

Le Premier Ministre

1 4 5 3 / 0 7 / SG

Paris, le 16 OCT. 2007

Monsieur le Député,

Cher ami,

Le maintien d'un accès à des soins de qualité pour la population sur l'ensemble du territoire est une priorité forte du Président de la République et du Gouvernement.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit la mise en place d'un certain nombre de mesures relatives à la régulation et à l'organisation de l'offre de soins. L'objectif de ces mesures est de garantir une répartition adéquate des professionnels de santé sur le territoire et d'améliorer leurs conditions d'exercice et leur qualité de vie.

S'agissant des résultats obtenus dans la mise en œuvre des politiques de prévention sanitaire, les études récentes révèlent la persistance d'importantes disparités territoriales. C'est ainsi que pour la mortalité prématurée avant 65 ans, les taux de décès (standardisés) les plus élevés s'observent dans le Nord de la France, notamment dans le Nord-Pas-de-Calais (+ 33 % par rapport à la moyenne métropolitaine). La mortalité prématurée évitable, qui regroupe les causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme ou encore les conduites routières dangereuses, est également élevée dans cette région (+ 44 % par rapport à la moyenne métropolitaine).

J'ai décidé de vous confier une mission sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire.

Cette mission doit permettre de porter un diagnostic précis sur les différences d'état de santé et d'offre de soins sur le territoire, notamment en ce qui concerne la médecine de ville. Un état des lieux des actions entreprises pour améliorer l'accès aux soins est également indispensable. Les initiatives des différents acteurs, y compris associatifs, devront être prises en compte dans le cadre de cette mission.

.../...

Monsieur André FLAJOLET
Député du Pas-de-Calais
Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75007 PARIS

A la lumière des constats effectués, la mission devra formuler des recommandations.

Un décret vous nommera, en application de l'article L.O. 144 du code électoral, parlementaire en mission auprès de Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Vous bénéficierez du concours des services de ce ministère et de l'ensemble des administrations compétentes. Vous pourrez également consulter l'ensemble des organismes publics concernés.

Je vous remercie de bien vouloir me remettre votre rapport dans un délai de six mois. Il sera particulièrement utile au Gouvernement pour la conduite de sa réflexion et de son action.

Je vous prie de croire, Monsieur le Député, à l'assurance de toute ma considération.

Dei t

Heei, fl

François FILLON

Sommaire

Avertissement	9
Les douze recommandations synthétiques du rapport Flajolet	11
Introduction	
De la nécessité d'une nouvelle définition pour une prévention active et responsabilisante	13
Première partie	
Le constat	15
Le système de santé français accélérateur d'inégalités sanitaires	19
<i>Morbidité et mortalité prématurées évitables élevées</i>	19
<i>Dépenses de santé croissantes non liées à l'amélioration de la santé</i>	20
<i>Écarts de santé creusés par les progrès de la prévention en population générale et les inégalités d'accès aux soins</i>	21
<i>Accès à la santé – l'exception des pharmacies d'officine</i>	23
La réparation : cause d'une médecine individualisée et d'une insuffisance de prévention	25
<i>Méconnaissance des parcours individuels des patients dans le système de soins faute de coopération et de prévention organisées</i>	25
<i>Frustration de professionnels de santé acquis à la prévention mais accaparés par le curatif</i>	26
<i>Cloisonnements qui excluent la prévention collective, limitent l'individuelle et isolent les professionnels de santé y compris en zones denses</i>	28
<i>Rémunération à l'acte et prescription systématique encombrant le temps médical, laminent la prévention, induisent un contrôle pesant</i>	30
<i>Une désaffection organisée pour la discipline de médecine générale</i>	31
La connaissance : fragmentée, dense et difficilement exploitable	33
<i>Connaissance éparpillée, cloisonnée et longue à mobiliser opérationnellement</i>	34
<i>Observation de la santé en région : empilement et incompatibilité des systèmes d'information</i>	36
<i>Connaissances scientifiques en prévention et sentiment d'impuissance des professionnels</i>	37
<i>Une diffusion inorganisée du savoir vers les professionnels</i>	38
Des populations qui s'impliquent mal ou pas dans la prévention de leur santé	43
<i>Une population générale non orientée et surconsommatrice</i>	43
<i>Des populations laissées pour compte qui arrivent trop tard dans le système de soin</i>	47
Une absence de politique générale de prévention mais des germes prometteurs	53

<i>La tarification à l'activité (T2A) a aggravé à l'hôpital le déficit de prévention et les inégalités de santé, inadéquation du fléchage des crédits des plans de santé publique avec le mode de gouvernance de l'hôpital</i>	53
<i>Prévention : de nombreux messages successifs mais non priorités</i>	54
<i>Loi relative à la politique de santé publique : territorialisation encore incomplète, pilotage difficile, prévention diluée mais identification du pilote</i>	55
<i>Début d'optimisation des moyens à systématiser : coordination (type groupement régional de santé publique) et évaluation (pour mesurer les effets sur la santé plus que la conformité juridique et technique)</i>	57
<i>Des plans de prévention majeurs à faire converger (PNNS, PNSE...)</i>	58
<i>Dans certains territoires, des coopérations prometteuses, peu connues des administrations centrales mais révélées par les états généraux de la Prévention</i>	59

Deuxième partie

Recommandations **61**

Fixer le cap de la santé pour la communauté nationale	65
<i>La prévention : gestion active et responsabilisée du patrimoine santé dans tous les aspects de la vie pour un continuum prévention soin</i>	65
<i>La politique nationale de « prévention globale »</i>	69
Favoriser l'accès à la santé	79
<i>Promouvoir l'exercice pluridisciplinaire en « communauté de santé » permettant de tisser des liens. La santé comme prérogative locale car de l'assainissement des milieux de vie découle la cohésion sociale</i>	80
<i>Faire émerger les nouveaux métiers nécessaires pour systématiser la « prévention globale » afin d'obtenir un effet massif sur la santé et confier un rôle clair et identifié à chacun, générateur de motivation</i>	87
<i>Formation à la « prévention globale »</i>	92
Concentrer les efforts de réduction des disparités	95
<i>Connaissance de l'état de santé de la population et des personnes, de l'état de la science : fondements d'une prévention ciblée</i>	96
<i>Concentration des moyens de « prévention globale » : définir les priorités pour la résorption des disparités régionales de santé et identifier nominativement les régions prioritaires (les territoires en infrarégional)</i>	98

Troisième partie

Avant-projet pour une expérimentation en région Nord-Pas-de-Calais **105**

Propositions pour un projet expérimental et partenarial d'émergence durable de la thématique de « prévention globale » dans les territoires	107
La méthode	109
<i>Une convention d'objectifs et de moyens entre l'État et la région</i>	109
<i>L'organisation des priorités partagées au titre du GRSP</i>	109
<i>La contractualisation avec des associations professionnalisées sur des missions de santé</i>	110

Prévention comportementale et nutritionnelle pour une politique structurée et partenariale	111
<i>Un projet pour la lutte contre l'obésité</i>	111
<i>Un projet pour la pratique de l'activité physique</i>	112
<i>Les acteurs nécessaires au développement des projets partenariaux</i>	112
<i>Les nouveaux métiers nécessaires au développement de la « prévention globale »</i>	113
Santé environnement et santé au travail : l'institut du travail	115
<i>Environnement et santé au travail : une animation régionale reconnue et à renforcer</i>	115
<i>Un pôle de formation et de recherche en « santé au travail »</i>	115
<i>Des services de pathologie professionnelle et environnementale au bénéfice de la population</i>	116
<i>Prévention des intoxications au monoxyde de carbone dans la région Nord-Pas-de-Calais</i>	116
Organisation de l'accès à la santé – Une expérimentation pour anticiper les risques de déficit de la démographie médicale	119
<i>Un numerus clausus fléché et régionalisé, des stages en MG</i>	119
<i>Des communautés de santé</i>	119
<i>Une nouvelle organisation de la permanence des soins</i>	120
Une attention particulière à des domaines spécifiques	121
<i>Une prévention accrue pour réduire les risques de fracture psychologique</i>	121
<i>Une présence dans les prisons</i>	121
<i>Un accompagnement des sans domicile fixe (SDF)</i>	122
Conclusion	122

Annexes **123**

Annexe 1

La prévention : définition, notions générales sur l'approche française et comparaisons internationales	125
--	------------

Annexe 2

Panorama des politiques ministérielles de prévention sanitaire : quelle cohérence d'ensemble ?	127
--	------------

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	129
--	------------

Annexe 4

Les recommandations aux professionnels de santé en matière de prévention : état des lieux et limites d'un système fragmenté	131
---	------------

Annexe 5

Projets territoriaux de santé et professionnels de santé de premier recours	133
---	------------

Annexe 6	
Liste des sigles utilisés	135
Annexe 7	
Bibliographie	137
Remerciements	143

Avertissement

Ce rapport n'a pas vocation à être un énième rapport technique, ni sur la prévention ni sur les disparités de santé en France. Beaucoup a été écrit et fort justement sur l'ensemble des champs qui recouvrent ces deux questions, cruciales pour la cohésion du corps social de notre pays. Les recommandations qui découlent de nombreux travaux pourraient être les nôtres.

En conséquence, le rapport de la présente mission prend le point de vue du citoyen, en gardant de la technique ce qui est seul utile à la démonstration. Mais ce citoyen est averti. Il est, tour à tour et parfois simultanément, professionnel de santé, professionnel social, gestionnaire des deniers publics, de ses propres deniers, personne durablement en bonne santé, provisoirement en bonne santé, patient, indifférent à sa santé, hypochondriaque, malade, salarié, indépendant, intégré, laissé-pour-compte, parent, jeune, vieux...

Ce rapport prétend aller à l'essentiel, concrètement, et donner des guides pour accompagner les attentes qui s'expriment, depuis souvent fort longtemps, chez les professionnels et dans la population. Bref, il se veut politique à un moment où – les auditions en témoignent – chacun perçoit que la croisée des chemins est là et que l'horizon à cinq ans n'est pas atteignable en l'état.

Il en résulte une structure inhabituelle, comparativement aux rapports examinés au cours de la revue de littérature effectuée par cette mission. La principale originalité tient à la proposition très opérationnelle d'en appliquer, dans la région de France où les disparités sont probablement les plus contrastées, celles des recommandations qui lui sont adaptées. Trois parties principales et politiques composent ce rapport : constat, recommandations, application à la région Nord-Pas-de-Calais. Ces parties miroitent avec des annexes, résultat de l'étude technique de l'existant.

Enfin, l'effet de miroir n'est pas seulement interne mais s'applique aux trois autres rapports, commandés par le gouvernement, qui eux aussi préparent le projet de loi d'organisation de la santé de l'automne 2008. En effet, la prévention irradie l'ensemble du champ de la santé : professionnels de première intention, hôpitaux, collectivités territoriales.

La prévention se doit même de déborder le champ de la santé. Lorsqu'elle est intégrée, elle a une double faculté : apprendre l'estime de soi aux personnes, faire aimer leur métier aux professionnels.

Les douze recommandations synthétiques du rapport Flajolet

Prévention : Pour une politique claire et connue de tous

R1 : Redéfinir la prévention comme la « gestion de son patrimoine santé » pour quitter la logique de réparation au profit d'une prévention globale et active.

R2 : Unifier par les déterminants les actions pour la santé (lutte contre la sédentarité, amélioration qualitative de l'alimentation, lutte contre les addictions : l'abus d'alcool, les substances psychoactives, le tabac).

R3 : Répartir les responsabilités de prévention entre les acteurs :
– professionnels de santé : prévention individuelle ;
– collectivités locales, régionales, nationale : prévention collective.

R4 : Organiser la diffusion des savoir-faire de prévention, opérationnels, vers les acteurs de première ligne.

Accès à la santé : Pour tous sur tout le territoire

R5 : Mailler l'ensemble du territoire en médecine de première intention : « communauté de santé », sur la base d'un projet de territoire en cohérence et en lien avec une « communauté hospitalière » de référence.

R6 : Favoriser l'exercice pluridisciplinaire, y compris par la création de nouveaux métiers, pour un service à la population qui soit complet, de qualité et proche.

R7 : Placer la médecine générale au cœur de l'enseignement des facultés de médecine, à rééquilibrer par les sciences humaines, pour considérer la personne dans sa globalité.

R8 : Promouvoir la santé, par le sport de masse et par l'alimentation saine, à l'école, en famille, collectivement, *via* un faisceau d'actions au contact des personnes, avec priorité aux enfants.

Cibler la réduction des disparités de santé

R9 : Organiser la mesure de l'état de santé de la population pour identifier et suivre les régions et territoires en déficit de santé.

R10 : Concentrer temporairement les efforts de prévention sur les territoires identifiés *via* un projet de loi quinquennale de résorption des disparités de santé, en phase avec la LPSP.

R11 : Confier à l'ARS la responsabilité de la mesure en région des disparités de santé, de l'évolution de la politique régionale de résorption, de guichet unique des politiques de prévention de l'État pour l'ensemble des ministères.

R12 : Confier aux collectivités territoriales, niveau opérationnel d'intégration du sanitaire et du social, la mise en œuvre de la résorption des disparités.

Introduction

De la nécessité d'une nouvelle définition pour une prévention active et responsabilisante

Cette mission a vocation à éclairer ceux qui ont en partage la responsabilité de la santé de la population sur la capacité de répondre, avec justesse, aux besoins de santé de la population générale mais également des populations ou des personnes qui sont aujourd'hui éloignées des soins et plus encore de la prévention.

Le cœur de l'intitulé de la présente mission se retrouve dans les termes de l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique : « La politique de santé publique concerne : [...] 7° La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire [...] ».

La prévention est une discipline très documentée mais confrontée à une absence de définition dans les textes législatifs, notamment dans la loi relative à la politique de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004. Si elle est effectivement intégrée à l'explicitation de la politique de santé publique dans six des dix items de son article introductif (L. 1411-1), son acception y est essentiellement liée au risque, au mieux dans l'évitement de ce dernier. En outre, la nature de la prévention doit être déduite des différents textes où elle est citée.

Les définitions de la prévention qui ont cours sont celles de l'OMS. Celle de 1950 en distinguait traditionnellement trois types :

- la prévention primaire, qui a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes ;
- la prévention secondaire, qui vise à détecter rapidement la pathologie pour intervenir efficacement ;
- la prévention tertiaire, qui a pour objectif de diminuer les récives et incapacités.

Cependant, prévenir la maladie n'est qu'une partie de la promotion de la santé. Aujourd'hui, l'OMS préconise de passer de la prévention, c'est-à-dire de l'action sur les facteurs individuels de risque, à la promotion de la santé, entendue

comme l'action sur les déterminants de la santé. Il n'en demeure pas moins que le patient est toujours un récepteur, généralement de soins, parfois de prévention.

Cette mission retient la classification en quatre actions types¹ :

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

En effet, la prévention doit être globale, atteindre un niveau suffisant d'appropriation par chaque acteur, pour déclencher un effet positif sur la santé des populations.

L'action par les populations est majeure et conditionne la définition d'une prévention globale, dite d'anticipation positive², retenue par cette mission en fin d'auditions : « les trois fractions, universelle, sélective et ciblée correspondent respectivement à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et à l'éducation thérapeutique. [...] [À l'action,] déclenchée par un expert ou un groupe d'experts, [répond] une participation active de l'individu ou du groupe cible³ ».

La mission constate la juxtaposition non ordonnée de structures traitant de prévention sanitaire, l'insatisfaction des professionnels de santé de ne pouvoir se consacrer davantage à la prévention, la perte de chance qui en résulte spécialement pour ceux qui sont éloignés du soin (première partie).

Elle recommande de tisser du lien social en plaçant la santé au centre des préoccupations locales, de donner un rôle clairement identifié à chacun et de passer d'une logique de réparation à une logique de gestion du patrimoine santé, de saupoudrage des moyens à leur concentration (deuxième partie).

Elle propose d'expérimenter à l'ensemble de la région Nord-Pas-de-Calais des projets de santé de proximité permettant de motiver à leur santé les personnes, y compris et surtout celles à présent exclues du soin précoce. À cette fin, une ébauche de contrat d'objectifs et de moyens prépare la concertation en vue de cette expérimentation (troisième partie).

(1) M. Philippe Lamoureux, directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

(2) Pr Jean-Louis San-Marco.

(3) Pr Jean-Louis San-Marco, extension de la classification de RS Gordon 1982, relative aux maladies chroniques.

Première partie

Le constat

Juxtaposition non ordonnée des structures participant aux actions de prévention, des professionnels de santé insatisfaits, une entrée prévention par le soin, une perte de chance pour ceux qui en sont éloignés

La tyrannie de la liberté absolue ou comment ne pas en être partisan depuis les centres urbains suréquipés

Aujourd'hui, l'entrée dans la prévention se fait, sauf exception, par le soin et induit une perte de chance pour ceux qui en sont éloignés. Les professionnels de santé, spécialement lorsque leur expérience est riche après plusieurs années d'exercice, savent que la détermination de la bonne santé se noue tôt, dès l'enfance. En outre, les actions de prévention répondent toujours à un risque identifié et les multiples organismes qui ont un rôle dans le système de santé conçoivent chacun leur politique de prévention en fonction de buts qui leur sont propres. La cohérence est donnée par la loi relative à la politique de santé publique laquelle cependant ne fédère pas d'importantes politiques de prévention sanitaire menées par d'autres ministères, notamment ceux du Travail et de l'Environnement.

Les récents rapports relatifs à l'état de santé en France insistent sur les disparités de santé qui ont pu être, dans le passé, occultées par les performances d'espérance de vie. Les auditions de notre mission font apparaître quatre causes liées aux politiques de prévention sanitaire mises en œuvre : 1) le système de santé, indistinctement en médecine générale et en deuxième recours, est consacré à la réparation du défaut de santé ; 2) la connaissance à la disposition des professionnels de santé est multiple et donc difficile à mobiliser, qu'elle ait pour objet les patients ou l'état de la science dont la prévention ; 3) les populations sont désorientées devant un système de santé complexe et s'impliquent mal dans la prévention de leur santé ; 4) la prévention ne fait pas encore l'objet d'une politique générale bien que des germes prometteurs et une attente forte se manifestent.

Le système de santé français accélérateur d'inégalités sanitaires

Les performances du système de santé en France ont pour résultat la deuxième espérance de vie après 65 ans au monde, une technicité médicale forte, des progrès dus à la prévention par les milieux, contre les caries dentaires, le tabagisme passif, les accidents de la route où le nombre de morts évités est remarquable. Elles ne doivent pas faire oublier trois éléments révélateurs de disparités de santé : une morbidité prématurée évitable élevée ; des dépenses de santé non maîtrisées ; une prévention en population générale qui creuse les écarts, au détriment des plus éloignés de la conscience du soin préventif ou de sa possibilité.

