient être d'adhésion volontaire sont : l'éducation sanitaire, la lutte contre les conduites addictives, la prévention tertiaire et l'éducation thérapeutique, l'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

Deux paramètres ont été pris en compte pour la construction du dispositif de rémunération :

- L'équilibre général, l'ensemble du dispositif ne devant pas représenter un surcoût pour l'Assurance Maladie.
- L'attractivité pour les médecins, les rémunérations et avantages générés par le contrat sanitaire devant représenter une amélioration sensible par rapport à la situation antérieure pour les médecins adhérents.

En prenant en compte un effet report de 50 % d'actes et de prescriptions associées, RBC prend l'hypothèse d'une économie de 26 000 € par an, soit un total, pour les 60 000 MG, de 1,560 milliard d'euros. Cette enveloppe de 1,560 millions d'euros serait donc disponible pour la rémunération directe ou indirecte en termes d'avantages sociaux pour les généralistes adhérents au contrat sanitaire. Il s'agirait d'une rémunération annuelle moyenne de 26 000 €, susceptible d'être modulée.

Selon le type d'activité réalisé dans le cadre du contrat sanitaire seront utilisées des rémunérations forfaitaires ou à l'acte, voire un panachage des deux modalités, comme dans l'exemple de la PDS. Dans ce cas, en effet, l'astreinte inhérente à la participation à la PDS pourrait être rémunérée de façon forfaitaire et modulée, suivant le lieu d'installation, mais l'intervention du médecin dans ce cadre serait rémunérée à l'acte. Il en serait de même pour certaines campagnes de prévention collective comportant des actes de dépistage.

La formalisation des activités entrant dans le cadre du contrat sanitaire est un élément essentiel de l'équilibre économique du dispositif. Le médecin généraliste adhérent devra donc y consacrer formellement au moins 1/5 de son temps d'activité. L'étude envisage également la mise en œuvre et le pilotage du contrat sanitaire. Dans la logique de la loi du 9 août 2004, il appartiendrait à l'Etat, par l'intermédiaire du Ministère de la Santé, de négocier, avec les représentants des généralistes, la structure du contrat sanitaire, les avantages associés et les différentes situations de modulation de son contenu ou de sa rémunération. Il est d'ailleurs à souligner que cette éventualité correspond au souhait d'une majorité de médecins généralistes ayant répondu à l'enquête réalisée. Mais ces éléments n'étant pas sans rapport avec les autres activités des médecins entrant dans le cadre conventionnel, l'Etat pourrait déléguer cette négociation à l'UNCAM. Dans les deux cas de figure cependant, il serait nécessaire de créer une nouvelle enveloppe financière au sein du budget de l'assurance maladie affectée au contrat sanitaire.

## Rapport Flajolet

### Annexe 4

#### Les recommandations prévention aux professionnels

#### c) *Rapport sur la consultation périodique de prévention – Etude de Joël Menard pour le ministre de la Santé (janvier 2005)*

Ce rapport insiste sur la nécessité d'une organisation à long terme. Le but d'une consultation périodique de prévention serait de hiérarchiser les risques individuels de santé autour des comportements, de la famille, de la biologie et de l'environnement. Elle organiserait la réduction de ces risques par des actions des les rapports bénéfices/risques et bénéfices/coûts ont été démontrés favorables : modification des comportements, programmation des dépistages, traitements préventifs parmi lesquels les vaccinations.

L'objectif serait d'offrir à 100 % de la population la possibilité de hiérarchiser ses risques, à un moment de la vie où les méthodes de réduction de ces risques ont été démontrées faisables et efficaces. Les âges à discuter chez l'adulte sont 49-51 ans, 69-71 ans et éventuellement 29-31 ans.

L'expertise est déjà disponible sur la plupart des risques concernés et devrait permettre d'élaborer un cadre minimal pour ces consultations. La mise en œuvre régionale et départementale devrait veiller à toucher tous les assurés sociaux, grâce aux Caisses d'Assurance Maladie, et à suivre les résultats obtenus. L'organisation de la prévention individuelle pour tous devrait également utiliser de plus en plus les ressources de l'Internet.

Le rapport recommande des expériences pilotes régionales sur 3 à 5 ans, avant la généralisation nationale d'une consultation périodique de prévention.

Un autre mode d'entrée dans l'analyse des risques de santé personnels est l'histoire de la santé familiale. Celle-ci ne devrait pas concerner uniquement les maladies rares et génétiques, mais également les maladies fréquentes multifactorielles, dès lors qu'elles surviennent chez une personne anormalement jeune.

Le rapport met également en avant l'utilité possible d'une prévention médicamenteuse facilement accessible en automédication, comme l'aspirine à faible dose ou les statines dans la prévention des maladies cardio-vasculaires.