Morbidité et mortalité prématurées évitables élevées

Certes, en vingt ans, la mortalité prématurée a connu en France une diminution de l'ordre de 30 %. La baisse régulière des décès dus aux maladies cardio-vasculaires depuis 1990, en moyenne de 2,5 % par an, s'est encore accrue avec la mise en œuvre de l'interdiction de fumer dans les lieux publics permettant de lutter contre le tabagisme passif, preuve de l'efficacité des politiques de prévention par l'assainissement des milieux.

Cependant, les maladies dues à l'alcool, au tabac, aux comportements à risque, à une mauvaise alimentation sont en augmentation. Par exemple, les taux d'incidence et de décès prématurés dus au cancer, lequel représente en France la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme, sont chez l'homme les plus élevés d'Europe et chez la femme juste dans la moyenne.

Qui plus est, ces maladies frappent davantage les catégories socioprofessionnelles des ouvriers et employés. Comme le relève la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) dans les « Indicateurs transversaux de santé publique dans les régions de France » de juin 2007, le taux de mortalité prématurée y est trois fois plus élevé que celui des cadres et professions intellectuelles et deux fois élevé plus que celui des cadres moyens et commerçants. Ces différences s'observent pour la plupart des pathologies et les écarts les plus nets concernent celles associées à la consommation d'alcool, notamment les cancers.

Par ailleurs, de fortes disparités spatiales de mortalité prématurées sont observées, en particulier dans deux grandes zones géographiques : le nord de la France

et la Bretagne. Les disparités n'y sont pas limitées aux facteurs socioprofessionnels : l'histoire, la culture, l'environnement, la tradition ont également une part importante.

En matière de médecine du travail, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés constate que les accidents du travail sont moins fréquents (39 accidents pour 1 000 salariés au lieu de 46 pour 1 000 dix ans plus tôt¹). Le nombre d'accidents mortels a significativement diminué, passant de 626 en 2004 à 474 en 2005. Au total, depuis vingt ans, le nombre d'accidents mortels a été divisé par trois, celui des accidents graves par deux. Cependant, l'intensification du travail et l'émergence de nouveaux risques est aujourd'hui une tendance lourde qui a fait l'objet de nombreuses enquêtes françaises² et européennes³. L'alourdissement de la charge mentale et, contrairement aux idées reçues, l'accroissement des efforts et expositions physiques, y compris dans le secteur tertiaire, ont pour conséquence la croissance exponentielle des troubles musculo-squelettiques, qui représentent plus de 70 % des maladies professionnelles déclarées en France et des troubles « psychosociaux », du stress, de la violence, de la dépression voire du suicide.

Une partie de la mortalité prématurée est évitable par action, soit sur les facteurs comportementaux individuels, soit sur la prise en charge. Chez les hommes, les trois quarts des décès évitables le sont par modification des comportements individuels alors que chez les femmes, la moitié l'est par l'amélioration du dépistage.

Dépenses de santé croissantes non liées à l'amélioration de la santé

En prévention, les sommes mobilisées sont loin d'être négligeables, comme l'indique une étude publiée en juillet 2006, réalisée à partir des Comptes nationaux de la santé de 2002 : la France consacre 10,5 milliards d'euros à la prévention, soit 6,4 % de ses dépenses de santé. Ainsi que le relève la Conférence nationale de santé dans son avis du 22 mars 2007, « plus que son montant, c'est l'absence de stratégies évaluées en promotion de la santé, élaborées et organisées avec le système de soin et avec l'ensemble des acteurs concernés en dehors du soin qui réduit l'efficacité de la dépense globale de prévention ».

L'attraction exercée par les grandes métropoles prive progressivement les populations des zones suburbaines ou rurales écartées d'accès aux soins car les professionnels s'y trouvent inexorablement attirés du fait d'infrastructures de meilleure qualité dans tous les domaines (culture, transports, loisirs, santé).

(1) Chiffres 2005.

(2) « Conditions de travail », enquête annuelle DARES.

(3) Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin.

Certaines zones géographiques sont sous-dotées en termes d'offre de soins et parfois totalement dépourvues d'une offre de soins à tarif opposable. Elles contribuent à renvoyer les personnes en demande de soins vers l'hôpital public et, en son sein, vers les urgences. Ces territoires, à découvert d'une offre utile, viennent renchérir encore l'accès aux soins pour une population alors contrainte d'ajouter des frais de déplacement parfois considérables au prix des consultations et des traitements. Ainsi que le fait remarquer le Dr TARPIN d'Espace généraliste, sur les 14 millions de passages par an dans les services d'urgence, 11 millions sont injustifiés et ne relèvent pas des urgences dont 8,8 millions ont lieu pendant les heures ouvrables et 50 % de ces patients ont des symptômes depuis plus de 48 heures. C'est une illustration de la négation de la prévention, laquelle repose sur le dialogue avec un professionnel qui connaît le contexte de ce milieu dans lequel évolue la personne. Il en résulte une dépense considérable d'examen qui ne seraient pas nécessaires si le patient était vu dans son milieu ou porteur d'un dossier médical aux informations sûres.

Le principe de précaution et la judiciarisation de l'exercice médical, de surcroît, interdit aux urgentistes d'effectuer sereinement le premier métier de l'urgence qui consiste à trier les patients selon le degré de risque. Le défaut de connaissance réduit les critères d'éviction des urgences. En outre, la tarification à l'activité peut générer, plus ou moins consciemment, des examens inadéquats dans le but non d'aider au diagnostic mais de justifier la présence de matériels coûteux et de soutenir l'activité de l'hôpital pour lui procurer les revenus dont il manquerait.

Les territoires où l'offre publique hospitalière est désormais insuffisante, faute de praticiens, contribuent à l'augmentation de la dépense mais surtout au renoncement aux soins et à l'entrée tardive et coûteuse dans le système, génératrice de handicaps, d'incapacités et de mortalité prématurée évitable. Le coût des groupes homogènes de séjour est, par exemple, beaucoup plus élevé à l'hôpital Avicenne en Seine-Saint-Denis ou dans les quartiers nord de Marseille. S'y ajoutent les indemnités pour perte d'activité ou incapacité.

Écarts de santé creusés par les progrès de la prévention en population générale et les inégalités d'accès aux soins

La prévention et la promotion de la santé font l'objet de campagnes combinant l'utilisation des médias, la diffusion de brochures et la sensibilisation des professionnels de santé. Cette association est particulièrement efficace pour les personnes qui ont conscience du prix de leur santé et ont confiance dans leurs capacités à influencer sur ses déterminants. De telles campagnes atteignent prioritairement les couches les plus éduquées de la population chez lesquelles les effets bénéfiques se font sentir. En revanche, comme le relève l'Institut de veille sanitaire dans son bulletin épidémiologique hebdomadaire de janvier 2007, les personnes moins instruites ou le groupe des professions manuelles recourent moins aux dépistages, sont davantage sujets au surpoids, à l'impact du mauvais état de santé sur

l'emploi. D'une manière générale, la forte diminution de la mortalité prématurée observée entre les années 1980 et 1990 profite moins à ces groupes.

Les causes des disparités de santé peuvent être classées en quatre catégories qui se combinent souvent et aggravent une situation donnée :

- une difficulté d'accès aux soins et à la prévention pour certaines populations (migrants, personnes en situation de précarité...) ou pour les zones où cette offre est pauvre (Guyane, Saint-Martin, Mayotte et certains secteurs suburbains ou ruraux du territoire métropolitain);
- le comportement (conduites à risque, alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, infections sexuellement transmissibles...);
- l'*habitus* (nutrition, absence d'activité physique, activités traditionnelles...);
- l'environnement (habitat, milieu de travail, situation de détention...).

Les disparités peuvent être étroitement liées à la culture et circonscrites à des zones géographiques auxquelles les populations restent très attachées, quitte à bénéficier de revenus et d'un accès moindres à la santé, ou différé. Cet *habitus* marque plus fortement certaines régions de France, dont le Nord-Pas-de-Calais, mais il est toujours infrarégional et il convient d'en mesurer précisément les conséquences, pour agir sur les causes de manière coordonnée et locale. Un exemple éclairant de la nécessité de penser la prévention localement est donné par le Dr Jean-Marc REHBY, président de l'URML de cette région, où les trois déterminants de l'hypertension artérielle se cumulent avec une prégnance forte du diabète : l'objectif national de l'assurance-maladie de réduction de la prescription de statines a amené les délégués de l'assurance-maladie à conseiller aux médecins de moins prescrire cette molécule qui est nécessaire tant que les actions contre l'obésité entreprises par ailleurs ne portent pas de fruits.

Les disparités sont également souvent liées à l'histoire locale qui a marqué la géographie et les populations. L'ouest de la France, très agricole, dont les terres sont chargées en nitrates du fait de l'industrialisation de l'agriculture et des élevages hors sols, est marqué notamment par les questions de potabilité de l'eau et de protection des zones de captage. Dans le Nord, le bassin minier a induit des pollutions et des habitudes de vie, notamment le chauffage au charbon et ses risques liés au monoxyde de carbone. La prévention est actuellement menée avec une grande perte d'énergie du fait d'obstacles ou de viscosités administratifs qu'il est nécessaire de lever.

Les disparités naissent aussi de la mésestime de soi qui peut conduire à la désocialisation. Les personnes soutenues par les SAMU sociaux sont en grande souffrance psychique et s'adonnent aux drogues licites et illicites. Le domaine de la santé mentale est capital mais son adaptation doit être améliorée. À Cayenne, les personnes vivant dans la rue sont suivies par les bénévoles du SAMU social qui peuvent prévenir des atteintes plus graves voire réinsérer ceux qui parviennent à réintégrer le système de santé. Pour Mme Daphné BOREL, directrice de ce SAMU social, les obstacles les plus importants résident dans l'inadaptation de l'offre en santé mentale, trop rigide en termes de localisation et d'horaires.

L'accès aux soins dans les périodes de la vie où se consolide la santé est spécialement important. Ainsi, le monde universitaire mérite une attention particulière comme l'explique M. Laurent MICHEL dans une enquête relative à la santé des étudiants. L'annonce par Mme la Ministre Roselyne BACHELOT-NARQUIN d'une consultation de prévention pour tous les étudiants est un premier pas. Mais

la réduction des facteurs qui favorisent la souffrance psychique et les situations de mal-être doit faire l'objet d'un meilleur accès à des lieux d'écoute, comme par exemple les bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU) qui pâtissent d'un déficit logistique. D'ailleurs, l'enquête montre que les trois demandes prioritaires portent sur l'équilibre alimentaire, le stress et le sommeil, ce qui illustre l'importance du renforcement de l'offre de prévention nutritionnelle et comportementale.

Accès à la santé – l'exception des pharmacies d'officine

Les règles démo-géographiques ont été introduites en 1941 puis confirmées à la Libération et amendées plusieurs fois pour remédier à de graves inégalités dans l'accès aux soins. Les ouvertures de nouvelles officines se situaient jusque-là systématiquement dans les centres des agglomérations, laissant de larges zones sans approvisionnement correct en médicaments. Elles ont constitué un premier exemple en France de planification sanitaire. Certes, elles n'ont pas mis fin au suréquipement des centres urbains car elles ne remettaient pas en cause l'existence des officines déjà installées. En revanche, elles ont permis de canaliser les offres nouvelles vers les zones jusque-là sous-dotées.

En conséquence, les pharmaciens d'officine sont aujourd'hui répartis sur le territoire de façon beaucoup plus homogène que les autres professionnels de santé. Au niveau départemental, l'écart de densité des officines est de 1 à 2 là où il va de 1 à 3 pour les médecins libéraux et de 1 à 5 pour les laboratoires d'analyse médicale. Mesurée au niveau local, cette dispersion entre densités extrêmes serait encore plus accentuée. De plus, on n'observe pas chez les pharmaciens la concentration caractéristique des médecins et des laboratoires d'analyses dans les zones méridionales.

Là où ont subsisté des officines très proches les unes des autres, le service pharmaceutique est dégradé car la taille réduite de la plupart ne leur permet pas d'entretenir un stock de médicaments large ni de proposer les services spécialisés complémentaires. Les conditions de travail y sont en outre plus difficiles du fait de l'effectif réduit et de l'amplitude horaire d'ouverture imposés par les réalités économiques.

Comme pour d'autres équipements sanitaires, la qualité de fonctionnement voire la survie suppose une taille minimale. C'est le sens des mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 destinées à rationaliser encore le maillage officinal. Dans les zones qui en ont au moins une, le minimum de population passe de 2 500 à 3 500 habitants supplémentaires pour une ouverture. Dans les zones suréquipées, le regroupement est encouragé.

Ces règles permettent à la population de disposer en tout point du territoire et en permanence d'un accès aux produits de santé dont elle a besoin.

La réparation : cause d'une médecine individualisée et d'une insuffisance de prévention

Dans les années 1920 et 1960, les principes qui ont fondé puis conforté l'organisation de la médecine en France reposaient sur la prise en charge séquentielle de maladies aiguës. Le paiement à l'acte avait donc comme justification logique la réparation d'une dégradation momentanée de la santé qui avait conduit à consulter. L'alternative étant la disparition inéluctable et plutôt rapide du patient, annoncée par le médecin, qui véhiculait donc dans l'inconscient de la population une image de terreur muette et n'était pas volontiers consulté.

Aujourd'hui, les progrès de la science et de l'expérience clinique permettent de rendre supportables des maladies installées dont on ne meurt plus. En outre, la découverte des causes de ces maladies progresse également et permet d'envisager des alternatives au curatif pour agir, en amont du soin, sur les déterminants.

Le drame de l'amiante est une catastrophe sanitaire prévisible qui a mis en lumière les insuffisances du système de réparation. Le rapport de Jean Le Garrec, *Ne plus perdre sa vie à la gagner : 51 propositions pour tirer les leçons de l'amiante*¹, est un constat sévère, évoquant la « faillite » d'un système historique de gestion des risques professionnels gouverné par un objectif de réparation. Il remet en cause l'approche clinique individuelle fondée sur la visite systématique.

Cependant, le système de santé est toujours organisé pour réparer un état de santé dégradé. Les 100 objectifs de la LPSP sont avant tout des indicateurs liés à des pathologies, non à la réduction des causes structurelles de ces dernières.

Méconnaissance des parcours individuels des patients dans le système de soins faute de coopération et de prévention organisées

Hôpitaux et professionnels de santé de ville apparaissent comme étant peu impliqués dans des projets locaux de santé insérés dans des politiques de développement ou de santé publique. Selon l'enquête de la DGS, près d'un tiers des

(1) Assemblée nationale, 2006.

projets locaux de santé fait état de la mobilisation de professionnels de santé, ces derniers exerçant le plus souvent dans des établissements publics de santé ou en secteur psychiatrique. Les professionnels de ville sont cités bien plus rarement, de façon explicite dans moins de 10 % des projets. Ils affirment ne pas y trouver leur place. Réclamés par de nombreux comités de pilotage et autres réunions de coordination dont ils ne voient pas toujours l'utilité, nombre d'entre eux abandonnent, sollicités de plus en plus par leur travail de clinicien face aux problèmes de démographie médicale (De Paw C., URML Nord-Pas-de-Calais).

Dans une étude récente¹, plus de 80 % des médecins généralistes s'estiment efficaces dans le dépistage du cancer ou l'éducation thérapeutique du patient, contre moins de 40 % dans l'éducation vis-à-vis de la consommation d'alcool ou de drogues illicites ou l'éducation pour la santé. Ce qui est mis en avant comme premier frein est le fait que les patients ne sont pas très ouverts au dialogue sur la prévention. Si on interroge les patients, ils disent à peu près la même chose de leur médecin (Baromètre santé médecin 2003, INPES).

Par ailleurs, une majorité de médecins considère que cette activité ne fait pas partie de sa mission tout en étant prête à revoir son cahier des charges dans le cadre d'une répartition des tâches². Lors d'une enquête réalisée auprès d'un panel représentatif de médecins généralistes bretons composant le baromètre des pratiques en médecine générale, 84 % des médecins estimaient avoir à effectuer des tâches ne relevant pas de leur qualification. Il s'agissait notamment de tâches liées à l'information et à l'éducation du patient (64,3 %), à la coordination des soins (58,3 %) ou encore à la gestion du dossier du patient (56 %).

Frustration de professionnels de santé acquis à la prévention mais accaparés par le curatif

Certes, les avenants n^{os} 12 et 23 à la Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvés par les arrêtés du 23 mars 2006 et du 2 mai 2007, témoignent de l'adhésion des médecins au dispositif du médecin traitant et à son nouveau rôle en matière de prévention et de coordination. Cependant, les médecins sont accaparés par l'empilement de leurs tâches, jugé comme improductif et inéluctable, et focalisés sur la baisse de la démographie. Les travaux des états généraux de l'organisation de la santé (EGOS) en rendent compte précisément.

(1) Aulagnier *et al.*, « 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*, vol. 38, n^o 4, octobre-décembre 2007.

(2) Bataillon T., « Vers une consultation médicale de prévention », *Santé publique*, n^o 1, mars 2006.

La réforme de l'assurance-maladie d'août 2004 a introduit, en ville, un certain nombre de mesures de régulation de la dépense et institué le parcours de soins autour du médecin traitant qui devait être sous-tendu par la mise en place du dossier médical partagé, que le législateur avait souhaité appeler « dossier médical personnel ». Ce dernier outil devait être l'aide de nature, d'une part, à apporter les informations indispensables au praticien, d'autre part, à faciliter les mesures de suivi des prescriptions et le contrôle de la dépense. Le contrôle de l'assurance-maladie, non contrebalancé par l'introduction d'une aide au diagnostic, est ressenti comme pesant par les médecins qui ont l'impression de consacrer une part de plus en plus importante de leur activité à l'administration de la santé au détriment du soin.

De surcroît, les perspectives à cinq ans de départ à la retraite des classes d'âges du *baby-boom*, remplacées par celles dont le *numerus clausus* était au plancher, encore plus prégnantes dans dix ans, sont anxiogènes et focalisent toute l'attention. Prosaïquement, toute rupture présente une opportunité et celle ainsi ouverte par la baisse du nombre de médecins est une double occasion : 1) de réorganiser le mode de fonctionnement du soin en France en y introduisant une dose massive de prévention ; 2) de dégager des marges de manœuvre financières permettant de varier la structuration des métiers de la santé en privilégiant les métiers à formation plus ciblée et moins longue.

À l'hôpital, les infirmiers passent du temps à gérer les médicaments dans leurs services d'appartenance, fonction qui pourrait être tenue par des logisticiens et augmenter la présence près du patient. En ville, les toilettes et les soins spécifiques à certaines pathologies chroniques sont parfois confiés à des auxiliaires de vie libérant le temps des infirmières. Ces exemples laissent entrevoir l'étendue des marges de manœuvres existantes pour améliorer la présence au malade des professionnels de santé.

Les médecins vivent mal leur rôle de simples prescripteurs alors que les Français sont les premiers consommateurs mondiaux de médicaments et focalisent l'intérêt des laboratoires multinationaux. Le rééquilibrage du curatif au profit de la prévention permettrait de ne plus soigner avant tout et quasi exclusivement par chimio-prophylaxie. Il existe d'autres moyens de maîtriser la cholestérolémie, comme par exemple le simple exercice physique quotidien.

Une part de cette consommation excessive de produits est peut-être liée au sous-emploi des pharmaciens d'officine au sens du rapport de l'OMS 2006, *Le Développement d'une pratique pharmaceutique centrée sur les soins au patient*. Le pharmacien est titulaire d'un doctorat et a effectué sept années d'études dans le domaine de la santé qui pourraient être mieux utilisées au profit de la prévention. De surcroît, il exerce sa fonction en un lieu prévu et organisé à cet effet et il participe à un service de garde et d'urgence assorti de sa présence effective. Il n'est pas raisonnable qu'il reste un simple délivreur exclusif de médicaments même assorti du devoir de conseil, voire de refus de dispensation dans l'intérêt de la santé du patient. Son potentiel de prévention et de proximité géographique est très peu exploité – arrêt du tabac, contraception... – alors que l'enquête IPSOS santé de janvier 2008 (*Les Français et leur pharmacien*) indique que 97 % lui reconnaissent cette qualité de la proximité et l'identifient comme acteur possible de prévention, d'où l'intérêt à tous points de vue de l'intégrer dans les réseaux de prévention.

Cloisonnements qui excluent la prévention collective, limitent l'individuelle et isolent les professionnels de santé y compris en zones denses

La Mutualité sociale agricole représente une heureuse exception dans la mise en œuvre d'une prévention organisée dans les territoires. Mme Geneviève DECOCQ, présidente de la caisse régionale du Nord-Pas-de-Calais, précise les actions menées par l'association pour la santé et l'éducation qui propose des ateliers en matière d'éducation thérapeutique pour les personnes atteintes de maladies chroniques, des ateliers du bien vieillir et des ateliers pour prévenir les risques cardio-vasculaires. Elle propose de faire bénéficier les ressortissants des autres régimes de son expertise des territoires ruraux, étendus aux zones suburbaines. Le régime social des indépendants est d'ores et déjà partenaire.

Le Dr Vincent van BOKSTAEL, médecin conseil à la caisse centrale, décrit l'éducation thérapeutique ainsi élaborée à base d'autosurveillance du patient, d'observance, de connaissance des effets secondaires. Elle favorise la mise en place de forfait pour les équipes ambulatoires pluridisciplinaires, au sein desquelles sont réparties les tâches, dans le cadre des affections de longue durée. À ce propos, il faut noter que l'éducation thérapeutique est opportunément enseignée dans les instituts de formation aux soins infirmiers et pas dans les facultés de médecine. Les séances sont prescrites par le médecin traitant sur la base d'un contrat d'éducation thérapeutique. Il en résulte pour les médecins qui soignent des patients ainsi formés une diminution, scientifiquement démontrée, de l'épuisement professionnel observé chez les médecins.

En termes d'infrastructures facilitant l'exercice d'une médecine pluridisciplinaire, la caisse centrale a mis au point le concept des maisons de santé rurales qui naissent sur un territoire donné pour répondre à un projet de soin, préalablement élaboré et négocié, et s'appuient sur le tissu local. Il est en effet premier que les professionnels de santé aient envie de monter une telle structure. La caisse centrale offre un appui méthodologique au montage de tels projets et structures, en adaptant des principes généraux au besoin local et en proposant des aides par thèmes. À ce jour, trente maisons fonctionnent en France. En région Nord-Pas-de-Calais, en plus de ces maisons rurales, est prévu le montage de quatre de ces maisons par an sur trois ans avec la fourniture d'une expertise sur l'ingénierie de projet, grâce au contact simplifié avec les médecins qui font une des spécificités du régime agricole.

En dépit de ces heureuses exceptions, il existe de nombreux blocages et verrous qui vont à l'encontre d'une prévention, fût-elle simplement médicale, individuelle et secondaire.

Un premier regret est la disparition du régime minier, déploré par Mme Rolande RUELLAN, présidente de la 6^e chambre de la Cour des comptes. Il aurait pu servir de modèle du fait de son système de soins qui prenait intégralement en charge la famille en associant le préventif au curatif, le sanitaire au social, en échange d'une restriction de la liberté de choix pour les patients et du salariat pour les

professionnels. Ces exceptions n'ont cessé d'être dénoncées par les syndicats médicaux.

Un deuxième regret est l'absence d'échange d'informations ou l'archaïsme de leur transmission, par courrier papier, qui coupe la médecine de ville de la médecine hospitalière et prive l'une et l'autre de l'aide qui est indispensable à la simple efficacité. Des accidents médicaux en découlent avec le poids des responsabilités juridiques lesquelles génèrent, de la part des praticiens, des choix économiquement aberrants.

À cet égard, existe une forte attente des médecins libéraux dont témoigne leur implication dans le projet de dossier santé Picardie, rapportée par M. Bruno GUIZARD, directeur des systèmes d'information du centre hospitalier universitaire d'Amiens. À partir de l'outil de gestion de la production de soins utilisé par les services de l'hôpital, un dossier de santé est alimenté en routine pour chaque patient. Il a été déployé dans l'établissement, y compris pour les consultations externes des praticiens qui l'ont plébiscité. Il est expérimenté depuis le 2 avril 2008 auprès des médecins de ville, massivement volontaires pour rejoindre l'expérimentation à la perspective de disposer de ce qu'attend toute la profession : le partage d'informations fiables.

Un troisième regret est l'absence de coopération entre professionnels, ce que relève le Syndicat des jeunes médecins généralistes par la voix de son président le Dr Fabien QUEDEVILLE. En particulier dans les zones denses, les professions s'ignorent et ne communiquent guère, dans les zones sous-dotées, la charge de travail en exercice isolé l'interdirait si la volonté se manifestait.

Cette absence de coopération s'étend également entre professionnels de santé de différentes institutions qui ont cependant pour mission principale la prévention. C'est ainsi que les causes professionnelles et environnementales des maladies, surtout quand interviennent des intérêts économiques, ne sont pas traitées avec constance et souffrent du cloisonnement entre les différents services de la médecine du travail, ceux portant les politiques de santé environnementales. Or, comme le fait remarquer Mme Rolande RUELLAND, les causes comportementales, environnementales, professionnelles des cancers et autres maladies qui se développeront dans vingt ans sont à l'œuvre actuellement. Quand elles sont identifiées, les pouvoirs publics ont le devoir d'agir en s'organisant pour y parvenir et en expliquant la démarche.

Pour Mme Denise BOCQUILLET, adjointe au maire d'Arras, la prévention est du ressort naturel de la commune, ou de la communauté de communes, laquelle agit directement sur les milieux et suscite l'adhésion de la population. La prévention s'inscrit dans la vie communale par des activités de proximité organisées pour et par ses habitants. En effet, dès la petite enfance, les équipements communaux, crèches puis écoles primaires, confèrent à l' élu une responsabilité éducative dans l'acquisition, par les enfants de ses administrés, des habitudes d'équilibre alimentaire et d'activité physique. L' élu connaît les populations et a un rôle de premier plan en termes de qualité de vie, laquelle peut être fortement impactée par le mal-être de certains de ses membres.

Mme BOCQUILLET souligne la nécessaire coopération entre les services des différents niveaux territoriaux avec la commune pour gérer les transitions afin d'éviter les ruptures lors des changements de cycle des enfants, adolescents et

jeunes adultes. En effet, les compétences sont exercées successivement par la commune jusqu'en classe de sixième, par le département pour la PMI et le collège et par l'État pour l'université. L'enjeu majeur est d'assurer à ces étapes la corrélation entre les dépistages positifs et leur prise en charge effective.

Rémunération à l'acte et prescription systématique encombrant le temps médical, laminant la prévention, induisent un contrôle pesant

L'organisation de la médecine de ville n'encourage pas l'inclusion de la prévention et de la promotion de la santé dans les consultations, malgré la mise en place du parcours de soins à l'occasion de la réforme de l'assurance-maladie de 2004. Selon l'avis de la conférence nationale de santé du 22 mars 2007, «l'exercice de la médecine reste toujours individuel, notamment en raison de l'exclusivité du paiement à l'acte, malgré la création des réseaux de soins, dont le bilan est par ailleurs discuté, ou les regroupements multidisciplinaires de professionnels de santé ambulatoire, libéraux ou salariés de centres de santé, insuffisamment encouragés».

Dans un contexte où la société fait face à un vieillissement de la population et à un accroissement de l'espérance de vie, les maladies chroniques, selon le Dr Laurent CHAMBAUD, sont un enjeu majeur pour la santé de la population et vont exercer une pression de plus en plus forte sur le système de soins et les services de santé. En complément de l'approche préventive visant à éviter l'apparition de maladies chroniques, les politiques de santé devront «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» (Levesque et Bergeron, 2003). Les dépenses de santé sont déjà majoritairement consacrées aux maladies chroniques, 55 % pour 12,5 % des assurés aujourd'hui et 70 % pour 18 % en 2015 selon le Dr Mohamed ABDELATIF. Or, la rémunération à l'acte avait été conçue pour une intervention ponctuelle. La rémunération demeure mais les pathologies et la pratique ont évolué.

La rémunération à l'acte n'incite pas à l'exercice de la prévention dans la pratique quotidienne et peut engendrer une absence de qualité. Pour le syndicat des jeunes médecins généralistes, ni le suivi de la plupart des maladies chroniques (par exemple l'hypertension non compliquée) ni l'éducation thérapeutique ne nécessitent que le patient revoie son médecin à la fréquence prévue par les protocoles. Le temps médical est ainsi perdu au détriment de la prévention. De surcroît, la crainte de ne pas couvrir les charges du nouveau cabinet conduit à multiplier la fréquence de consultations rapides. Ces consultations répondent à une demande qui, faute de pouvoir être examinée posément, se traduit par une prescription de médicaments. La délivrance de certificats médicaux, réalisés à la chaîne à la rentrée scolaire, ne s'accompagne pas d'actes de prévention et, pour

la plupart d'entre eux, sont davantage une charge administrative sans contenu qu'un acte médical.

Pour M. Daniel LENOIR, directeur général de la Mutualité française, il est nécessaire de réorganiser les soins primaires. Le colloque singulier entre médecin et patient n'a plus de sens et il est réducteur de limiter le rôle du médecin à l'orientation des malades dans le système de santé, la prévention doit y occuper une place grandissante. La clé de la réorganisation de la médecine de première intention est dans le mode de rémunération, il est donc nécessaire de revoir le dispositif conventionnel. En effet, l'exercice en secteur II génère des inégalités d'accès aux soins et l'assurance-maladie n'est pas en situation de déconventionner.

En revanche, la Mutualité française dispose d'une expertise relative aux centres de santé mutualistes pluridisciplinaires qui permettent l'accès à des spécialistes du secteur I. Les médecins salariés y bénéficient d'une rémunération mixte et la féminisation des professions médicales appelle de plus en plus la souplesse horaire liée à l'exercice salarié. Actuellement, la politique conventionnelle ne favorise pas cet exercice en maisons de santé alors qu'il est l'avenir de la médecine de première intention, outil incontournable à la réforme de l'organisation. De surcroît, pour porter cet outil des opérateurs sont nécessaires, telle la Mutualité française. Cette dernière serait en meilleure position que ne l'est l'assurance-maladie pour remettre en cause un contrat, en cas de non-respect d'un cahier des charges, ou pour déconventionner un médecin.

En médecine du travail, le mode de financement des services encore fondés pour la plupart sur un coût par salarié contribue également à cette prédominance de la logique du suivi individuel. Il s'est 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». Le rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes¹ précisait : «Trop occupée à une surveillance individuelle de la santé des salariés conçue principalement, selon les textes en vigueur, comme la vérification régulière de l'aptitude au poste de travail, la médecine du travail ne parvient pas à jouer le rôle qu'on attend d'elle dans l'entreprise. Le système de surveillance médicale organisé autour de la constatation périodique de l'aptitude du salarié a atteint ses limites.»

Une désaffectation organisée pour la discipline de médecine générale

Du point de vue des syndicats d'étudiants, notamment M. Charles MAZEAUD, président de l'Association nationale des étudiants en médecine, et d'internes, l'accès à la médecine générale est très largement subi à cause d'une représentation

(1) GOSSELIN H., *Aptitude et inaptitude médicale au travail : critiques et perspectives*, janvier 2007.

détestable, fruit du cursus de formation. À l'hôpital, ils constatent souvent les échecs de la médecine générale et entendent à cet égard la plainte de leurs aînés praticiens hospitaliers. Les stages hors de l'hôpital, destinés à faire découvrir l'exercice de première intention, s'effectuent tardivement dans le cursus et sans contrôle de la qualité, de la pertinence des terrains de stage ni retour d'expérience. La prévention n'est donc guère traitée dans ces cabinets où les consultations s'enchaînent, les échanges avec les maîtres de stage semblent être réduits, les rapports de stage n'intéressent que modérément le corps professoral qui a peu de temps à consacrer à leur lecture. Et pour couronner le tout, l'organisation matérielle et la localisation conduisent souvent les stagiaires à éprouver des frais de transport et d'hébergement.

La médecine générale est perçue comme une science difficile à laquelle les étudiants préparent peu. À titre de preuve, les jeunes médecins qui embrassent cette orientation effectuent fréquemment un premier parcours d'urgentiste hospitalier pour se préparer à affronter des situations où ils seront seuls face à la décision. En tout état de cause, les jeunes professionnels s'installent peu ou tardivement et disent rechercher la proximité de spécialistes et de confrères pour se rassurer et n'être pas submergés de cas insolubles. La pratique des remplacements dans les grandes villes permet, en deux ou trois jours de travail par semaine, d'obtenir un bon salaire et la vie s'ancre dans ces zones généralement surdenses.

Le sentiment général, relayé notamment par M. Benoît ELLEBOODE, président de l'Inter syndicat national des internes des hôpitaux (ISNIH), est qu'il n'y a ni pilotage national ni épidémiologie. Il est donc impossible aux pouvoirs publics de corréler les besoins d'une population et la présence des médecins y répondant, encore moins de promouvoir une politique de prévention cohérente qui, à terme, permette d'économiser des soins et de diminuer substantiellement la mortalité évitable. Ce constat cause de graves dégâts psychologiques dans la profession.

En conséquence, ceux des étudiants qui seraient les mieux à même de briller en médecine générale et de développer la prévention s'orientent vers des sujets bien maîtrisés et objets de recherche de pointe lesquels permettent d'exercer leur intelligence sur des matières certes ardues mais du domaine du scientifiquement quantifiable et du dépassement des limites connues. L'hyperspécialisation s'ancre donc sans que les médecins qui l'embrassent n'aient toujours intégré la complexité et la force de la psychologie humaine, laquelle donne toute sa profondeur à cette science expérimentale, dont l'attrait fondamental est qu'elle a l'homme pour objet.

La connaissance : fragmentée, dense et difficilement exploitable

L'homme est un animal social. En conséquence, la vie est forcément marquée par une appartenance, qu'elle soit géographique ou liée à une communauté, conditionnant un certain nombre d'habitudes qui ont des impacts sur la santé et dont la connaissance est indispensable au médecin pour bien interpréter des symptômes et poser un diagnostic. Or, la société a évolué considérablement depuis les ordonnances de 1945 qui fondent notre système de protection sociale. Le monde de la santé a évolué également mais, en quelque sorte, indépendamment l'une de l'autre. L'appartenance à un village ou à un quartier, lequel disposait autrefois de professionnels de santé dont les chefs de file étaient le médecin et le pharmacien, est aujourd'hui l'exception. Lui a succédé un regroupement, dans les grandes agglomérations urbaines, de communautés juxtaposées dont les élites se concentrent au centre, lequel dispose d'une grande densité de services fiables et modernes, et où les personnes modestes peinent à se maintenir notamment sous la pression foncière induite.

Parallèlement, le système de santé s'est spécialisé, en ce sens que la proportion de médecins généralistes a décliné au profit des spécialistes, considérés comme l'élite des médecins, formés en dix à quatorze ans. Cette concentration a donc favorisé les progrès de la science et les performances que l'on sait au détriment de la médecine de première intention qui, progressivement et inéluctablement, se retire des territoires périphériques, ruraux ou suburbains. Les personnes de ces territoires en cours de désertification mettent entre parenthèse le soin de leur santé et, lors des épisodes aigus ou supposés tels par ignorance des symptômes élémentaires, se rendent dans les seuls lieux bien identifiés que sont les services d'urgence des hôpitaux. Or, ces personnes n'y sont pas connues, l'appréhension par le clinicien de leurs habitudes de vie comme de leurs antécédents médicaux dépend de la qualité de leurs réponses aux questions du personnel des urgences.

En d'autres termes, l'atomisation de la société n'a pas été accompagnée de l'élaboration de l'outil de connaissance ainsi rendu nécessaire.

De surcroît, la tendance croissante à la judiciarisation de la société et le poids qu'elle représente sur la responsabilité professionnelle dans le domaine très sensible et affectif de la santé conduit les professionnels à appliquer le principe de précaution. En effet, le tri nécessaire au traitement des urgences est rendu aléatoire par l'absence de connaissance fiable qui affaiblit la portée des critères de choix. La conséquence en est une multiplication d'examen souvent coûteux et un allongement inutile de la présence des patients en milieu hospitalier.

Connaissance éparpillée, cloisonnée et longue à mobiliser opérationnellement

Les services de médecine des différentes institutions n'ont pas de lien entre eux pour partager les informations qu'ils détiennent et disposent très exceptionnellement de systèmes d'information performants.