## **2. Autres études**

#### a) *Etude sur les dépenses de prévention en médecine générale<sup>1</sup>*

La base de données THALES, base de dossiers médicaux alimentée quotidiennement par un panel de médecins généralistes informatisés, représentatif de la population des médecins généralistes, permet de collecter les motifs de consultation et diagnostics, ainsi que les prescriptions. Une étude sur les données 1999 de cette base a permis d'évaluer les dépenses constatées au titre des activités de prévention en médecine générale dans le secteur libéral, en distinguant les différents champs de la prévention (vaccination, certificat, action sur les facteurs de risque cardiovasculaire...) et les différents postes de dépenses. Les données ont pu être valorisées en francs 1999 et extrapolées à la France entière. Le champ de la prévention retenu dans cette étude a inclus notamment la prévention des complications des facteurs de

---

<sup>1</sup> R Cash, F Fagnani, X Colin, P Le Jeune, M Pechevis, O Rollot. Les dépenses de prévention en médecin généraliste : une évaluation réalisée à partir d'une base de données de médecins généralistes. Journal d'Economie Médicale 2003 ; 21(6) :377-89.

## Rapport Flajolet

### Annexe 4

Les recommandations prévention aux professionnels  
risque (diabète, hypertension artérielle, obésité, hyperlipidémies) dès lors qu'aucune complication avérée n'était observée.

Après extrapolation, l'évaluation mène à un total de 49,2 millions de consultations liées à la prévention. Après redressement pour tenir compte de la possibilité d'inscrire plusieurs diagnostics pour une consultation, les motifs les plus importants sont l'hypertension artérielle (29,9%), l'hyperlipidémie (14,4%), la vaccination (11,8%). En termes de dépenses, le total estimé atteint 17,5 milliards de francs en 1999, dont 5,7 au titre des consultations et 7,8 au titre des médicaments. Les 2/3 de ces dépenses sont remboursés par l'Assurance Maladie, le reste étant à la charge des patients et des assurances complémentaires.

L'activité de prévention représente une activité considérable au sein des consultations de médecine générale, les dépenses en rapport étant pour les 2/3 prises en charge sur le risque maladie.

#### *b) Travail de MGForm sur le Programme de Prévention Personnalisé (PPP)*

MG-Form Franche Comté a initié un projet dont l'objectif était de définir et mettre en œuvre des outils de démarche qualité dans les cabinets de médecine générale de médecins référents. Dans le cadre de ce travail financé par le FAQSV de Franche-Comté, un groupe de travail composé de 9 médecins volontaires a travaillé sur un projet de PPP.

Le PPP s'appuie sur une liste de 25 pathologies pour lesquelles la prévention est possible et de 158 facteurs de risques. Ces 158 facteurs de risques permettent, pour une pathologie donnée, d'établir l'appartenance d'un patient à un groupe de risque pour une pathologie (faible, moyen, majoré, important). A partir de ce niveau de risque, des actions de dépistage et de prévention sont mises en œuvre. 61 actions ont ainsi été définies. Cependant, l'utilisation effective du PPP n'est pas possible en l'absence d'informatisation. Une suite à ce projet a donc été initiée en ce sens. La pertinence du PPP en pratique courante ne pourra être appréciée qu'une fois cette étape d'informatisation complétée.

#### *c) Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*

Cette enquête a montré le rôle croissant de médecins généralistes en matière de prévention. Les médecins se sentent efficaces en matière de dépistage du cancer du sein (89,5 %), d'alimentation (65,8 %), d'usage du préservatif (65,4 % en baisse depuis l'enquête de 1998), d'encouragement à faire de l'exercice physique (63,5 %), d'abus de psychotropes (62,5 %), de tabagisme (50,4 %, en augmentation depuis l'enquête de 1998). Ils se sentent moins efficaces dans la prévention des accidents de la vie courante (45,8 %), l'alcoolisme (37,5 %) et l'usage de drogues (29,5 %).

Les principaux freins ont été étudiés, il s'agit du manque de temps pour 33,5 % des médecins, de la résistance des patients pour 51,2 %, du manque de formation pour seulement 4,8 % et de la non rémunération de cette activité pour 2,2 %.

# Rapport Flajolet

## Annexe 4

### Les recommandations prévention aux professionnels

### Etat des lieux des dépistages, des examens systématiques et des mesures de prévention prévus par des mesures législatives ou réglementaires. Etude de la Société Française de Santé Publique pour la CNAMTS en 2004.