Les services de médecine au travail sont particulièrement cloisonnés. 943 services couvrent 15,3 millions de salariés, et disposent de 6 573 médecins du travail, spécialistes, et de 10 543 personnels non médicaux¹. Les services des grandes entreprises leur sont propres et leur lien à l'employeur est donc prédominant, spécialement dans le cas des multinationales ainsi que le constate le Pr FURON en Nord-Pas-de-Calais. Les services interentreprises sont eux gérés par des associations d'employeurs. Dans les deux cas, il n'existe aucun lien ni entre les services, pour partager les bonnes pratiques, ni avec les médecins du territoire d'implantation de l'entreprise, pour échanger par exemple des connaissances épidémiologiques. Les systèmes d'information sont spécifiques à chacun des 943 services. En conséquence, les dépistages positifs réalisés peuvent parfaitement n'être suivis d'aucune prise en charge curative puisque, de surcroît, le médecin du travail ne délivre pas de soins.

Le risque environnemental, considéré comme imposé, est moins bien accepté que le risque considéré comme consenti, lié à des comportements individuels et choisis. Outre le diagnostic et le traitement des maladies, la santé est également l'accession au bien-être et à l'épanouissement de l'individu. Les milieux concernés sont donc l'air, l'eau et les sols. Or, la santé environnementale est un enjeu lourd avec environ 30 000 décès anticipés par an liés à la pollution atmosphérique urbaine, le doublement de la prévalence des maladies allergiques respiratoires depuis 20 ans, des périmètres de protection des ressources en eau potable pour seulement 37 % des captages, les 7 à 20 % des cancers imputables à des facteurs environnementaux, l'exposition de près d'un million de travailleurs à des substances cancérogènes, l'insuffisante capacité d'expertise pour l'évaluation des risques liés aux substances chimiques. Le principe de précaution inséré dans la Charte de l'environnement consiste, dans une situation d'incertitude scientifique, à prendre une décision basée sur une hypothèse de risque, lorsque celui-ci est jugé grave, irréversible et coûteux pour la société.

La difficulté liée à la santé environnementale consiste à établir la preuve du lien de cause à effet entre certaines caractéristiques de l'environnement et leurs effets néfastes sur la santé humaine. L'évaluation est complexe car elle implique une approche transdisciplinaire et la participation des populations concernées. Face aux risques émergents, la capacité d'anticipation de l'État est faible car il ne dispose pas d'une visibilité globale sur le sujet et manque de connaissances du fait des imperfections du système de veille scientifique, économique et sanitaire. Il y a donc incertitude scientifique quant à l'évaluation des risques.

(1) Source : *Conditions de travail – bilan 2005*, ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale.

Les services de médecine scolaire souffrent de la même carence de système d'information et de l'absence de relation organisée avec les autres professionnels de santé d'un territoire alors qu'un important travail de prévention et de connaissance d'une population est effectué. L'Éducation nationale dispose par exemple de résultats d'examens médicaux effectués à cinq-six ans sur l'ensemble d'une classe d'âge avec le même défaut de suivi des dépistés positifs. En outre, le système d'information reste à construire et à déployer, ce qui devrait permettre de le rendre compatible avec le système d'information dont l'ARS a un impératif besoin. Mme Michelle VANENACKER, infirmière conseil au rectorat de Lille, souligne que le ciblage vers des populations à risque est souvent entaché d'erreur. Les visites médicales, obligatoires dès l'âge de 6 ans, effectuées par les médecins de l'Éducation nationale, ont pour objet premier la détection de cas d'enfants maltraités. L'expérience en a été faite entre les deux départements de la région, l'un avec ciblage, l'autre en population générale. Avec ciblage, les dépistés positifs étaient moins nombreux d'un tiers que sans ciblage. Au-delà, se pose la question de l'accès au soin qui, s'il est trop éloigné du dépistage positif, risque d'aggraver la situation d'un élève pendant les six mois d'attente de son rendez-vous au centre médico-psychologique ou chez l'ophtalmologiste voire de ne jamais avoir lieu.

En matière de déclinaison territoriale des politiques publiques de prévention, les données sont dispersées entre plusieurs systèmes d'information. Données de la Délégation interministérielle à la ville (DIV) et de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé) en ce qui concerne les ateliers santé ville, système d'information du PRSP pour les projets émergeant à ce type de financement, pour les schémas régionaux de l'organisation des soins (SROS) et les réseaux. De plus, les différents systèmes d'information ne sont pas exclusifs les uns des autres. Ainsi, un atelier santé ville de même qu'un projet territorial de santé (PTS) à partir d'un financement de la Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIACT) apparaissent dans chacun des systèmes d'information. Il en est de même pour les activités de prévention développées dans le cadre des SROS, certains hôpitaux obtenant des financements du PRSP pour les actions de prévention qu'ils mènent. Sans compter les réseaux, financés par le Fonds d'intervention pour la qualité des soins de ville (FIQSV) ou la dotation régionale des réseaux (DRDR).

La seule possibilité est de faire des enquêtes *ad hoc* ponctuelles, ce qui a été fait par la DGS s'adressant aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) en 2005. Ont été repérés au total 206 contrats locaux comportant une dimension santé, l'ensemble de ces contrats portant sur 72 départements.

Observation de la santé en région : empilement et incompatibilité des systèmes d'information

De nombreux outils existent qui répondent aux besoins spécifiques des différentes institutions pour connaître et mesurer les politiques de prévention sanitaire ou sociale qui leur sont propres. Ils produisent une masse inorganisée d'information tous azimuts mais la construction de chaque outil de mesure ne permet pas de superposer les informations sans consentir à une analyse lourde et consommatrice de personnel.

Or, le primat est d'identifier précisément le besoin de santé pour y répondre, comme le souligne M. Henri-Pierre RADONDI de la CRAM Nord-Pas-de-Calais, sans quoi il n'existe pas de critères suffisamment solides pour orienter fermement les opérateurs vers les actions nécessaires. À défaut d'une observation fiable et partagée, les politiques publiques reposent sur les offreurs présents, lesquels poursuivent les actions qu'ils maîtrisent sans que l'on soit en mesure de juger des effets pertinents produits sur la santé de la population. Les outils importent peu s'ils n'ont pas de destination claire ; en revanche, si le besoin est connu préalablement, l'outil quel qu'il soit sera construit pour y répondre et remplira son office.

Les indicateurs socio-économiques comme ceux de santé révèlent d'importantes disparités territoriales. M. Jean-Claude SCHOUTETEN constate que diverses sources produisent des études nombreuses et variées :

- l'INSEE (recensement ; *Regards sur les quartiers en Nord-Pas-de-Calais*, novembre 2007) ;
- l'Assurance-maladie (*Cartographie de l'offre de soins*) ;
- l'Agence de développement et d'urbanisme de Lille métropole (*Indicateurs sociaux et urbains de l'arrondissement de Lille*, décembre 2005 ; *La Santé dans les quartiers prioritaires de l'arrondissement de Lille*, décembre 2005) ;
- la DRASS (*Carte interactive de l'offre médicale*, 2007) ;
- l'ORS (*Atlas des professions médicales et paramédicales* ; *Indicateurs statistiques par territoire* ; *Indicateurs territoriaux de santé*).

Certes, ces données, sources ou références de nature socio-économique et sanitaire, sont très utiles pour quiconque souhaite dresser le profil d'une ou de plusieurs communes. Elles comportent toutefois un important point faible, celui de n'être guère superposables et comparables. L'échelon étudié (quartier, ville, arrondissement...), l'année considérée, la méthode employée diffèrent selon l'analyse. En bref, il n'existe pas d'outil de recensement et de diagnostic commun à l'ensemble des territoires, qui permette une vision pertinente des réalités et des enjeux locaux, et donc puisse servir de socle à un plan d'action efficient. Les territoires sont disparates, chacun d'entre eux doit faire face à des priorités différentes et les critères objectifs de décision font défaut.

Connaissances scientifiques en prévention et sentiment d'impuissance des professionnels

Le déploiement de la connaissance chez les professionnels résulte d'un ensemble de réponses, graduées en fonction du temps et des moyens à consacrer de la part de l'émetteur comme du récepteur. M. François ROMANEIX, directeur général de la Haute Autorité de santé, distingue trois réponses conformes aux standards internationaux. La première est la littérature scientifique : ouvrages d'auteurs reconnus ou publications dans les revues scientifiques faisant autorité. Les professionnels y ont accès librement et s'orientent dans cette masse de recommandations en fonction de leurs centres d'intérêt. D'autres professionnels appartiennent à des sociétés savantes, dont certaines se consacrent à la santé publique et à la prévention, lesquelles alimentent aussi la littérature scientifique. La deuxième, qui vise à combler le fossé entre les recommandations et leur application, c'est-à-dire à renouveler les pratiques, est la formation continue. Il s'agit d'un dispositif conventionnel piloté par l'assurance-maladie, laquelle défraye les professionnels de santé pour leur permettre d'y consacrer du temps. La troisième est l'évaluation qui confronte une pratique à une recommandation. Il ne s'agit pas ici de contrôle, qui est certes nécessaire mais doit être soigneusement distingué de la diffusion de la connaissance. En médecine générale, se développent des groupes de pairs dont le but est de confronter les pratiques afin de les améliorer à la lumière d'expériences variées. Ce dispositif fonctionne dans plusieurs régions sous l'impulsion de l'assurance-maladie qui apporte des financements et en coopération avec les unions régionales des médecins libéraux.

La question centrale est celle du temps que le professionnel peut consacrer à l'entretien de ses connaissances. Il est donc tout aussi nécessaire d'intégrer la prévention dans la pratique que les spécificités de la médecine générale dans cette diffusion de la connaissance.

Selon M. Laurent CHAMBAUD, inspecteur à l'IGAS, l'évolution des problèmes de santé dans les pays industrialisés est maintenant bien connue. Elle aboutit à des transformations majeures du profil épidémiologique des problèmes de santé des populations, qualifiée parfois de « transition épidémiologique »¹. D'une forte prépondérance des maladies infectieuses, on est passé à une période marquée par les maladies vasculaires, les traumatismes, les maladies respiratoires, les cancers et autres maladies chroniques (diabète, etc.), sans oublier le sida et autres infections transmissibles sexuellement qui affectent la santé des populations. Les systèmes de santé sont également confrontés à l'évolution de diverses manifestations de souffrance sociale : problèmes de violence, suicide, troubles d'adaptation, troubles mentaux ou à des évolutions de la société ayant un impact direct ou indirect sur la santé (modifications diététiques, changements environnementaux, conditions de travail ou d'habitat...).

(1) Concernant les transitions, voir le rapport de la commission Clair, MSSS, 2000, p. 12-17, et le rapport (en élaboration) du Conseil de la science et de la technologie du Québec sur la stratégie de recherche et d'utilisation des connaissances, 2007, p. 2-3. En France, le document de la SFSP sous la direction du professeur Grémy (2002) jette les bases de cette transition épidémiologique.

Ces phénomènes sont également marqués par le vieillissement des populations qui implique une révision en profondeur de l'ensemble des politiques sociales et de santé dans ce domaine (Conseil économique et social, 2007) et par l'amélioration de la qualité de vie conjugée aux performances propres du système de soins, ce qui permet aux personnes atteintes de pathologies sévères et chroniques entraînant auparavant un décès rapide d'envisager une véritable espérance de vie. Des problèmes de santé sont associés à une population vieillissante : troubles cognitifs, maladies neuro-dégénératives, cumul de divers problèmes de santé, maladies chroniques et problèmes liés à la perte d'autonomie et à l'incapacité.

Une diffusion inorganisée du savoir vers les professionnels

Le monde de la santé est complexe et les acteurs multiples. La coordination est capitale mais consomme une énergie démesurée du fait de la « fracture numérique » (plus de 50 logiciels incompatibles) entre institutions et de la fragmentation des administrations traitant de prévention sanitaire.

Les connaissances disponibles sont généralement destinées à des experts des différents domaines. En revanche, la diffusion opérationnelle vers les professionnels de santé de première intention n'est pas organisée en dépit des nombreuses expérimentations financées par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville. Bientôt quatre ans après la promulgation des lois relatives à la santé publique et à l'assurance-maladie, le médecin traitant ne dispose pas de dossier médical partagé, est soumis à une multitude d'émetteurs de connaissances scientifiques et peut accéder à des plans de santé publique qui ne sont pas conçus à son usage.

Absence de dossier médical pour le suivi des patients dans un système cloisonné

Le médecin traitant, depuis que ce dispositif de la loi de 2004 a été largement adopté par la population, connaît mieux ses patients. En tout cas, il sait quels sont ceux qui figurent dans sa file active et dispose ainsi des bases nécessaires à un traitement épidémiologique de ses malades en fonction des facteurs de risques qu'il leur connaît. En revanche, il ne saura d'eux que ce dont ils se souviendront des événements de leur santé, dans son cabinet au moment où il les interrogera. De surcroît, cette absence de dossier médical partagé est un facteur d'aggravation des inégalités de santé qui dessert les patients les plus fragiles et les moins investis dans leur santé.

Toutefois, il existe depuis de nombreuses années un dossier médical papier, régulièrement refondu : le carnet de santé de l'enfant. Ce document, remis aux familles à la naissance d'un enfant par le service de protection maternelle et infantile, permet de suivre les visites obligatoires et les actions de prévention

infantile, notamment les vaccinations. Il devient souvent vecteur des échanges entre les différents professionnels de santé, la famille et le médecin traitant, témoignant par là de la prédisposition de la population à l'organisation du parcours dans le système de santé.

La France présente un retard certain en matière de base de données de surveillance de l'état de santé de la population, faute d'accès automatisé aux données individuelles, accès qui pourrait pourtant se faire dans la garantie de la confidentialité. D'ailleurs, le Pr François LHOSTE, président de la Société française d'économie de la santé, rapporte l'expérience du déploiement à Lyon d'un dossier patient pour 100 000 personnes, disposant d'un identifiant et d'un coût très modeste de l'ordre de quelques euros par an. À défaut, les études demandent la mobilisation de personnes physiques pour aller chercher les données dans les dossiers. Si l'on voulait faire par exemple un registre du cancer couvrant tout le territoire, il faudrait aujourd'hui plus de 400 personnes, selon les estimations de Mme Françoise WEBER, directrice générale de l'Institut de veille sanitaire. L'absence de dossier médical informatisé reposant sur une norme unique et partagée impose que les professionnels de santé qui souhaitent disposer de données relatives à leurs patients les saisissent eux-mêmes et, s'ils acceptent de participer à une surveillance épidémiologique fassent une double saisie des éléments du dossier du patient.

Par ailleurs, l'harmonisation de leurs logiciels est quasiment impossible en l'absence de norme commune. L'absence de numéro identifiant unique dans les bases de données médico-administratives (notamment de la CNAM-TS) en interdit l'accès. Ceci a pu les faire baptiser par M. Christian SAOUT sous le vocable de « cimetière de données ». Sans recueil, passif, des données existantes et, automatique, des données nouvelles, il n'est pas possible de discerner de manière fiable et équilibrée les particularités territoriales de santé et leurs évolutions.

Ce qui aggrave l'absence de dossier médical partagé est le nomadisme des patients dans le système de santé et spécialement vers les urgences de l'hôpital. En effet, le patient est aujourd'hui fréquemment déconnecté de son environnement. Il se présente, hors contexte, devant un professionnel qui le voit pour la première fois. Ce dernier ne peut raisonnablement poser de diagnostic sans prendre de risques excessifs, avant d'avoir commandé un certain nombre d'examen qui pourront s'avérer au mieux inutiles, au pire nuisibles à la santé du patient.

Multitude d'émetteurs de connaissance scientifique vers les professionnels de santé

L'orientation des médecins vers les actes de prévention et vers les recommandations qui sont adaptés au territoire d'exercice est rendue plus que jamais nécessaire par la charge de la responsabilité, notamment juridique, qui entoure l'exercice, et par la densité de l'offre d'aides diverses que la HAS entreprend progressivement de labelliser. L'efficacité commande que la connaissance du professionnel de santé soit guidée en fonction des caractéristiques du milieu de son exercice et des populations qu'il a pour mission de conserver en bonne santé.

L'exemple de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), cité par M. Didier HOUSSIN, directeur général de la santé, illustre cette importante question de l'orientation de la formation continue. Une étude épidémiologique a été menée dans trois régions de France caractérisées par des taux de mortalité, liés à la BPCO, très contrastés. Il s'agissait notamment d'identifier les facteurs de risque favorisant une mortalité élevée. Elle a permis de confirmer les causes dues au cumul d'une exposition plus importante au tabac comme aux risques professionnels, à un air de moindre qualité, à un niveau de vie inférieur. En outre, a été constaté pour cette pathologie, assez caractéristique dans la région Nord-Pas-de-Calais, un recours plus tardif aux soins et un taux de recours élevé (+ 200 %) aux soins hospitaliers. Or, une étude auprès des médecins généralistes, dans les trois régions, a permis de se rendre compte que ne sont pas appliquées, exactement dans les mêmes proportions quelle que soit la région, les recommandations de prise en charge de la BPCO, publiées par la Société de pneumologie de langue française. En particulier, il n'y avait pas de mesure du souffle au spiromètre lors de l'examen clinique et les thérapeutiques médicamenteuses étaient dispensées trop tôt, sans tenir compte du stade de l'affection ni des importants effets secondaires.

L'absence, d'un part, de priorisation des recommandations dont la connaissance est indispensable sur un territoire donné, d'autre part, de synthèse opérationnelle des examens cliniques à effectuer par les professionnels de première ligne entraîne une perte de chance pour les populations.

Toutes les spécialités médicales ont leurs propres référentiels (guides de bonnes pratiques) selon les méthodes définies par la HAS. Ils prennent la forme de recommandations pour le praticien et sont destinés à homogénéiser les pratiques professionnelles. Cependant, la médecine du travail ne dispose pas des mêmes outils : le référentiel disponible est constitué 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.

Plans juxtaposés, non priorisés, sans consignes opérationnellement applicables par les professionnels de première ligne

La démarche du parcours de soins introduit fort justement par la loi relative à l'assurance-maladie, pâtit de l'absence d'un référentiel robuste identifiant un dispositif de suivi lisible par le médecin traitant comme par le patient. En termes de prévention et de promotion de la santé, son contenu repose sur la multiplication de consultations de prévention plutôt que sur un processus privilégiant un *continuum* de la prévention aux soins. Ces consultations restent donc des moments isolés sans véritable suite.

En outre, il manque une clarification de la mission préventive des professionnels de santé de premier recours. À l'heure actuelle, il n'existe pas de référentiel métier du médecin généraliste définissant ses missions, ses tâches et ses activités attendues. C'est le cas en ce qui concerne les pratiques curatives, et encore davantage pour les pratiques préventives. Différentes possibilités peuvent apparaître dans le cadre

conventionnel dépendant des consensus du moment où des problèmes émergent sans qu'une cohérence globale ne soit adoptée. Les mesures souvent ponctuelles peuvent paraître contradictoires avec la logique préventive qui se veut évolutive et continue. C'est par exemple le cas de la consultation de santé publique, affichée par la loi mais non appliquée et de toute façon largement méconnue par la profession. On pourrait également citer le cas de la méthodologie adoptée par le programme de dépistage du cancer du sein, qui fait l'impasse sur le médecin traitant.

Les plans de santé publique, élaborés pour répondre à la survenue d'un problème de santé majeur, viennent brouiller le paysage d'autant qu'ils ne sont pas écrits pour une application, dans leur pratique, par les professionnels de première intention. Il s'agit de documents destinés à des spécialistes du domaine qui vont mobiliser les services et des associations, sans que le médecin généraliste ne soit vraiment impliqué.

Les recommandations sont, pour leur part, davantage destinées aux spécialistes car leur rédaction fouillée et exhaustive n'autorise pas la lecture rapide de plusieurs d'entre elles mais nécessite une étude approfondie de chacune. Seule la concentration sur une spécialité permet de tirer tout le bénéfice de la richesse de ces documents et exclut donc bien souvent le médecin généraliste de sa lecture. Des efforts de concision sont menés par la HAS qu'il convient de poursuivre et d'amplifier en concevant des rédactions dédiées spécifiquement aux généralistes. Une tendance dommageable se fait jour qui tenterait de transformer le médecin généraliste, ou du moins certains d'entre eux, en spécialiste de l'éducation thérapeutique. Il n'y a pas été formé et elle ne nécessite en aucun cas cette connaissance transversale et exhaustive construite en sept à quatorze années d'études médicales.

Des populations qui s'impliquent mal ou pas dans la prévention de leur santé

Aujourd'hui, lorsque la prévention n'est pas accessible par le soin, elle est principalement véhiculée par les médias vers la population générale. Il en résulte une différence d'implantation suivant la capacité de réceptivité des strates de la population qu'elle atteint ainsi. L'évolution de la société a donné naissance à un individu actif, de moins en moins lié à un territoire, qui se déplace aisément, alors que celui dont l'insertion est fragile est lié au territoire dont il ne peut s'extraire du fait de la faiblesse de ses ressources. Quelle que soit leur situation, il convient de souligner les dommages pour les patients, y compris pour leur santé, de l'accès libre tous azimuts au système de santé.

Une population générale non orientée et surconsommatrice

La liberté absolue dans le système de santé n'est un avantage ni pour les personnes ni pour le système. En effet, les personnes mobiles pâtissent de n'être connues nulle part, ce qui est de surcroît dangereux en l'absence de dossier médical, et s'orientent dans le système de façon aléatoire, à moins de disposer, *via* des relations, ultime facteur de disparité, d'informations sur le milieu médical. Leur exigence naît souvent d'un défaut de maîtrise des critères leur permettant de gérer leur propre capital santé et d'une méconnaissance d'eux-mêmes. Le système, lui, s'épuise à acquérir par des actes souvent coûteux cette connaissance des personnes qui lui fait défaut, quand ce ne sont pas les personnes elles-mêmes qui lui dictent leurs exigences

Méconnaissance, par les adultes, de critères de recours à un professionnel de santé

Excepté s'il entretient des relations régulières et dispose de moments d'échanges suffisamment pédagogiques avec son médecin traitant, le patient adulte n'a aujourd'hui qu'une idée vague du moment où il devient opportun de consulter. Il en résulte que les premiers symptômes seront souvent traités pour eux-mêmes,

par le mépris ou par automédication, et que l'affection se développant car n'étant pas traitée se déclarera avec force et conduira le patient aux urgences de l'hôpital. En outre, l'inaccessibilité du médecin et l'absence de relation avec d'autres professionnels de santé ne permet pas l'éducation à la santé nécessaire à une gestion éclairée de celle-ci. Pour certaines pathologies, une telle éducation est une nécessité parfois vitale pour savoir comment réagir en cas de malaise.

Les seuls critères, bien compris par nécessité économique, sont ceux relatifs à la prise en charge par l'assurance-maladie. Ils ont eu le mérite de fidéliser la majorité de la population à un médecin traitant et à signaler le parcours de soin. Ces critères sont toutefois un peu faibles pour introduire une part de prévention dans les habitudes des citoyens.

Éducation à la santé des jeunes sans culture générale santé ni du système de santé

La santé des jeunes relève à la fois d'enjeux éducatifs et de santé publique. La vie quotidienne au sein d'un établissement ne permet pas toujours d'inculquer les règles sanitaires d'alimentation, d'hygiène et de pratique de l'activité physique par l'exemple. Or la vertu de l'exemple, donné par la communauté éducative, est essentielle pour diffuser une culture républicaine de savoir-être et de gestion de sa santé par chacun.

De plus, le milieu scolaire permet de repérer et de prévenir, grâce à l'ensemble du personnel, les problèmes de santé et les signes de souffrances psychiques ou de mal-être des enfants et adolescents. Cependant, il n'existe pas de système d'information pour collecter les données recueillies, notamment à l'occasion de la visite obligatoire des 5 à 6 ans, privant ainsi le pays d'une épidémiologie fiable sur l'ensemble d'une tranche d'âge.

L'action de l'ensemble des équipes, éducative et de soutien, au sein des établissements scolaires et universitaires est opportunément requise par le ministère de l'Éducation nationale pour diffuser les enseignements liés à la santé. L'objectif de la démarche éducative est l'apprentissage d'un comportement responsable, dans le respect de soi et des autres. Un enseignement sur la biologie humaine par les professeurs de sciences de la vie et de la terre est souvent dispensé dans le sens de l'acquisition des fondamentaux et pour comprendre les phénomènes biologiques et physiologiques en jeu dans le domaine de la santé. Un tel apprentissage est capital pour remédier aux inégalités d'accès aux soins, liées soit aux contextes familial et social, soit à la localisation géographique.

L'apprentissage des gestes qui sauvent est un excellent dispositif qui devrait favoriser les comportements civiques, y compris au sein du système de santé. Le dispositif « Apprendre à porter secours », enseignement dispensé à l'école, se poursuit au collège par la délivrance à tous les élèves d'une attestation de formation aux premiers secours (AFPS). Il doit permettre d'une part, de faire face à une situation d'urgence médicale et, d'autre part, de faire acquérir aux élèves des savoir-être dans la gestion de situations d'incidents ou d'accidents de santé.

Selon les textes et les circulaires, l'éducation à la sexualité en milieu scolaire doit veiller à garantir le respect des consciences, le droit à l'intimité et la vie privée.

Elle est un moyen de protéger les jeunes face aux violences ou aux exploitations sexuelles dont la pornographie. En revanche, le lien n'est pas toujours fait, aux âges pertinents, pour montrer ce qu'implique la sexualité dans le cheminement de la vie. La notion n'est pas donnée en primaire. Elle ne semble pas non plus être prolongée, au lycée ou à l'université, par l'évocation de la parentalité, pour les garçons comme pour les filles.

Le sport ne semble pas être réellement promu à l'école primaire où, cependant, les habitudes s'ancrent pour la vie. Disposer d'une tenue de sport, propre et dédiée à cette activité, l'hygiène après une séance de sport représentent autant de difficultés, du fait des horaires et des infrastructures scolaires. Dans la pratique, le plaisir de l'activité et les règles qu'elle devrait permettre d'acquérir sont l'exception. L'éducation physique à l'école n'atteint donc pas le but qui devrait être de faire aimer l'activité physique et de susciter une pratique généralisée et populaire du sport.

Les principes valables pour l'école le sont naturellement pour l'éducation populaire. Il y a là un potentiel considérable mais peu exploité d'atteinte en matière de prévention, dans les mouvements de jeunesse et les « colonies de vacances », d'une population ciblée issue de milieux plutôt modestes. Cependant, cela correspond exactement à l'une des missions du médecin conseiller de la direction régionale de la jeunesse et des sports. En effet, le médecin conseiller assure, au plan régional, la déclinaison de la politique nationale relative à la santé des sportifs et des jeunes. Il doit d'ailleurs participer à la mise en œuvre et à l'évaluation de la politique médico-sportive régionale, notamment dans le cadre du programme régional de santé publique (PRSP). Il doit participer à l'élaboration des actions d'éducation à la santé à destination des jeunes fréquentant les accueils collectifs de mineurs pendant leurs vacances et leurs loisirs.

Dans les faits, ces principes énoncés dans les textes sont difficiles à mettre en application et la faiblesse des moyens est régulièrement invoquée par les responsables rencontrés. Il est donc nécessaire de changer d'approche pour traduire concrètement et massivement sur le terrain les excellents principes qui fondent l'éducation en milieu scolaire ou extrascolaire.

Des exigences de consommation médicale et de prise en charge

Le point d'information de la CNAM-TS du 19 octobre 2007 confirme que la France est en tête de la consommation de médicaments pour six des neuf classes étudiées en Europe. C'est le cas des antidépresseurs. Le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé de 2006 sur le bon usage des psychotropes apporte des éléments sur les causes du niveau élevé de la consommation française des psychotropes. Il indique que leur recours s'est banalisé. Concernant ce point, le rapport indique notamment que la consommation croît avec l'âge, qu'il existe une évolution de la consommation dans le temps, liée à l'apparition de nouvelles molécules que l'incidence de la demande sociale de traitement psychiatrique explique également l'augmentation de la consommation de psychotropes. Le rapport indique aussi qu'il n'est actuellement pas fait un bon usage des médicaments psychotropes en France.

Des causes de surconsommation de médicaments, d'une façon générale et pas spécifiquement pour les psychotropes, ont été présentées dans une communication de la Cour des comptes transmise à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale et examinée par celle-ci en 2007 (concernant la prescription et la consommation des médicaments). Les causes présentées sont notamment l'absence d'analyse médio-économique, les comportements de prescription de médecins, l'influence des patients sur le comportement de prescription des médecins.

Le Dr Laurent CHAMBAUD, inspecteur à l'IGAS, évoque la révolution technologique qui est à l'œuvre, laquelle, en même temps qu'elle augmente l'offre à disposition des professionnels pour répondre aux pathologies, renforce la demande de soins chez les patients les mieux informés, facteur d'accroissement des disparités de santé.

Les systèmes de santé sont caractérisés par une hausse constante de la consommation de médicaments, aussi bien en volume qu'en coûts. Les équipements diagnostiques et thérapeutiques et, en particulier, les techniques d'imagerie médicale ou interventionnelles, sont également des percées technologiques qui sont venues modifier les pratiques de soins. Enfin, la génomique, les biotechnologies, l'utilisation de cellules souches et de substituts pour les cellules sanguines, les nanotechnologies ou la médecine dite «prédictive» laissent également présager de nouveaux développements à la fois prometteurs, mais qui posent de nouvelles questions sur le plan éthique¹. Cette évolution technologique occulte parfois la dimension relationnelle de l'acte soignant.

Ainsi, les systèmes de santé sont confrontés, d'un côté, à une forte demande pour de nouvelles technologies de plus en plus coûteuses nécessitant des compétences de plus en plus spécialisées et, de l'autre, à des besoins croissants pour des services autres que curatifs, dont les interventions sur les déterminants de la santé (commission Clair, p. 17).

Des urgences encombrées à mauvais escient faute d'orientation efficace

Du fait d'une absence de premier recours permettant de réguler le deuxième recours, 80 % des actes effectués habituellement dans le cadre des services d'urgence des hôpitaux publics sont dévolus à des soins non urgents. Cela contribue à rendre moins sûr et plus difficile l'accueil dans ces services des 20 % d'urgences effectives. L'incidence en coût social est élevée puisque chaque acte réalisé aux urgences coûte à la collectivité environ cinq fois plus cher que la même consultation réalisée en ville dans les cabinets médicaux.

Théoriquement, les soins non urgents sont à assurer par les médecins généralistes quotidiennement pendant les heures ouvrables et, en dehors de ces heures, dans le cadre de la permanence des soins. S'il est bien de la responsabilité des pouvoirs

(1) Par exemple, la dimension éthique du dépistage précoce d'une pathologie pour laquelle aucun traitement reconnu efficace n'est encore disponible. Voir à ce propos les débats récents en France sur l'intérêt du dépistage organisé du cancer de la prostate.

publics de faciliter le dialogue entre la ville et l'hôpital, de favoriser tout ce qui est complémentaire dans l'organisation, mais aussi de décourager tout ce qui contribue à désorganiser le système de santé français, la question de l'accès à la santé au moment opportun reste entière.

Force est de constater que, pour la population qui fréquente peu son médecin traitant et n'a guère l'occasion de tisser les liens de confiance qui aident à trouver les solutions aux problèmes de santé inopinés, l'accès sans rendez-vous aux cabinets médicaux n'est pas uniformément organisé sur l'ensemble du territoire. En outre, le faible nombre de cabinets contribue à la saturation des carnets de rendez-vous de ceux qui subsistent. La régulation téléphonique sature elle aussi, faute, semble-t-il, de pouvoir distinguer l'urgence potentielle de l'appel pour un simple conseil de santé. En résumé, l'accès à la médecine de premier recours, faute d'une organisation *ad hoc* qui autoriserait une régulation effective précédant le deuxième recours, est boudé par la population qui lui préfère les urgences de l'hôpital dont la localisation spatio-temporelle est pour eux limpide.

Cette désorganisation du système de santé de premier recours a pour conséquence un désintérêt pour leur santé des populations les moins instruites et socialement les plus éloignées de leur médecin. Elles sont donc confortées dans cette absence de conscience de l'importance de leur santé. Ce déterminant social devient une part de leur identité, qu'elles revendiquent même, avec ce sentiment d'appartenance à la communauté de ceux qui ne fréquentent pas le système de santé et font preuve d'un esprit fort, insubordonné à la science et aux recommandations sanitaires.

Des populations laissées pour compte qui arrivent trop tard dans le système de soin

Le principal facteur d'inégalité de santé est bien l'absence de conscience, chez une personne, de son patrimoine santé. Des pans entiers de la population, dont l'action sociale a connaissance puisqu'elle leur verse partiellement ou totalement leurs revenus, se trouvent éloignés du système de santé.

Des populations sociologiquement, culturellement, économiquement loin du soin

Les jeunes pris en charge par les services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) concentrent les problèmes et sont l'exakte illustration de la vacuité de la distinction du sanitaire et du social comme en témoigne M. Jean-Pierre CHIRAT, directeur régional de la protection judiciaire de la jeunesse du Nord-Pas-de-Calais.

Ils sont, dans cette région, 16 000 jeunes adolescents ou adultes âgés de 13 à 21 ans, confrontés le plus souvent à une profonde solitude affective. Il en résulte une sexualité précoce et à risque, des comportements suicidaires et des addictions multiples. Leur hygiène de vie s'en trouve dégradée, combinant mauvaises habitudes alimentaires, sommeil perturbé, peu d'activités physiques, problèmes bucco-dentaires, consommation régulière d'alcool, de tabac, de produits stupéfiants, tentatives de suicide, comportements violents. Ils rencontrent des difficultés sociales, scolaires, médicales, psychologiques ou psychiatriques, et sont dénommés «jeunes en grandes difficultés» car ils les cumulent le plus souvent.

Les disparités relèvent le plus souvent des difficultés sociales, économiques, scolaires, professionnelles et psychologiques que cumule une partie de cette population habitant des territoires sensibles. Ces mêmes territoires souffrent d'une insuffisance d'offre de soins. La prévention de la santé des jeunes personnes prises en charge est une préoccupation importante de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse et de l'ensemble des services qui la composent. Or, la difficulté majeure réside dans l'absence de demande de soins de la part de ces personnes qui désertent la vie saine.

L'éloignement du soin est une conjonction de causes qui entraîne une perte de sens, d'où des addictions avec un sentiment d'abandon générateur de l'augmentation des tentatives de suicide. La santé mentale est la clé de leurs souffrances et l'accès à ces soins spécifiques est faible voire nul, malgré des financements disponibles, du fait de l'impossibilité de trouver deux à trois heures par jour de consultation spécialisée. Une expérience en cours à Saint-Venant (Pas-de-Calais) introduit une action éducative dans la prise en charge en santé mentale.

Pour les populations moins marquées que ces jeunes personnes prises en charge, les mêmes causes produisent les mêmes effets. L'exclusion sociale liée au chômage, la perte d'estime de soi qui en résulte, l'environnement défavorable éloignent des comportements sains et contrarie les actions de prévention qui sont menées en population générale. En effet, pour le Dr Hélène SANCHO-GARNIER, membre correspondant de l'Académie de médecine, la prévention repose sur quatre piliers : 1) la globalité des déterminants de santé, des caractéristiques des populations et des possibilités d'action ; 2) la multidisciplinarité des actions ; 3) la cohérence des messages ; 4) l'évaluation des impacts. Dans le cas présent, la globalité est battue en brèche par le sentiment de l'impossibilité à agir de populations. Elles ont perdu l'estime d'elles-mêmes et le sentiment de compétence personnelle annulant ainsi leur faculté de mettre en œuvre des connaissances qui sont diffusées par divers médias (presse, officines pharmaceutiques...) et auxquelles il est probable qu'elles souscrivent.

Pour d'autres enfin, la convivialité, avec les excès qu'elle induit, adoucit l'âpreté d'une existence marquée par le chômage ou la relégation dans des territoires délaissés.

Le cloisonnement santé, social, médico-social entraîne un déficit de repérage

Le repérage des disparités de santé est un travail à mener en étroite coopération avec les services sociaux et le système de santé. On observe à cet égard des approches intéressantes mais rares de réseaux qui combinent santé et social. La prévention est ainsi élargie à plusieurs déterminants au lieu de se concentrer sur une seule pathologie comme c'est généralement le cas pour les réseaux de santé. Cependant, la compétence du pilotage de ces réseaux, confiée aux termes de l'article 67 de la loi du 13 août 2004 à la mission régionale de santé (MRS), instituée entre l'URCAM et l'ARH, a souvent pour conséquence en région une absence de financement au motif que le social ne fait pas partie de ses missions.

Le cloisonnement entre services des différents niveaux territoriaux peut induire, si l'on n'y veille pas, des ruptures entre politiques de prévention destinées aux administrés en fonction de leur situation et de leur âge. L'absence de coopération se double, pour les actions de prévention en direction des différentes générations, d'une rupture potentielle de suivi des personnes du fait des limites de compétences entre collectivités : la commune est responsable de l'école primaire ; le conseil général, de la protection maternelle et infantile, des collèges et de l'action sociale dont le médico-social ; la région, des lycées ; l'État, de l'enseignement dispensé et des universités.