Cette étude concerne 20 mesures présentées dans le tableau ci-dessous, plus quelques autres ne faisant pas l'objet d'une fiche spécifique. Ces mesures peuvent concerner des thématiques de santé publique ou des populations. Parmi ces mesures, certaines concernent plus directement les généralistes

#### Implication potentielle des médecins généralistes dans les mesures de prévention étudiées par la SFSP

Mesures	Implication des médecins généralistes
Examens périodiques de santé	Oui, pour les affiliés MSA
Médecine scolaire, examens médicaux périodiques, en particulier visite médicale 6 <sup>ème</sup> année	Non
Jeunes en formation	Non
Visite médicale d'embauche, visite médicale périodique	Non
Surveillance médicale spéciale et surveillance médicale particulière (médecin du travail) – Surveillance médicale renforcée	Non
Certificats médicaux pré-nuptiaux	Oui, quasi exclusivement
Diagnostic prénatal – examens prénatals	Oui, en partie
Examens néonataux	Non
Protection maternelle et infantile : certificats de santé 8 <sup>ème</sup> jour, 9 <sup>ème</sup> mois, 24 <sup>ème</sup> mois	Oui, en partie
Dépistage organisé du cancer du sein	Oui, pour l'orientation
Dépistage du cancer du col de l'utérus, frottis cervico-utérin	Oui, pour la réalisation des frottis ou l'orientation
Dépistage du cancer colo-rectal	Oui, pour la remise des hémocult ou l'orientation
Dépistage de l'hépatite C	Oui
Dépistage du diabète de type 2	Oui, possiblement
Repérage du saturnisme	Oui
Dépistage de la tuberculose	Non
Dépistage de l'hépatite B (femmes enceintes et population à risque)	Oui
Dépistage VIH	Oui
Dépistages dans le cadre des dons de sang et d'organes	Non
Bilan bucco-dentaire	Non

### 3. Expérimentations

#### *a) Projet EsPeR (Estimation personnalisée des risques)*

Un système pour aider et structurer l'activité de prévention en médecine libérale a été mis au point par une équipe de l'Hôpital Européen Georges Pompidou. EsPeR est un serveur d'aide à la prévention et au dépistage qui propose une estimation quantifiée et individualisée des risques en santé reliée à l'utilisation des recommandations pour la pratique, dans l'esprit de la médecine fondée sur les preuves.

Les objectifs de ce système sont :

- D'améliorer chez les médecins et les sujets consultants la connaissance des risques en santé dans une population donnée ;
- De permettre une estimation quantifiée et individualisée du risque des deux principales causes de décès dans la population française dont les deux premières qui sont les cancers et les maladies cardiovasculaires ;

## Rapport Flajolet

### Annexe 4

#### Les recommandations prévention aux professionnels

- De proposer une aide à la décision en prévention en fonction du profil de risque du sujet, grâce à l'informatisation des recommandations de bonnes pratiques médicales ;
- De mettre à la disposition des médecins un outil de communication sur le risque et une base de négociation pour la mise en œuvre d'actions de prévention ;
- D'encourager, auprès des sujets consultants, la mise en œuvre de conseils de prévention individualisés par l'édition d'une synthèse de la consultation reprenant leur propre profil de risque et les conseils donnés par le médecin.

Il s'agit à la fois d'un outil de formation pour les médecins puis d'un outil d'aide à la décision dans le domaine de la prévention, destiné aux médecins libéraux. Il doit permettre au médecin de hiérarchiser les risques, d'être formé à la prévention et de disposer d'un système d'information et de pilotage durant sa consultation.

Le système utilise des modèles de prédiction du risque qui, à partir des données individuelles d'un sujet, permettent d'estimer automatiquement et de façon reproductible le niveau de ses risques en santé (risque absolu). Pour un patient d'âge et de sexe donné et habitant dans une région donnée, le système donne une probabilité de décès dans les 10 ans et les 10 principales causes de décès.

Il propose des recommandations dans les domaines suivants :

- comportements : sevrage tabagique, surcharge pondérale, risque lié à l'alcool
- cancer : cancer colo-rectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus
- risque cardio-vasculaire
- dépression.

Le développement actuel du système a été financé conjointement par les 3 Caisses d'assurance maladie : CANAM, CNAMTS et MSA. Une adaptation du système a été réalisée par la MSA, pour des consultations de prévention en médecine générale.

#### *b) Portail prévention et dépistage avec dossier personnalisé en expérimentation dans le régime RSI (ex-AMPI)*

Le régime RSI a expérimenté dans trois régions (Bretagne, Centre et Nord) un portail Internet, qui offre un dossier personnalisé de prévention et de dépistage. Les assurés de ces trois Caisses Maladie Régionales (CMR) peuvent consulter sur le portail Internet ([mapreventionsante.canam.fr](http://mapreventionsante.canam.fr)) toutes les informations relatives aux programmes de prévention, de vaccination et de dépistage menés par leur caisse d'assurance maladie. Ils accèdent également à des informations personnalisées :

- Courrier d'invitation à des examens de prévention ;
- Date de réalisation des examens effectués ;
- Examens futurs à prévoir...

#### *c) Réseau de Cardio Prévention Obernai (RCPO)*

Un réseau de prévention a été mis en place à Obernai en Alsace en 2001, avec l'objectif d'assurer une meilleure prise en charge globale des malades présentant des facteurs de risque cardio-vasculaire. Il s'agit d'un réseau multidisciplinaire réunissant les différents acteurs médicaux et paramédicaux concernés par la prévention cardio-vasculaire.

## **Rapport Flajolet**

### **Annexe 4**

#### Les recommandations prévention aux professionnels

Les objectifs spécifiques de prise en charge sont :

- mieux cerner le patient et sa maladie ;
- créer un consensus médical sur les objectifs et les moyens de prise en charge du patient, dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et des conférences de consensus ;
- améliorer l'échange d'informations médicales entre les différents partenaires ;
- optimiser le suivi médical du patient pour diminuer à brève ou longue échéance les complications cardio-vasculaires et donc les surcoûts ;
- devenir un lieu de Formation Continue pour l'ensemble des intervenants.

Il s'agit de prendre en charge en prévention primaire : les patients à risque élevé, c'est à dire ayant au moins 4 facteurs de risque ou ayant un risque relatif supérieur à 4 d'après le score et les tables de risque de Framingham et en prévention secondaire : tous les patients.

La prise en charge passe systématiquement par un dossier initié par le médecin traitant (bilan préliminaire et consultation de prévention). Sur sa demande et de manière exceptionnelle la consultation peut être réalisée au Centre de Cardio Prévention par un médecin désigné au sein du comité de pilotage du réseau.

#### *d) Le dispositif conventionnel des contrats de bonnes pratiques (CPB)*

Codifié à l'article L. 162-12-17 du Code de la sécurité sociale, le CPB semble être une opportunité à saisir. En effet, il est mis en œuvre sur la base du volontariat des professionnels. Ces contrats prévoyant des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que des actions permettant de les atteindre, spécifiques à la médecine générale exercée dans des zones géographiques désertiques ou aux conditions d'exercice souvent difficiles, sont de trois ordres :

- Le CBP relatif à l'exercice des médecins généralistes en milieu rural tente d'établir des systèmes de remplacements entre professionnels.
- Le CBP relatif à l'exercice des médecins généralistes dans les zones franches urbaines constate que les praticiens exerçant dans ces zones géographiques ont un rôle social plus important compte tenu de la composante sociale et culturelle ainsi que la précarisation de la population.
- Le CBP relatif à l'exercice des médecins généralistes dans les stations de sport d'hiver.

Le développement d'un tel outil de contractualisation pourrait ainsi permettre une meilleure évaluation du respect des objectifs mais également des spécificités de chaque situation régionale.

## **Bibliographie**

### **Annexe 4**

#### **Rapports et documents officiels**

- Centre d'analyse stratégique, *Le dispositif français de veille sanitaire à l'épreuve de l'évaluation : synthèse du rapport de la mission d'expertise et d'évaluation de la veille*

## **Rapport Flajolet**

### Annexe 4

Les recommandations prévention aux professionnels  
*sanitaire en France*, JF GIRARD, F. LALANDE, LR SALMI, L. DELANNOY, S. LE  
BOUER, janvier 2007.

- Ministère de la santé, *Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation*, rapport de M. Etienne CANIARD, avril 2002.

### **Etudes**

- Etude CEMKA-Eval relative à la prévention pratiquée ou souhaitée par les médecins généralistes, décembre 2006.
- Etude du Dr Richard BOUTON, RCB, 2004-2005.
- Rapport sur la consultation périodique de prévention, étude de Joël MENARD pour le ministère de la santé, janvier 2005.
- Etude sur la prévention en médecine générale, Les dépenses de prévention en médecine générale : une évaluation réalisée à partir de données de médecins généralistes, R. CASH, F. FAGNANI, P. LE JEUNNE, M. PECHEVIS, O. ROLLOT, Journal d'économie médicale, 2003.
- Travail de MGForm sur le Programme de prévention personnalisé.
- Baromètre santé médecins/pharmaciens, 2003.

### **Sites Internet institutionnels**

- [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)
- [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- [www.afssaps.sante.gouv.fr](http://www.afssaps.sante.gouv.fr)
- [www.afssa.fr](http://www.afssa.fr)
- [www.afsse.fr](http://www.afsse.fr)
- [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