Il est donc utile de s'interroger sur les suites données aux dépistages positifs des personnes par ailleurs non incluses dans le système de soins. En effet, les systèmes d'information sont parfois défaillants au sein des institutions elles-mêmes et la communication totalement absente entre les professionnels de santé de celles-ci et les libéraux. Dans ces conditions, les chances que l'information du dépistage positif par exemple se transforme en prise en charge sont relativement minces si cela n'a pas été prévu dans la conception même du dispositif.

Cependant, ces dispositifs ne permettent pas d'effacer les écarts en matière de prévention sanitaire. En effet, au sein même d'un territoire de projet territorial de santé (PTS), existent des différences notables. Renforcer la prévention sanitaire est impossible, selon M. Jean-Claude SCHOUTETEN, adjoint au maire de Tourcoing. Si les villes elles-mêmes ne s'impliquent pas effectivement, ces inégalités sociales de santé, notamment l'absence d'accès aux soins, ne peuvent être gommées. Bien que la santé ne fasse pas partie des compétences réglementaires des villes, ces constats s'imposent aux élus. En effet, la proximité des élus avec les réalités de terrain les amène à être de plus en plus fréquemment sollicités dans ce domaine. C'est notamment pour cela qu'une des orientations prioritaires des contrats urbains de cohésion sociale (CUQS) est la santé. Toutefois, l'investissement dans le champ de la prévention reste variable. La concertation et le partenariat actif autour des politiques sanitaires, préventives, sociales, éducatives et urbaines ne sont pas à l'œuvre. Or, les personnes doivent être considérées dans leur globalité pour avoir une chance de devenir actrices de leur santé. Le milieu de vie est la clé de compréhension. C'est le point de passage obligé vers un début de résorption des inégalités de santé.

Une prévention accessible par le soin donc atteignable tardivement

Il n'existe pas en France de prévention organisée mais des actions de prévention, face à des risques de morbidité ou de mortalité, menées par les institutions du domaine de la santé, souvent sous la forme d'expérimentations, en vue d'étudier l'opportunité d'une généralisation comme cela est le cas pour le dépistage du cancer colorectal. Les deux principaux acteurs sont l'assurance-maladie et l'État. L'assurance-maladie finance dans le cadre de sa gestion du risque assurantiel des vaccinations, des dépistages, des actions d'éducation thérapeutique avec pour objectif la maîtrise des dépenses de santé. L'État concentre ses efforts de prévention sur les menaces précises et graves liées aux maladies infectieuses ou au cancer et des actions de prévention tertiaire en lien avec des plans de santé publique par exemple celui relatif à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique.

En revanche, dans l'esprit des formateurs des praticiens et dans la conscience collective, certains des grands acquis de l'hygiène tels que le lavage des mains, l'isolement des contagieux, l'exercice physique ou le comportement alimentaire sont tombés dans l'oubli. En effet, comme le fait remarquer Didier HOUSSIN dans sa note du 9 septembre 2005 à M. Xavier BERTRAND, la scène de la santé est aujourd'hui dominée par la plainte du malade qui a suscité au fil des décennies technicité, spécialisation, et a mobilisé massivement en ce sens les efforts d'éducation, d'organisation des pratiques, de production industrielle et pharmaceutique nécessitant des moyens toujours plus considérables.

Pour les populations fragiles, entrer dans le système de soins, c'est être confronté à l'inaccessibilité du médecin à de nombreux titres.

Sociologiquement, les personnes issues des milieux industriels ou agricoles mettent un point d'honneur à être dures à la tâche et à ne pas se plaindre, considérant le médecin comme un recours à éviter le plus longtemps possible, entraînant un accès tardif au soin.

Socialement, les personnes modestes ne voient pas dans le médecin un égal prêt à partager leurs préoccupations. Or, il est incontournable dans le système de soins pour accéder à la protection sociale et éventuellement à d'autres professionnels de santé. Mais lesquels et dans quel but ?

Financièrement, s'il n'existe plus de praticien exerçant en secteur I, celui qui pratique les honoraires de secteur II est hors de portée de la personne qui n'a peut-être pas trouvé de moyens à consacrer à une bonne couverture complémentaire.

Géographiquement enfin, les médecins désertent de plus en plus les zones rurales et périurbaines où demeurent les personnes qui n'ont pas les moyens de faire d'autre choix. En outre, cette exclusion par le secteur II peut parfaitement survenir en zone surdense.

En conséquence, les listes d'attente pour la médecine de droit commun s'allongent et, à l'hôpital, délais et tarifs diffèrent selon que l'exercice est public ou privé, différant encore l'accès éventuel à la prévention que pourrait leur proposer leur médecin traitant.

Des populations non mobiles dans des zones désertées par les professionnels

Cet attachement inéluctable et forcé au territoire va souvent de pair avec l'absence de transport particulier qui interdit de se rendre, en cas d'affection, au cabinet distant de quelques dizaines de kilomètres. Dans les zones défavorisées de surcroît, les transports en commun sont souvent nettement insuffisants. En Guyane, la médicalisation des grossesses chez les Amérindiennes se traduit souvent par des séjours de plusieurs mois de futures mères qui n'ont cependant pas les moyens de vivre à Cayenne ; des nourrissons malades, soignés à l'hôpital en l'absence de leur mère pour raisons économiques sont sevrés. Ce sevrage prématuré nuit à leur état de santé une fois revenus dans leur famille. Sans en arriver à ces extrêmes, les personnes sont parfois obligées de consacrer une journée de travail pour honorer un rendez-vous de médecin, autre frein à la consultation.

Si Mme Pascale FLAMANT, directrice générale de l'Institut national du cancer (INCa), a publié les performances techniques et les seuils d'activité des établissements traitant des patients atteints de cancers, l'information qualitative relative au domaine de la santé n'est pas la règle et la qualité de la prise en charge est variable selon les praticiens. Or, les patients sont confrontés à une totale absence de transparence et il existe là une inégalité majeure de santé. En effet, les personnes qui ne disposent pas du bon réseau d'information ont de grandes chances, par le jeu de l'offre et de la demande, d'être orientées vers les services où l'attente est certes moins longue mais qui peuvent se révéler aussi les moins performants.

Une absence de politique générale de prévention mais des germes prometteurs

La notion de prévention est elle-même en cours de réactualisation, les concepts de prévention primaire, secondaire, tertiaire ne semblant plus suffisants pour rendre compte de l'évolution des pratiques et des acteurs mobilisés dans ce champ. L'IRDES¹ a ainsi isolé trois catégories de prévention : 1) les mesures collectives et individuelles à destination des bien portants ; 2) les dépistages ; 3) la prise en charge des facteurs de risque et des formes précoces de maladies. Si ces dernières relèvent quasi exclusivement du système de soins dans le cadre de mesures individuelles, les deux premières catégories relèvent de mesures environnementales (conditions de logement, sécurité des déplacements, mesures d'hygiène...) et sont également axées sur le comportement de l'individu. Elles combinent approche individuelle, message portant sur l'hygiène alimentaire dans le cadre d'une consultation médicale par exemple, et collective, programme d'éducation pour la santé en milieu scolaire, groupes de paroles tendant à renforcer l'estime de soi par exemple. Se juxtaposent ainsi actions individuelles et collectives, pratiquées par des acteurs multiples dont les professionnels de santé, sans qu'il y ait eu préalablement clarification de l'intervention des uns et des autres.

La tarification à l'activité (T2A) a aggravé à l'hôpital le déficit de prévention et les inégalités de santé, inadéquation du fléchage des crédits des plans de santé publique avec le mode de gouvernance de l'hôpital

Le mécanisme du financement à la tarification à l'activité porte intrinsèquement des possibilités de dérives au détriment de certaines activités, liées à la prévention, dont le geste technique ne justifie pas un tarif élevé qui serait cependant défendable du fait du temps d'écoute indispensable à y consacrer. Il existe donc un risque de dérive de l'activité dans les hôpitaux au regard des besoins réels

(1) DREES, *Études et résultats*, n° 504, juillet 2006.

de santé de la population et singulièrement des personnes les plus fragiles. Ces actes permettant de réduire les disparités de santé pourraient ne pas être considérés comme suffisamment rentables et se trouver négligés au profit d'autres plus valorisants. En outre, les personnes qui arrivent tard dans le système de soins sont plus lourdement atteintes, donc coûtent plus cher. Or, le tarif est, par construction, un tarif moyen et une deuxième inégalité se fait jour qui serait la moindre rémunération de l'activité d'un établissement accueillant des personnes défavorisées.

Prévention : de nombreux messages successifs mais non priorisés

Les 100 objectifs inscrits dans le rapport annexé à la loi de santé publique correspondent aux améliorations de l'état de santé à obtenir avec les connaissances et la technologie disponibles, en termes soit de santé (réduire la mortalité par cancer du sein, réduire la fréquence des complications du diabète, améliorer la qualité de vie des patients présentant une insuffisance rénale chronique...), soit de déterminants (réduire la consommation de tabac, réduire l'exposition aux polluants atmosphériques...). Il reste toutefois essentiel de bien comprendre l'articulation entre la définition de ces objectifs de santé et le choix des actions à mettre en œuvre.

Selon les pilotes de la loi, « l'évolution de la santé de la population reflétera l'impact d'une multitude d'actions au niveau national, régional et local, qu'il s'agisse d'actions coordonnées au sein des plans stratégiques prévus par la loi, de programmes spécifiques (programme national nutrition santé par exemple), ou des plans régionaux de santé publique, mais aussi des actions entreprises de façon autonome par chacun des acteurs du système de santé, ou, de façon plus générale, par tous ceux dont les actions peuvent affecter les déterminants de la santé ».

Cependant, les multiples plans, successifs et non hiérarchisés, conçus pour répondre aux questions de santé importantes à un moment donné, induisent une perplexité des professionnels de santé de première intention. Actuellement, la Direction générale de la santé recense 20 plans actifs (dont le nouveau plan cancer en cours de finalisation), 13 plans qui ont pris fin et 11 plans pilotés par d'autres ministères en lien avec celui chargé de la santé. Ces plans, s'ils ont le mérite d'avoir donné des impulsions sur des sujets de santé publique prégnants, ne simplifient pas le pilotage des actions. En effet, la publicité de tel plan marque ou non l'esprit du professionnel de santé, en fonction de son appétence, et il lui est difficile, s'il n'est expert en santé publique, de connaître la validité des priorités alors indiquées. Il est donc laissé à chaque médecin le soin, d'une part, de choisir de mener ou non des actions de prévention, d'autre part, de définir ses propres priorités. Ainsi, le système de santé est privé avec certitude du bénéfice d'une action massive sur la santé de la population par concentration des efforts.

Le besoin de pilotage des politiques en matière de prévention est criant pour Benoît ELLEBOODE, président de l'ISNIH et interne en santé publique. Il est indispensable aujourd'hui d'ordonner et d'exploiter les connaissances éparses qui ne permettent des études épidémiologiques qu'au prix d'efforts humains et financiers démesurés. Il manque un chef de file qui soit responsable du suivi de l'état de santé de la population, des mesures prises et de leur pilotage. Aujourd'hui, faute d'avoir confié ces trois missions à une autorité clairement identifiée et incontestée, les besoins de santé sont déconnectés de la répartition des professionnels de santé sur le territoire, ce qui amplifie les disparités de santé et d'accès aux soins.

La conférence nationale de santé (CNS) relève dans son avis du 22 mars 2007 que les 100 priorités doublées par cinq plans affectent la cohérence d'ensemble du système de santé. De surcroît, les indicateurs de suivi des objectifs de santé publique ont été publiés très tardivement, deux ans et demi après la loi, sans que l'élaboration de ces indicateurs n'ait été partagée avec les acteurs de terrain. L'avis conclut que «des progrès sont donc à accomplir pour lier les fins aux stratégies, lier la prévention aux soins dans un continuum efficace et impliquer l'ensemble des acteurs».

Loi relative à la politique de santé publique : territorialisation encore incomplète, pilotage difficile, prévention diluée mais identification du pilote

La loi relative à la politique de santé publique promulguée le 9 août 2004 affirme la responsabilité de l'État qui fixe des objectifs pluriannuels d'amélioration de santé de la population et définit des orientations stratégiques dans des domaines jugés prioritaires. Elle affirme aussi le rôle du Parlement qui débat et valide par son vote ces objectifs et ces orientations, et devant lequel le gouvernement rend compte à intervalles réguliers de la mise en œuvre de cette politique et de l'évaluation de son impact.

Liées à la loi de santé publique, les politiques de prévention n'ont pas fait le choix d'une territorialisation infrarégionale. Les PRSP priorisent une entrée thématique liée en partie à la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 (LOLF) et aux plans nationaux.

Face au manque de cohérence entre PRSP et SROS, ces derniers ayant fait le choix d'une territorialisation infrarégionale, les dispositifs régionaux sont rarement convergents tant en termes de découpage territorial que de diagnostic unifié, le risque étant alors de creuser le fossé existant entre soins et prévention.

S'y ajoute la logique de l'assurance-maladie qui, soit dans le cadre du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information en santé (FNPEIS), soit

dans le cadre des conventions avec les professionnels de santé, élabore ses propres orientations nationales. Il en est de même en ce qui concerne l'action sociale qui, dans le cadre du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), peut intégrer des actions de prévention de la dépendance (prévention des troubles de l'équilibre ou de la mémoire, restauration de l'exercice physique...).

En découle un empilement des priorités au niveau régional, mises en œuvre selon une logique descendante pouvant être en tension avec la logique ascendante qu'impliquent les projets locaux de santé. Cette complexité est à l'origine d'une perte de sens pour la population et pour les acteurs et entraîne une surcharge de travail pour les agents de l'État et les acteurs de terrain. Ceux-ci en effet s'épuisent à instruire des actions isolées et parcellaires pour lesquelles la prise en compte de dynamiques locales multipartenariales relève de la quadrature du cercle.

Les collectivités territoriales ont du mal à trouver leur place dans le cadre des GRSP et entrent à reculons dans un dispositif qu'elles peuvent ressentir comme les plaçant sous la férule de l'État. Elles rechignent à apporter des financements qu'elles considèrent cependant légitimes dans le cadre d'un processus de territorialisation.

Les groupements régionaux de santé publique mettant en œuvre des projets locaux sont minoritaires. Le libre choix avait été laissé à chaque groupement dans la définition de la territorialisation. La Bretagne a adopté un dispositif proche de celui du Nord-Pas-de-Calais, soutenu par le conseil régional et s'appuyant sur les «pays», historiquement bien implantés. D'autres régions telles que la Haute-Normandie ou la Lorraine sont dans la même logique. Il n'est cependant pas possible d'en avoir une connaissance exhaustive, le système d'information ne permettant pas d'en rendre compte, signant par là le manque d'orientations nationales en matière de territorialisation infrarégionale des PRSP.

En conséquence, il existe de nombreux dispositifs traitant de prévention qui émergent à différentes politiques. Cet empilement rend leur lisibilité difficile, cloisonne la connaissance et éparpille l'action. L'espace géographique est quadrillé par une succession de découpages résultant des projets locaux. Ils sont nécessaires à la responsabilisation des personnes mais leur rattachement à plusieurs politiques publiques, au mieux parallèles, parfois divergentes et concurrentes, multiplie les formalités administratives.

Il en résulte que les promoteurs locaux se perdent dans le maquis des subventions et renoncent à agir. Ils peuvent aussi en jouer et obtenir des financements indus s'ils disposent d'agents maîtrisant bien les procédures et présentant leurs projets conformément aux plans et règlements.

Le risque est de décourager les initiatives de terrain dont une des fonctions est l'appropriation par les populations des questions de prévention. En effet, l'affluence et la participation aux activités assure la promotion de la santé plus sûrement que la distribution de prospectus, laquelle diffuse certes la connaissance mais entretient également la passivité.

Début d'optimisation des moyens à systématiser : coordination (type groupement régional de santé publique) et évaluation (pour mesurer les effets sur la santé plus que la conformité juridique et technique)

L'absence persistante d'actions collectives pour la promotion multisectorielle de la santé, faute d'axes stratégiques, est probablement une des explications de la faiblesse des résultats de notre pays en matière de santé. Le financement de la prévention, fondé sur le court terme, et dont l'aléa s'est accru du fait des réformes successives de la santé qui influent sur la mise en place des crédits et sur les procédures de leur attribution, permet difficilement de déployer des actions dans la durée. C'est ce qu'a pu constater la mission en Guyane auprès de Pascal BONNET, chef de projet adjoint de la Croix-Rouge française, laquelle est cependant l'unique opérateur pour la mise en œuvre des postes de secours en secteur amérindien. Mais surtout, un élément majeur d'inégalité se trouve dans l'implication très variable des collectivités locales dans la politique de santé principale faiblesse de la loi relative à la politique de santé publique.

Les ateliers santé ville (ASV) peuvent être considérés comme une première étape vers la mise en œuvre d'une démarche cohérente de promotion de la santé sur le plan local. Cependant, cette cohérence n'est pas garantie car les ASV n'entrent pas systématiquement dans le champ des programmes régionaux de santé publique (PRSP) adoptés par les préfets de région en 2006¹. À l'inverse, des actions peuvent être élaborées et financées dans le cadre du PRSP, notamment sur le volet obligatoire pour les personnes en situation de précarité², sans qu'elles soient obligatoirement reliées aux ASV. Enfin, de nombreux territoires de CUCS n'ont pas décliné d'ASV.

Selon la DIV, il existerait aujourd'hui environ 140 ateliers santé ville (ASV), l'objectif d'ici 2008 étant de 300 ASV pour couvrir l'ensemble des quartiers sensibles. L'État y consacre 11 M€ par an, ce financement spécifique étant complété par les collectivités territoriales et par d'autres crédits de droit commun.

Le bilan réalisé par la Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire (DIACT) en 2007 montre des projets plus modestes que ce qui était attendu dans le sens où, sur 73 projets se déroulant sur 69 territoires (plusieurs projets pouvant être financés sur le même territoire), seuls 25 portent une démarche globale qui intègre les soins, la prévention et l'action sociale, individualisant ainsi une politique territoriale de santé et d'action sociale. Sur l'ensemble des projets, seuls 32 sont portés directement par la structure territoriale (genèse et résultats de l'appel à projets approuvé par le CIADT du 13 décembre 2002, non publié).

(1) Les crédits des ASV pour 2007 sont délégués par l'ACSé sans aucune forme de concertation avec les GRSP qui ont pourtant pour vocation de coordonner les financements accordés aux actions de prévention et de promotion de la santé.