# **Rapport Flajolet**

## **Annexe 4**

### **Les recommandations prévention aux professionnels**



## Liste des sigles utilisés

Afssa : Agence française de sécurité sanitaire des aliments  
Afssaps : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé  
Afsse : Agence française de sécurité sanitaire environnementale  
Afsset : Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail  
ANR : Agence nationale de la recherche  
ARH Agence Régionale de l'Hospitalisation  
ARS Agence Régionale de Santé  
CAPS Centre d'Accueil et de Permanence des Soins  
CNAM-TS : Caisse nationale d'assurance maladies des travailleurs salariés  
CNAF : Caisse nationale des allocations familiales  
CODEV : Comité d'évaluation du PNSE  
CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CPOM Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CPP : Comité de la prévention et de la précaution  
CRS : Conférence régionale de santé  
CSRP : Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels  
DARES : Direction de l'animation et de la recherche des études et des statistiques  
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales  
DGS : Direction générale de la santé  
DGT : Direction générale du travail  
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales  
DRTEFP : Direction régionale du travail, de l'emploi et des formations professionnelles  
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes  
GRSP : Groupement régional de santé publique  
Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé  
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
INTEFP : Institut National du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle  
InVS : Institut de veille sanitaire  
LPSP : Loi relative à la politique de santé publique  
MRS Mission Régionale de Santé  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
PNSE : Plan national santé environnement  
PRASE : Plan régional d'action en santé environnement  
PRSE : Plan régional santé environnement  
PRSP : Plan régional de santé publique  
PRST : Plan régional santé au travail  
PST : Plan santé au travail  
REACH : Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals  
(enregistrement, évaluation, autorisation et restrictions relatifs aux substances chimiques)  
SEST : Santé environnement et santé travail  
SROS Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
URCAM Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

## **Définitions**

(*banque de données santé publique*)

### **Accréditation**

Système par lequel les performances des organisations ou des individus sont jugées par rapport à une série de standards préalablement définie et agréée par un organisme d'accréditation. S'il est démontré que ces standards sont atteints, un label est décerné à ces organisations ou individus.

### **Accident du travail (*Accident professionnel*)**

Domage ou blessure qui se produit au travail. Le dommage peut être dû à un événement ponctuel, tel une chute, ou à une exposition répétée, par exemple un bruit provoquant une perte auditive.

### **Éducation pour la santé (*Education à la santé ; Education sanitaire*)**

L'éducation pour la santé comprend des situations consciemment construites pour apprendre, impliquant une certaine forme de communication conçue pour améliorer l'instruction en santé, y compris les connaissances, et pour développer les aptitudes à la vie, qui favorisent la santé de l'individu et de la communauté. L'éducation pour la santé cherche également à stimuler la motivation, les qualifications et la confiance (auto-efficacité) nécessaires pour agir afin d'améliorer la santé.

### **Égalité (en santé)**

Services de santé appropriés, de qualité égale, disponibles et accessibles à tous, non limités par la situation géographique, la classe sociale, ethnique ou religieuse, le sexe ou la solvabilité.

### **Environnement favorable (à la santé)**

Un environnement favorable à la santé protège les personnes des menaces pesant sur leur santé, et leur permet de développer leur capacités et leur autonomie (self-reliance) dans la santé. Ce terme englobe les lieux de vie des personnes, les communautés locales, les habitations, les lieux de travail ou de loisir, et comprend également les facilités d'accès que les personnes ont à des ressources de santé et les opportunités d'empowerment qu'elles rencontrent.

### **Equité (en santé)**

Equité sous entend justice. Seuls les besoins des personnes, et aucun autre facteur, guident la distribution des services, des bénéfices, etc.

Implique qu'idéalement chacun devrait avoir l'opportunité d'atteindre son plein potentiel de santé. De manière plus pragmatique, personne ne devrait être désavantagé pour la réalisation de ce potentiel, si cela peut être évité. " Les politiques d'équité sont donc soucieuses de créer des opportunités égales pour la santé et de réduire les écarts de santé au niveau le plus bas possible. "

L'équité a une signification plus générale dans la sphère de la justice et a pu donner naissance à une théorie de l'équité.

## **Evaluation du risque**

Estimation quantitative ou qualitative de la probabilité que des effets négatifs puissent résulter de l'exposition aux risques ou de l'absence d'effets bénéfiques. L'évaluation doit tenir compte de preuves scientifiques mais doit aussi prendre en considération les facteurs sociaux, politiques, économiques et techniques en évaluant toutes les alternatives possibles.

Le processus passe par quatre étapes :

- Identification du risque
- Evaluation de la réponse (en fonction de la dose)
- Evaluation de l'exposition
- Estimation du risque

## **Gain de santé (*Bénéfice de santé*)**

Désigne des résultats d'amélioration de la santé. Ce terme peut être utilisé pour comparer si l'une ou l'autre forme d'action ou de mesure de santé produit plus ou moins de gains de santé.

La Déclaration de Jakarta indique que la promotion de la santé " agit sur les déterminants de la santé pour produire les plus grands gains de santé possibles pour la population ".

## **Investissement pour la santé**

Désigne les ressources qui sont explicitement allouées à la production de santé et de bénéfices en santé. Ces investissements peuvent être réalisés par des agences publiques ou privées, de même que par des personnes, individuellement et/ou collectivement. Les stratégies d'investissement pour la santé s'appuient sur ce que l'on sait des déterminants de santé et cherchent à accroître l'engagement politique pour les politiques publiques saines.

Les investissements pour la santé ne se résument pas aux ressources qui sont allouées à la fourniture et à l'utilisation de services de santé et peuvent s'étendre, par exemple, aux investissements réalisés par des personnes (individuellement ou collectivement) dans l'éducation, le logement, l'empowerment des femmes ou le développement de l'enfant. Investir plus pour la santé implique également que les ressources distribuées dans le secteur des soins de santé soient réorientées vers la promotion de la santé et la prévention des maladies. Une part importante des investissements pour la santé sont réalisés par des personnes dans le contexte de leur vie quotidienne, à travers les stratégies qu'elles adoptent pour maintenir leur propre santé ou celle de leur famille.

## **Objectif de santé (*Cible de santé*)**

Les objectifs de santé désignent, pour une population donnée, le niveau de changement (mesuré à l'aide d'un indicateur de santé), qui peut raisonnablement être attendu dans un laps

de temps défini. Les objectifs s'expriment généralement en changements spécifiques et mesurables de résultats de santé ou sur des étapes intermédiaires.

Fixer des objectifs constitue également l'une des approches pour évaluer les politiques ou programmes de santé, dans la mesure où les objectifs définissent des jalons auxquels il est possible de se référer pour mesurer les progrès réalisés.

## **Prévention**

Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé.

## **Partenariat pour la promotion de la santé**

Accord volontaire entre deux ou plusieurs partenaires qui s'engagent à coopérer pour atteindre ensemble des objectifs de santé communs. Ce type de partenariat peut être limité et se résumer à la poursuite d'un but clairement défini -comme par exemple le développement et l'introduction réussies d'une législation- ou large et couvrir une grande variété de sujets et d'initiatives. La promotion de la santé explore de plus en plus la possibilité de construire des partenariats entre le secteur public, la société civile et le secteur privé.

## **Prévention des maladies**

Correspond à des mesures permettant non seulement d'empêcher l'apparition de la maladie comme la réduction d'un facteur de risque, mais également d'arrêter sa progression et de réduire ses conséquences une fois la maladie établie.

## **Santé**

Un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité. La santé est une ressource pour chaque jour de la vie, et n'est pas la finalité de la vie. C'est un concept positif, mettant en avant les ressources sociales et personnelles aussi bien que les capacités physiques.

Cette définition de l'OMS exprime un idéal, qui devrait être le but de toutes les activités de développement de la santé. Dans la médecine et dans la recherche, la santé est souvent comprise comme l'absence d'une maladie ou d'un trouble diagnostiqué.

Dans le contexte de la promotion de santé, la santé est appréhendée comme une ressource, qui permet à des personnes de mener une vie individuellement, socialement et économiquement productive face à des situations en perpétuelle changement.

## **Santé publique**

La science et l'art de la prévention des maladies, du prolongement de la vie et de la promotion de la santé d'un groupe ou d'une population grâce aux efforts organisés de la société . Il s'agit d'une paraphrase d'une définition plus complète de l'OMS de 1952. Depuis le champ d'action de la santé publique couvre tous les efforts sociaux, politiques, organisationnels qui sont destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières. Ceci inclut toutes les approches organisées, tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies,

de lutte contre la maladie, de réadaptation ou de soins orientés en ce sens. Le terme est également employé comme une catégorie organisationnelle : cependant les services inclus dans cette catégorie varient d'un pays à l'autre. L'intégration de la rééducation-réadaptation et des soins dans la santé publique n'est pas acceptée par tous. La santé publique peut être aussi considérée comme une institution sociale, une discipline et une pratique.

L'approche écologique de la santé publique souligne les points communs pouvant exister entre la santé et le développement durable (soutenable). Elle met en avant les déterminants environnementaux et économiques de la santé et met l'accent sur la façon dont l'investissement économique devrait être guidé pour obtenir les meilleurs résultats en santé pour la population, la plus grande équité en santé et l'utilisation soutenable des ressources.