(2) Notamment à travers le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Un rapprochement opérationnel des dispositifs ARH et GRSP s'observe dans certaines régions. Ainsi en PACA, des indicateurs de santé territorialisés ont été élaborés s'appliquant aux territoires de proximité communs au SROS et au PRSP. Un logiciel de cartographie, OSCARS (comité régional d'éducation pour la santé PACA) visualise sur ces mêmes zones géographiques toutes les actions de prévention menées par le GRSP. Des formations communes s'adressant aux professionnels de santé, intervenants sociaux, hôpital, médecine de ville, sont organisées dans le cadre d'actions de prévention, notamment sur le risque suicidaire. Des évaluations d'actions de lutte contre les addictions sont faites en commun ARH, GRSP, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).

Petit à petit, s'élabore au quotidien des collaborations cherchant à mieux articuler mesures individuelles de prévention et mesures collectives de promotion de la santé. De nouvelles formes d'intervention émergent, tenant du bricolage, de l'invention au quotidien, parfois considérées comme une perte de temps mais aussi comme une source de créativité.

Des plans de prévention majeurs à faire converger (PNNS, PNSE...)

Le lien entre les pathologies entraînant mortalité prématurée et morbidité les plus prégnantes réside dans les déterminants de santé. En agissant sur ceux-ci, des progrès significatifs sur l'état de santé de la population peuvent être espérés.

Le plan national nutrition santé (PNNS) est un outil plurisectoriel instaurant une véritable politique de prévention nutritionnelle. Les actions mises en œuvre par le PNNS ont pour finalité la promotion, dans l'alimentation, des facteurs de protection, de réduire l'exposition aux facteurs de risque des maladies chroniques et de diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques chez les groupes à risque. La volonté est de faire évoluer, dans un sens favorable pour la santé, les environnements alimentaire et physique des personnes. En effet, l'obésité croît rapidement en France et apparaît chez une population de plus en plus jeune : 16 % des enfants sont en surpoids contre 5 % en 1980, et frappe surtout les populations défavorisées : 25 % des enfants issus de familles défavorisées sont concernés. Il s'agit donc d'un outil de réduction des disparités de santé.

L'exposition des Français aux pollutions environnementales dans leur vie quotidienne recommande des priorités d'action. Élaboré sous l'autorité des ministres en charge de la santé, de l'écologie, du travail et de la recherche, le plan national santé environnement (PNSE) a été adopté le 21 juin 2004 pour cinq ans. Il s'inscrit dans les orientations de la Charte de l'environnement et dans la stratégie européenne de l'Organisation mondiale de la santé, réaffirmée lors des conférences de Londres en 1999 et de Budapest en 2004. Ce plan quinquennal franchit une nouvelle étape dans la lutte contre les risques sanitaires liés à l'environnement, inclus dans une perspective de développement durable. Tous les milieux de vie sont abordés : environnements domestique, extérieur et professionnel.

Le PNSE regroupe 45 actions dont 12 prioritaires, centrées autour de trois objectifs majeurs : garantir un air et une eau de bonne qualité ; prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers ; mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants et femmes enceintes)

Les états généraux de la prévention (EGP), pilotés par le Pr Jean-François TOUSSAINT, se sont notamment intéressés à la santé environnement et, dans la logique des stratégies nouvelles de prévention, préconisent de développer la recherche, dans les suites du rapport Stern, et de créer les unités fonctionnelles santé environnement (UFSE) dans un double but de connaissance des pathologies et de recherche de leurs causes, donc de prévention. Ainsi, la convergence actuellement malaisée entre santé au travail et santé environnement s'en trouverait facilitée sur des critères objectifs. Le rapport EGP du 15 décembre 2006 propose, 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, que les UFSE soient en relation avec les services hospitalo-universitaires développant des activités transversales (pédiatrie orientée en asthme et allergologie, pneumonie pour enfants ou adultes...). L'activité des UFSE serait dédiée aux affections dont l'émergence ou l'évolutivité sont particulièrement liées aux perturbations environnementales. Au plan de l'enseignement et de la formation, ces UFSE pourraient être rattachées à une coordination d'enseignants universitaires en santé et environnement (chimie, physique, sciences de la vie, épidémiologie, sociologie...).

L'existence de tels plans transversaux est la préfiguration d'une politique de prévention qui permettrait aux responsables politiques et aux professionnels de première ligne de faire converger leurs actions en direction d'objectifs clairs et bien identifiés. L'action sur les milieux a démontré son efficacité encore récemment avec l'action sur la violence routière ou avec l'interdiction du tabac dans les lieux publics.

Dans certains territoires, des coopérations prometteuses, peu connues des administrations centrales mais révélées par les états généraux de la Prévention

Quelques expériences innovantes faisant le lien entre professionnels, structures de santé et autres acteurs se développent de façon isolée.

Certains hôpitaux et réseaux de santé font figure d'avant-garde. C'est particulièrement le cas dans le Nord-Pas-de-Calais où les PTS ont réussi à fédérer l'ensemble des acteurs. Ainsi, les centres hospitaliers de Roubaix et de Maubeuge de même que des réseaux territorialisés (réseau de périnatalité) partis d'une prise en charge curative classique et de mesures individuelles d'éducation du patient élargissent leur rayon d'action aux questions de nutrition, de sédentarité

de déterminants sociaux, travaillant avec les ressources locales et faisant le lien avec des actions collectives.

Les « pôles de santé libéraux » des unions régionales de médecins libéraux (URML) de Bretagne et Basse-Normandie proposent des nouveaux modes d'organisation, à partir de la mise en réseaux des professionnels médicaux et paramédicaux d'un territoire. Se dotant de missions curatives et préventives, elles veulent s'inscrire dans une dynamique d'aménagement du territoire et recherchent une articulation avec les dispositifs sociaux. L'appui des élus locaux est sollicité, la logique de financement est de type forfaitaire à partir de la mutualisation de différentes sources de droit commun (assurance-maladie, pouvoirs publics et collectivités territoriales).

Des exemples locaux montrent que tous les leviers incitatifs ne sont pas encore épuisés. La région Basse-Normandie a ainsi mis en place un dispositif de financement d'un « paquet d'installation » offrant une réponse globale au professionnel de santé désireux de s'installer dans une zone sous-dotée (mise à disposition de locaux, moyens en secrétariat, mise en relation avec d'autres professionnels...). De petites structures (hôpitaux locaux, services de soins infirmiers à domicile) tendent également à conclure des partenariats avec des structures plus importantes et mieux dotées : accueil de stagiaires dans le cadre des études médicales et paramédicales, conclusion de « contrats de fidélisation » (le professionnel de santé s'engage à rester pendant plusieurs années dans la zone en difficulté mais se voit offrir une garantie de retour vers le poste de son choix à l'issue de ce délai).

L'URML Nord-Pas-de-Calais a mis en place, dès 2001, un dispositif permettant la présence de la médecine de ville au niveau local dans le cadre des PTS. Ce dispositif est de deux ordres : identification, par territoire, d'un médecin missionné pour participer à l'ensemble de la démarche projet d'un côté, création « d'attachés d'information de santé publique » de l'autre. Ces derniers effectuent des visites dans les cabinets libéraux, avec pour objectif d'apporter une information pratique en lien avec des ressources locales et de faire en sorte que tous les acteurs dont les médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes travaillent sur les mêmes priorités¹.

(1) Paw C., *La médecine libérale dans les dispositifs locaux de santé publique* diplôme universitaire méthodes et pratiques en santé publique, 2004.

Deuxième partie

Recommandations

Organiser la politique de prévention : la « gestion de son patrimoine santé » remplace la logique de réparation ; concerne toutes les populations par l'action sur les milieux de vie ; redonne leur sens de cohésion sociale aux métiers des professionnels de santé ; réconcilie, par le territoire de proximité et ses acteurs, les logiques géographiques et populationnelles des disparités de santé.

La mission a constaté une richesse foisonnante des initiatives en faveur de la prévention, une tentation planificatrice au détriment de l'action au contact du citoyen, une insuffisance de la pratique collective, par la population, d'actions bénéfiques à la santé.

Les recommandations suivantes sont pensées dans une perspective à vingt ans pour fixer l'orientation générale de la réduction des inégalités de santé par le développement de la prévention. Il s'agit de dire ce qui est bon pour la santé de la population et de fixer le cap, puis d'aider ceux qui sont en difficulté sur le chemin. Sans vouloir uniformiser et brider les spécificités locales et régionales, l'ambition est de proposer, en vue précisément de leur appropriation locale et régionale, ce qui est de nature à assainir, au sens étymologique, les usages et les traditions des populations qui composent la République.

La mission estime que le défaut de santé, puis son aggravation, est la principale marque d'inégalité et que ce défaut génère les difficultés qui enferment les personnes dans une précarité de situation dommageable pour la société entière. La République a l'obligation de diffuser une culture de santé vers les futurs citoyens et de favoriser les actions qui permettent de l'entretenir et de la développer chez chaque citoyen et ses enfants.

La clé du succès d'une politique de prévention réside dans l'œuvre commune qui associe chaque personne au développement de sa propre santé en privilégiant l'action collective pour obtenir un effet d'entraînement et une massification des bénéfices pour la santé. Ceci passe par une évolution des mentalités qui fait partie du temps long. Il ne s'agit pas ici de poursuivre des chimères mais de créer le contexte favorable à cette évolution.

Il convient d'échapper à la tentation planificatrice qui bridle l'action. L'empilement de plans et d'objectifs conduit à gripper le système. Il faut au contraire laisser l'initiative d'exécution à celui qui réalise l'action au contact du citoyen en lui donnant un cadre et des objectifs. La puissance publique fixe donc un cadre et des objectifs dont l'adhésion constatée motive l'aide humaine, financière et matérielle qu'elle apporte, en partie, pour exécuter l'action.

Des indicateurs permettent de juger de la pertinence de cette action et aident à la décision de la pérenniser ou pas. Puisque nous sommes dans le domaine de la santé, ces indicateurs se doivent de mesurer l'état de santé des populations spécifiques en fonction des objectifs fixés et l'état de santé général. Puisque nous sommes dans un monde de la technologie de l'information et de la communication, la connaissance de l'état de santé doit être automatisée.

Ceci rend toute leur place aux choix essentiels, objectifs de santé et indicateurs associés, sur lesquels peut alors se concentrer le débat public à tous les niveaux qui œuvrent effectivement à la santé de la population.

Dans cet esprit et pour réduire les disparités de santé en France, la mission propose trois principes : fixer le cap, favoriser l'accès à la santé, et concentrer les moyens.

Fixer le cap de la santé pour la communauté nationale

La qualité collective des hommes constitue la première richesse d'un pays. Il est donc de l'intérêt supérieur de la Nation de développer cette qualité et d'orienter la puissance publique à cette fin.

La santé est, en ce sens, un enjeu de compétitivité et d'attractivité des territoires. La bonne santé a des répercussions positives sur le moral individuel et collectif, qui se traduisent en termes économiques et financiers. Ces répercussions permettant elles-mêmes d'aider ceux qui sont, momentanément ou plus durablement, partiellement ou totalement, dans l'incapacité d'exercer une activité. La santé fait bien partie des tout premiers fondamentaux de la société.

La communauté nationale, en manifestant ainsi son intérêt pour les populations qui la composent, renforce le sentiment d'appartenance collective de ses membres et les incite à donner le meilleur d'eux-mêmes pour leur propre épanouissement et pour le rayonnement du pays.

Il est capital que tous les citoyens sans exception, qu'ils soient professionnels ou patients, élus ou administrés, connaissent la politique du pays vis-à-vis de leur santé et y adhèrent. C'est le sens de ce premier principe des recommandations de cette mission : fixer le cap de la santé en une politique de prévention qui permette à chacun d'agir en connaissance de cause.

La mise en œuvre de ce principe de définition d'une politique de prévention, active, volontaire et massive, a une double composante. D'une part, elle implique une acception nouvelle et plus large de la prévention, entendue comme la gestion active de son patrimoine santé. D'autre part, elle appelle la définition d'une politique nationale de prévention aux objectifs clairs et limités à cinq.

La prévention : gestion active et responsabilisée du patrimoine santé dans tous les aspects de la vie pour un *continuum* prévention soin

Il est nécessaire de donner à chaque personne les moyens de prendre conscience de la valeur de son patrimoine santé afin qu'elle s'implique dans le développement et dans la gestion de sa santé, concrètement et collectivement pour obtenir un effet d'entraînement et une amélioration mesurable de l'état de santé dans la population.

Diffuser la culture de santé pour tous

Les définitions de la prévention qui ont cours sont celles de l'OMS. Celle de 1950 en distinguait traditionnellement trois types : la prévention primaire qui a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes, la secondaire qui vise à détecter rapidement la pathologie pour intervenir efficacement, et la tertiaire qui a pour objectif de diminuer les récidives et incapacités. Cependant, prévenir la maladie n'est qu'une partie de la promotion de la santé. Aujourd'hui, l'OMS préconise de passer de la prévention, c'est-à-dire de l'action sur les facteurs individuels de risque, à la promotion de la santé, entendue comme l'action sur les déterminants de la santé. Il n'en demeure pas moins que le patient est toujours un récepteur, généralement de soins, parfois de prévention.

La vraie prévention est d'abord la relation harmonieuse à soi et à l'environnement. Elle passe par une éducation comportementale qui vise à améliorer son patrimoine personnel de santé. La prévention doit être globale, atteindre un niveau suffisant d'appropriation par chaque acteur, pour déclencher un effet positif sur la santé des populations. Il s'agit d'assurer un *continuum* entre promotion de la santé, prévention et soin. La «prévention globale» est appuyée sur le sport, sur l'alimentation, sur l'éducation et sur l'accès aux soins.

La clé est le développement de l'estime de soi chez les personnes qui sont actuellement éloignées de la prévention voire du soin. Les indicateurs pertinents, outre l'amélioration de la santé en population générale, sont la réintégration du système de santé par ces personnes.

Recommandation (R1)

Définition de la «prévention globale» entendue comme la gestion de son patrimoine santé

- Gestion active et responsabilisée par la personne de son patrimoine 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 la lutte contre les facteurs de 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 (développement d'opérateurs professionnalisés de qualité) (R8) ;
 - par les milieux de vie, qu'il s'agit de rendre sains et favorables (développement de l'évaluation d'impact sanitaire) (R2 ; R12) ;
 - par les territoires, pour bénéficier de la connaissance et de la proximité du terrain et des populations (développement de projets locaux de santé) (R5 ; R12).

L'impératif est donc la participation de la personne et du groupe auquel elle appartient. Les efforts des professionnels doivent porter sur l'établissement et le maintien du contact, adapté à sa situation sanitaire, avec chaque patient.

Importance de l'éducation à la santé aux âges pertinents

L'Éducation nationale doit prendre conscience de son rôle global d'éducation à la santé par l'action, bien sûr, des enseignants mais, également, du personnel de service au contact des enfants pour la vie quotidienne.

Ce rôle précède et dépasse donc largement les actions spécifiques des services de santé en milieu scolaire ainsi que les programmes de prévention qui présentent, au collège donc à l'adolescence, les risques sanitaires encourus.

Il est nécessaire de construire dès le primaire la représentation que l'enfant, puis l'adolescent et l'adulte, aura de sa santé, pour permettre de développer l'estime de soi et le sentiment de compétence personnelle. L'éducation pour la santé commence donc par les connaissances de base sur le corps et son fonctionnement. Simultanément, elle développe le goût de l'activité physique et sportive. Elle doit respecter les consciences et être adaptée aux connaissances antérieures, aux croyances et aux cultures de ceux qui la reçoivent.

L'école est donc le premier vecteur public et collectif de santé. Des connaissances sanitaires, adaptées aux âges pertinents, doivent être inculquées, notamment par les professeurs des écoles. Il est, en effet, indispensable de faire assimiler des messages relatifs à la préservation du patrimoine santé qui permettront, par la suite, de replacer dans leur contexte les messages de la culture du risque (infections sexuellement transmissibles, contraception, addictions...) diffusés à partir du collège.

Le rôle dans la société, donc l'utilité vis-à-vis de son prochain et la conscience de son aptitude à agir, doit sans cesse être réaffirmé auprès des élèves. Il est capital à cet égard de faire l'effort sur l'apprentissage des gestes qui sauvent. Ils favorisent les comportements civiques. Ce comportement civique, développé dans ces occasions, aura des répercussions y compris et surtout lors de la fréquentation du système de santé qui sera alors considéré non comme un dû mais comme une institution à la mission de laquelle participe tout citoyen.

Le dispositif « Apprendre à porter secours », dispensé à l'école, qui se poursuit au collège par la délivrance d'une attestation de formation aux premiers secours (AFPS), permet, d'une part, de faire face à une situation d'urgence médicale et, d'autre part, de faire acquérir aux élèves des savoir-être dans la gestion de situations d'incidents ou d'accidents de santé.

Recommandation (R2; R8)

Diffuser une culture santé aux âges pertinents

- Promotion de l'activité physique et sportive.
- Instruction relative à l'hygiène, corporelle, de vie, alimentaire...
- Éducation sanitaire, critères de recours aux soins.
- Initiation aux premiers secours puis secourisme.

Association des parents et des enfants pour renforcer et actualiser les messages

L'éducation à la santé de la personne dès le plus jeune âge lui permet ensuite de passer les caps difficiles, où la psychologie humaine induit le rejet des normes et des règles, afin de faire croître et fructifier au long de l'existence ce qui aura été acquis tôt dans la vie.

Cependant, pour diffuser une culture de la santé pour tous et amener les esprits à s'approprier l'idée de la gestion par chacun de son patrimoine santé, il est nécessaire d'utiliser de nombreux vecteurs et de répéter inlassablement un même message cohérent. Il s'agit de permettre aux personnes, quel que soit leur âge, d'intégrer dans leur schéma de pensée les avancées en matière de santé.

C'est pourquoi il convient de s'appuyer sur ce que les personnes ont de plus cher pour multiplier le message en leur direction avec une meilleure chance d'atteinte. C'est ce qu'ont bien compris les publicitaires qui utilisent les enfants pour faire acheter les produits qu'ils promeuvent.

Donc l'éducation des enfants à la santé est la priorité absolue en ce qu'elle est un investissement pour l'avenir, en posant les fondamentaux. Elle permet, de surcroît, de sensibiliser leurs parents, voire leurs grands-parents, lesquels seraient par ailleurs soutenus pour développer un message cohérent de santé, de l'adulte à l'enfant selon les principes de la relation éducative.