## Bibliographie

- « Indicateurs transversaux de santé publique dans les régions de France » de la fédération nationale des observatoires régionaux de santé FNORS.
- « Plan National Santé Environnement » (PNSE) 21 juin 2004
- « Plan national nutrition santé 2006-2010 » PNNS 12 novembre 2007
- « Conférence nationale de santé » 22 mars 2007.
- « Ne plus perdre sa vie à la gagner : 51 propositions pour tirer les leçons de l'amiante » Rapport de Jean Le Garrec, Assemblée Nationale, 2006.
- « La médecine libérale dans les dispositifs locaux de santé publique, diplôme universitaire méthodes et pratiques en santé publique » 2004 - URML du Nord Pas-de-Calais » de PAW C. (non publié)
- « Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur – Pratiques et organisation des soins volume 38 n° 4 octobre-décembre 2007 », étude de AULAGNIER M et coll.
- « Baromètre santé médecin 2003 » de l'INPES.
- « BATAILLON, santé publique n° 1, mars 2006 vers une consultation médicale de prévention ».
- « Les travaux des états généraux de l'organisation de la santé » (EGOS).
- « Rôle des pharmaciens dans le système de santé » rapport de l'OMS 1997.
- « Les Français et leur pharmacien » enquête de l'IPSOS Santé de janvier 2008.
- « Les voies d'amélioration du système de santé français » Avis de la conférence nationale de santé du 22 mars 2007.
- « Développer des façons d'aider la population croissante de personnes âgées avec des problèmes de santé persistants à maintenir sa santé malgré la présence de maladies chroniques » de LEVESQUE et BERGERON, 2003.
- « Aptitude et inaptitude médicale au travail : critiques et perspectives » rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes de M. Hervé GOSSELIN, janvier 2007.
- « Recensement ; regards sur les quartiers en Nord Pas-de-Calais » novembre 2007.
- « La santé dans les quartier prioritaire de l'arrondissement de Lille » de l'Agence de développement et d'urbanisme de Lille Métropole, décembre 2005.
- « Indicateurs territoriaux de santé » de l'ORS.
- « Indicateurs statistiques par territoire » de l'ORS.
- « Regards sur les quartiers en Nord Pas-de-Calais », novembre 2007 de l'INSEE. [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- « Cartographie de l'offre de soin » de l'assurance maladie. <http://carto.assurance-maladie.fr>
- « Indicateurs sociaux et urbains de l'arrondissement de Lille, Agence de développement et d'urbanisme de Lille Métropole décembre 2005. [agence@lille-metropole-2015.org](mailto:agence@lille-metropole-2015.org)
- « Carte interactive de l'offre médicale 2007 » de la DRASS. [http://nord-pas-de-calais.gouv.fr/statistiques/carte\\_interactive/index.html](http://nord-pas-de-calais.gouv.fr/statistiques/carte_interactive/index.html)

- « Atlas des professions médicales et paramédicales ; indicateurs statistiques par territoire ; indicateurs territoriaux de santé ; de l'ORS. [www.orsnpdc.org](http://www.orsnpdc.org).
- « Stratégie de recherche et d'utilisation des connaissances, 2007 » rapport du Conseil de la science et de la technologie du Québec.
- « Bases de la transition épidémiologique » document de la SFSP sous la direction du Professeur GREMY (2002).
- « L'IRDES a isolé trois catégories de prévention » DREES, études et résultats, n° 504, juillet 2006.
- « Indicateurs de suivi régionaux des 100 objectifs de la Loi de Santé Publique » Décembre 2005.
- « La médecine libérale dans les dispositifs locaux de santé publique diplôme universitaire méthodes et pratiques en santé publique, 2004 » de Pauw C.
- « Etude nationale nutrition santé ENNS – Situation nutritionnelle en France en 2006 » de l'Institut de Veille Sanitaire.
- « L'avenir de la médecine du travail » 2008 Avis présenté par M. Christian DELLACHERIE.
- « Conditions de travail – Bilan 2005 » de la Direction des relations du travail (non public).
- « Evaluation à mi-parcours du Plan national santé environnement » Rapport du Comité d'évaluation – Juillet 2007.
- « Actualité et dossier en santé publique » ADSP – mars 2007 – Revue du Haut Conseil de la santé publique.
- « Rapport annuel 2005 – Surveiller, alerter, prévenir » de l'Institut de veille sanitaire.
- « La sécurité sociale – septembre 2006 » de la Cour des comptes.
- « La sécurité sociale – septembre 2007 » de la Cour des comptes.
- « Les personnels des établissements publics de santé – Rapport public thématique – mai 2006 » de la Cour des comptes.
- « La préparation à la certification des comptes de la sécurité sociale – septembre 2006 » de la Cour des comptes.
- « Les personnes âgées dépendantes – novembre 2005 » Rapport public particulier de la Cour des comptes.
- « Santé environnement – Franchir une nouvelle étape dans la prévention des risques sanitaires liés à l'environnement – Plan nationale 2004-2008 » du Ministère de la Santé et de la Protection sociale, du Ministère de l'Ecologie et du Développement durable, du Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, du Ministère délégué à la Recherche.
- « Médecins généralistes acteurs clé de la santé publique : leurs implications actuelle, les difficultés, les attentes » Etude pour la Direction Générale de la Santé – Rapport final – version 1 – décembre 2006.
- « Observatoire national des zones urbaines sensibles » – Rapport 2007 du Ministère du Logement et de la Ville.
- « les villes moyennes et la santé » de Sandrine HAAS et Emmanuel VIGNERON.
- « Ateliers Santé Ville – Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé » de la Délégation Interministérielle à la Ville.

- « La santé observée dans les Pays de la Loire - 2007 » par l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire.
- « Pour des droits et des devoirs en matière de santé » La lettre Débat Avenir de la Santé n° 12 - décembre 2007/janvier 2008 du Laboratoire GlaxoSmithKline.
- « Le maire et le psychiatre : ensemble pour la santé mentale » Actes de la journée d'étude de Grenoble – 13 mars 2007 de l'Association Nationale des villes pour le développement de la santé publique.
- « La situation du cancer en France en 2007 » de l'Institut National du Cancer.
- « Cancer et emploi : Quelles aides – quels droits ? dans le Nord Pas-de-Calais » livret réalisé par l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France.
- « Institut National du Cancer – Rapport Scientifique 2005-2007 » Collection rapport & synthèse de l'Institut National du Cancer.
- « Rapport d'activité 2006 » de la Haute Autorité de Santé.
- « Convention dentaire nationale 2006 » de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires.
- « Premières rencontres des Villes pour la santé publique » organisées par l'Association Elues, Santé Publique et Territoires – Mercredi 23 novembre 2005.
- « Les relations entre l'Etat et l'Assurance Maladie » Rapport de Mme Rolande RUELLAN, Conseiller maître à la Cour des comptes.
- « Stratégies Nouvelles de Prévention » Rapport de la Commission d'Orientation de Prévention présidée par le Dr Jean-François Toussaint – 15 décembre 2006.
- « Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire » Rapport présenté par Danièle JOURDAIN-MENNINGER et Mathilde LIGNOT-LELOUP, Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales – Janvier 2003.
- « Le bilan de réforme de la médecine du travail » Rapport établi par Claire AUBIN, Régis PELISSIER, Pierre DE SAINTIGNON, Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales – Octobre 2007.
- « Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé – Délégation, transferts, nouveaux métiers... » Projet de recommandation Haute Autorité de Santé en collaboration avec l'ONDPS.
- « L'avenir de l'Assurance Maladie » rapport du Haut Conseil – Juillet 2007.
- « Pour une nouvelle prévention en santé au travail » Rapport du Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail –SNPST- Février 2008.
- « Faits et chiffres 2006 » Revue de l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la Prévention des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles.
- « Education à la santé en milieu scolaire- Choisir, élaborer et développer un projet » de Sandrine BROUSSOULOUX et Nathalie HOUZELLE-MARCHAL.
- « Evolution des pratiques de gestion et développement dans le domaine de la santé » Infolettre ANEI Analyse et évaluation des interventions en santé.
- « Atlas Régional de la Santé du Nord Pas-de-Calais 2008 – Comité de rédaction DRASS : René DANG, Hélène CHESNEL – URCAM : Denis LATIMIER - Stéphanie FRERE – Conception, réalisation : Cartographie et décision : Jean DE HEDOUVILLE, Christophe GRANIER, Sylviane HUGON.



- « Etude de santé publique autour d'une ancienne usine de broyage d'amiante, le Comptoir des minéraux et matières premières à Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis) » Décembre 2007 - Synthèse de Emilie COUNIL, Côme DANIAU, Hubert ISNARD de l'Institut de Veille Sanitaire.
- « Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France – 10 ans de surveillance 1996-2005 » Mars 2007 - Synthèse de l'Institut de Veille Sanitaire.
- « Surveillance des urgences » - Réseau Oscour (organisation de la surveillance coordonnée des urgences) Décembre 2007 – Résultats nationaux 2004/2007 de l'Institut de Veille Sanitaire.
- « Démographie médicale française – Les spécialités en crise » Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2006 de l'Ordre National des Médecins.
- « L'atlas de la démographie médicale en France » Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2007 de l'Ordre National des Médecins.
- « Les ateliers d'éducation thérapeutique – Une nouvelle relation soignants : soignés » DVD de la Mutualité Sociale Agricole MSA – Décembre 2007 – Equipe projet : Joëlle DEVOS - Matthieu GENEST- Frédéric MOMYKALA – Dr Vincent VAN BOCKSTAEL.
- « La pluridisciplinarité en santé – Une autre façon d'exercer » DVD de la Mutualité Sociale Agricole MSA – Décembre 2006 – Equipe projet : Christine DECHENES-CEARD, Sophie GOSSELIN, Arnaud DE LA SEIGLIERE, Cécile ONILLON, Frédéric POMYKALA, Aïcha SALOME, Isabelle SAPORTA, Nathalie SCARCELLA, Cynthia TISSON.
- « Les ateliers du bien vieillir MSA – Ce sont eux qui en parlent le mieux » DVD de la Mutualité Sociale Agricole MSA – Octobre 2006 – Equipe projet : Vincent VAN BOCKSTAEL – Joëlle DEVOS – Cécile ONILLON – Frédéric POMYKALA – Jacques PORTIER.