Recommandation (R2; R8)

Priorité aux actions à destination des enfants

S'appuyer sur, ou recréer, les liens sociaux avec les associations de proximité et les élus locaux autour du mieux vivre en bonne santé

Le lien social est ce qui permet de vivre au sein d'une communauté humaine. Il est donc nécessaire que la santé ne soit pas considérée comme un élément exogène à ce groupe qui viendrait en perturber l'harmonie et les habitudes.

Il est indispensable de diffuser l'idée du mieux vivre en bonne santé par ses propres membres à l'occasion d'activités en commun. Les actions de nature à développer la santé, pratique d'une activité physique ou tests variés, pourront alors être conduites avec l'adhésion du groupe auquel s'agrégeront d'autres personnes. Il faut utiliser l'effet d'entraînement pour obtenir l'appropriation des idées et la constance dans leur application que permet seule l'intégration aux habitudes du groupe.

En outre, ce développement d'activités en commun a des vertus en santé mentale car elle lutte contre l'isolement et les effets dépressifs qui y sont liés.

Donc les associations d'extrême proximité doivent être regardées avec attention, surtout lorsqu'elles concernent des populations éloignées du soin. En leur absence, il est nécessaire de les créer, autour de besoins fédérateurs de la population visée. Dans un premier temps, l'accès à cette population ainsi regroupée serait ouvert autour d'une activité commune laquelle pourra, dans un deuxième temps, être étendue à d'autres activités en lien avec la santé pour construire ou recréer la confiance et réinsérer les personnes dans le système de soins. Il sera alors nécessaire, pour ce deuxième temps, de développer la qualité et la pérennité de ces opérateurs locaux qui vont au-devant des populations pour les aider à changer de comportement

Recommandation (R2; R12)

Développer localement des activités communes, vectrices de messages de santé

- Favoriser ou susciter la création d'associations regroupant des publics à réinsérer, ou à insérer, dans le système de soins.
 - Associations de proximité immédiate. Critères de réussite : nombre de personnes touchées par rapport à la population visée, nombre de personnes réinsérées dans le système de soin, amélioration de la santé de la population visée.
 - Former les membres de ces associations pour des actions de qualité.
-

La politique nationale de «prévention globale»

Pour être efficace, la «prévention globale» doit agir sur plusieurs leviers simultanément. Elle est par essence interministérielle et interinstitutionnelle car la santé est l'affaire de tous. La santé environnementale est une composante lourde des disparités territoriales de santé. En région, le GRSP permet aujourd'hui à

chaque institution membre d'exprimer ses priorités. En revanche il souffre de la faiblesse de l'adhésion des collectivités territoriales et du manque de concentration sur les priorités réellement régionales, voire de l'éparpillement des actions, des plans qu'il met en œuvre.

La prévention dans sa globalité (santé environnementale, santé au travail, santé en milieu scolaire, veille et sécurité sanitaire...) doit intégrer la future ARS. Le pilotage de chaque thématique est dévolu au chef de file pour qui elle est le domaine naturel d'intervention. Au niveau régional, l'État doit exercer un rôle d'« assemblage », et non pas de pilotage exclusif, des politiques de prévention et de santé.

Il convient d'agir, simultanément, sur les comportements et sur l'environnement. Dès l'enfance, l'école permet de toucher toutes les populations sur le long terme, voire à court terme par information des parents. L'entreprise est un complément nécessaire avec un retour plus immédiat. L'adhésion de toutes les populations passe par les opérateurs associatifs d'extrême proximité et par les services chargés des populations les plus éloignées de la santé. Il faut donner à ces dernières la capacité de faire face par elles-mêmes aux risques qui leur auront été enseignés, mais surtout de prendre conscience de la valeur de leur santé, de rétablir leur estime de soi.

Les lignes de force de la politique de « prévention globale »

Qui bénéficie de toute la logique de l'association
Santé, Jeunesse et Sport, Éducation nationale

Il faut utiliser les opportunités de la présence des enfants, adolescents et jeunes adultes dans les activités consacrées à la jeunesse, les colonies de vacances et tous les lieux regroupant des populations déterminées, pour diffuser la culture de santé. Il s'agit là d'un vecteur important qui pourrait être exploité en cohérence et complémentarité.

L'éducation populaire est un relais de prise de conscience de son patrimoine santé. Elle permettrait, par la pratique d'une bonne hygiène, d'activités physiques et sportives, d'éducation nutritionnelle, de diffuser un modèle républicain de vie saine. Il est important que le message de santé diffusé à l'école soit conforté et décliné dans un autre cadre.

En effet, la population qui fréquente les établissements de la Direction de la jeunesse et de l'éducation populaire est plutôt une population potentiellement en déficit de santé. Il y a là une occasion de combler l'écart d'éducation reçue entre les enfants des familles des milieux bien insérés et les enfants dont les parents n'ont pas les moyens d'emmener ou d'envoyer en vacances.

En outre, les animateurs auraient ainsi l'occasion de renforcer le sens de leur engagement et bénéficieraient pour eux-mêmes des principes qu'ils seraient chargés de faire mettre en pratique. La motivation professionnelle de ces cadres de contact trouverait un motif supplémentaire de satisfaction.

Recommandation (R3)

Éduquer à la santé les jeunes dans le cadre extrascolaire comme scolaire

- Former l'encadrement à la promotion de la santé dans les actes de la vie quotidienne en collectivité.
- Déterminer une politique de promotion de la santé et de prévention en cohérence avec la politique nationale.
- Imposer une continuité entre dépistage à l'école et prise en charge dans le système de soins.
- Intégrer les programmes de prévention au sein de l'ARS :
 - définir les modalités d'un fonctionnement partenarial entre les ARS et les académies ;
 - organiser des collaborations entre les collectivités territoriales et l'Éducation nationale *via* les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

Grande cause de la santé appuyée sur le sport, l'alimentation, l'éducation, le lien parents-enfants

Le sport ne semble pas être réellement promu à l'école primaire où, cependant, les habitudes s'ancrent pour la vie.

Le but de l'éducation physique à l'école devrait être avant tout de faire aimer l'exercice physique en vue d'une pratique généralisée et populaire du sport dans toutes les couches de la population selon les capacités de chacun, sans aucune velléité, initialement, de compétition.

Les principes de base de sa pratique (échauffement, progressivité de l'effort, apprentissage des gestes sains, jeu) et l'équipement uniforme d'une tenue de sport, entretenue à l'école, répondrait au principe d'égalité républicaine et apprendrait l'hygiène.

Ces principes sont des bases indispensables mais non suffisantes. Il faut s'interroger sur le moment idoine de la pratique du sport dans le programme à un moment de la journée et de la semaine physiologiquement adapté. En outre, il faut rendre aisé pour la puissance publique, dans les villes et les territoires locaux, le contrôle de la pratique effective de cette activité.

Ces moments de pratique organisée d'exercice physique permettraient de faire le lien avec l'hygiène (hygiène corporelle, hygiène de vie, hygiène alimentaire). Il en résulterait une vertu pédagogique qui est d'apprendre par la pratique des règles de vie en collectivité en fonction des différentes activités. Le repas à la cantine, des conseils nutritionnels... varieraient selon qu'est programmée ou non une séance d'éducation physique, soit pour s'y préparer soit pour s'en restaurer. De nombreuses autres occasions peuvent, sous la direction du chef d'établisse-

ment, être saisies pour la mise en œuvre par le personnel au contact des élèves d'apprentissages, de nature à promouvoir des comportements sains.

En complément de l'action de l'Éducation nationale, les collectivités territoriales doivent favoriser les liens parents-enfants en s'appuyant sur la pratique en commun d'activités physiques. De la sorte, les parents auront également la chance, non seulement de recevoir des conseils d'hygiène de vie, mais surtout de se les approprier et d'en récolter, aux yeux de leurs enfants, une aura qui pourrait leur faire défaut, du fait du décalage avec la connaissance acquise par ces derniers à l'école. De surcroît, les activités en commun avec d'autres parents et enfants tissent du lien social et renforcent le sentiment d'appartenance à une communauté locale.

Au-delà de l'apprentissage à l'école et de la découverte de l'activité physique en commun, le goût ainsi donné pour la pratique sportive aurait deux issues, fonction des aptitudes de chacun. Premièrement, la pratique douce de l'activité physique en commun pendant les loisirs quotidiens et de détente. Deuxièmement, susciter des vocations sportives de compétition, plus nombreuses et de meilleure qualité, puisque le vivier serait constitué de la totalité d'une tranche d'âge et non plus lié au milieu ou au hasard.

Recommandation (R3; R8)

Favoriser la pratique populaire du sport

- Définir horaires et jours de sport dans les écoles primaires.
- Doter les élèves d'un équipement de sport entretenu à l'école.
- Imposer des règles permettant de faire aimer l'exercice physique.
- Distinguer exercice physique et sélection des futurs athlètes.
- Organiser des séances de sport parents-enfants.
- Ouvrir les équipements sportifs à la population en dehors des heures ouvrables.

Qui définit les priorités majeures (nutrition, activité physique, lutte contre le tabac, lutte contre l'alcool...)

Il y a aujourd'hui plus d'une centaine d'objectifs de santé publique, complétés par des plans qui se «sédimentent» sans être hiérarchisés. Ceci rend la réalisation de choix stratégiques par les opérateurs très difficiles, dans un contexte budgétaire par ailleurs très contraint.

Les priorités, pour être porteuses d'efficacité, doivent se limiter à moins de cinq grands thèmes nationaux assortis d'objectifs nationaux d'amélioration de l'état de santé de la population. La cible prioritaire doit être le public jeune. Elles guideront autant les systèmes de surveillance que les actions de prévention et de

soins : cancer, maladies cardio-vasculaires, alcool... Tous les programmes des opérateurs, locaux et nationaux (veille, prévention, éducation à la santé, etc.), devront s'organiser autour de ces mêmes priorités, discutées et adoptées par le parlement et par les assemblées territoriales.

La réalisation est le fait d'opérateurs professionnalisés. Contrairement aux idées reçues, la prévention peut permettre des retours rapides sur investissement, sous réserve de vision d'ensemble et de volonté ferme (effet des contrôles de vitesse, associés aux sanctions automatiques, sur la baisse des victimes de la route, par exemple).

Afin d'éviter l'effet tuyaux d'orgue d'opérateurs intervenant sur une problématique de santé qui vient croiser et percuter les compétences des opérateurs transversaux bien adaptés à l'action sur les déterminants de santé, il conviendrait de diminuer le nombre d'acteurs. Ceci se ferait au profit des opérateurs transversaux en leur donnant des capacités supérieures d'intervention en soutien de la politique de «prévention globale».

Recommandation (R2)

Thèmes et cibles prioritaires de santé

- Les priorités de santé publique par une «prévention globale» pourraient être :
 - la lutte contre la sédentarité par l'activité physique et sportive ;
 - l'amélioration de l'alimentation et de la qualité nutritionnelle des produits de consommation courante ;
 - la promotion des fruits et légumes comme élément de plaisir et de modernité comportementale ;
 - la lutte contre l'abus d'alcool et les substances psychoactives, y compris sur les lieux de travail (impact accidents du travail) ;
 - la lutte contre le tabac.
- L'action majeure est à entreprendre contre la surconsommation d'alcool et les substances psychoactives.
- Les enfants sont la cible prioritaire et la relation parents-enfants systématiquement utilisée.

En outre, s'agissant du financement de cette politique de prévention, l'approche par les déterminants de santé pourrait justifier l'affectation à l'assurance-maladie du produit de nouvelles taxes nutritionnelles et de taxes environnementales qui aurait ainsi un double avantage. D'une part, ces nouvelles taxes contribueraient à influencer les comportements alimentaires et environnementaux qui contribuent fortement à l'accroissement des maladies chroniques. D'autre part, la mise en place de ces nouvelles taxes permettrait d'enclencher un transfert, même partiel, des ressources de la sécurité sociale, déjà engagé dans d'autres pays, lequel pourrait participer à réduire la pression sur le coût du travail.

Recommandation (R2)

Lier les déterminants de santé et le financement de l'assurance-maladie

- Affectation à l'assurance-maladie de taxes nutritionnelles et environnementales.

Traiter tous les aspects de la «prévention globale» (santé en milieu scolaire, au travail, environnementale, social, médico-social) au sein de l'ARS

Le monde de la santé est complexe et les acteurs multiples. La coordination est capitale mais consomme une énergie démesurée du fait de la fragmentation des administrations traitant de prévention sanitaire qui se traduit notamment par une « fracture numérique » entre institutions majeures (plus de 50 logiciels incompatibles en ne comptant que les systèmes nationaux).

La multidisciplinarité permet l'approche de la « prévention globale » par des acteurs différents, appartenant à des champs complémentaires, ce qui permet de démultiplier les impacts. Des actions cohérentes, conduites dans les divers secteurs de la société, renforcent les messages, leur compréhension, l'acquisition des savoirs et enfin leur appropriation par les personnes. Il est nécessaire de clarifier le paysage institutionnel et d'assurer la cohérence des politiques de prévention, portées par les services déconcentrés des différents ministères ou missions interministérielles intéressés. Cette cohérence est donnée par les priorités et par les objectifs de « prévention globale » définis dans la loi.

En région, du temps de coordination peut être épargné en instituant l'ARS comme guichet unique d'instruction des projets d'action des opérateurs qui promeuvent la santé ou la prévention.

Recommandation (R3; R11)

L'ARS, guichet unique pour les politiques de prévention de l'État

L'ARS garantit la mise en œuvre des politiques de prévention portées par l'État et favorise l'émergence d'initiatives territoriales ou de thématiques spécifiques.

- Plan santé environnement.
- Plan santé au travail.
- Mission interministérielle de lutte contre les dépendances et la toxicomanie.
- Politique de la ville. Contrats urbains de cohésion sociale.
- Politique de prévention de la dépendance.

Prévention de la dépendance

Le vieillissement de la population impose d'innover pour augmenter le nombre d'années de vie autonome et en bonne santé. L'établissement pour personnes âgées ou handicapées dépendantes doit être le tout dernier recours, le maintien à domicile doit être favorisé.

Le resserrement des liens intergénérationnels est à valoriser par des mesures fiscales incitatives, en rapport avec l'économie pour la collectivité nationale induite par la baisse des hospitalisations inadéquates. Ainsi, les personnes qui le peuvent seraient incitées à accueillir sous leur toit des personnes de leur famille mais aussi de leur entourage. Cet accueil doit également être favorisé à titre professionnel et entraîner une reconnaissance des métiers nécessaires.

Ce resserrement peut l'être à titre associatif. Il s'agit d'aider les communes à créer des habitats adaptés et des structures légères de vie en commun de plusieurs personnes âgées ou handicapées au sein des villes et villages, avec des personnes ressources logées par nécessité de service. Divers types de structures, associées à des activités manuelles et intellectuelles, qui génèrent des ressources pour améliorer l'ordinaire mais surtout pour maintenir le patrimoine santé par une activité saine et le sentiment d'être utile à la communauté malgré des capacités réduites.

Recommandation (R3; R6; R12)

Favoriser le maintien à domicile ou dans des structures associatives légères

- Logement adapté en ville.
- Régime fiscal adapté pour les accueillants et pour les associations de maintien à domicile ou en structure légère.
- Reconnaissance des métiers d'aidant.
- Activités manuelles et intellectuelles de participation à la vie collective.

Médecine du travail en lien avec la santé environnement

Le milieu de travail est un endroit où la «prévention globale» doit s'exercer de façon privilégiée pour deux raisons : nos concitoyens y passent une grande partie de leur temps ; ils y sont exposés à des risques particuliers (produits toxiques, accidents du travail, risques musculo-squelettiques, stress...).

L'organisation de la médecine du travail doit être repensée pour plusieurs raisons : situation démographique catastrophique des médecins du travail (diminution de moitié des effectifs dans les dix ans à venir) ; complexité croissante des expositions en milieu de travail ; caractère insuffisant et contesté, bien que les partenaires sociaux y soient très attachés, des seules visites médicales individuelles et de l'aptitude.

Une première réforme des services de santé au travail a permis d'inscrire la nécessité pour le médecin de passer au minimum un tiers de son temps en entreprise, pour des activités de prévention. Cette réforme doit être poursuivie avec notamment le développement des actions de «prévention globale» en entreprise et la délégation de compétence ou de tâches.

Surtout, les services de santé au travail manquent actuellement d'un pilotage sanitaire national, régional ou par secteurs et d'articulation, sur le terrain, avec les ingénieurs de prévention des risques professionnels comme avec les médecins traitants. Ce pilotage doit porter sur la définition de priorités de santé publique et d'objectifs d'amélioration de l'état de santé des travailleurs. La question du financement et de la gestion des services de santé au travail (SST) se pose. Cette gestion pourrait être transférée des entreprises aux caisses régionales d'assurance-maladie (CRAM) qui œuvrent déjà beaucoup en matière de prévention en milieu de travail.

Recommandation (R3 ; R4)

Réorganiser la médecine du travail sur une mission de « prévention globale » collective en lien avec la santé environnementale

Gouvernance des services de santé au travail

- Transférer leur gestion depuis les entreprises vers les CRAM.
- Régionaliser et unifier le pilotage des services de MT, informatisation pour partage de données et d'information.
- Labelliser dans chaque branche d'activité les entreprises qui innove pour assainir le milieu de travail.

Réorganiser les services de santé au travail en tirant parti de la baisse du nombre de médecins

- Recruter des infirmières, éducateurs... et créer de nouveaux métiers pour renforcer la « prévention globale ».
- Repenser la formation des professionnels de médecine du travail, dont les médecins du travail :
 - lieux et maîtres de stage ;
 - connaissance de l'entreprise, des services des risques professionnels ;
 - « prévention globale » en entreprise ;
 - articulation avec la médecine ambulatoire et hospitalière.

Recentrer les médecins du travail sur la préservation de la santé en cas de risques forts, rétablir la santé dégradée des salariés ou les réinsérer au retour de maladie

- Passer du curatif à la « prévention globale » en lien avec les 1 300 ingénieurs de prévention des risques professionnels (IPRP) et avec les médecins traitants.
- Cibler les visites sur les personnes qui en ont le plus besoin (comme les actions CRAM ou MIRTMO vers les entreprises les plus à risque).

Approche de « prévention globale » collective en fonction des besoins en santé à substituer à l'approche individuelle

- Réaffirmer des objectifs de santé prioritaires de la loi relative à la politique de santé publique.
- Intégrer les données de la santé environnementale et mutualiser les études sur les polluants potentiels.
- Créer le lien avec le médecin traitant en réintégrant le médecin du travail, maintenant gérés par la CRAM et non plus par l'employeur, dans le partage des informations médicales.
- Désigner l'opérateur national compétent pour mutualiser et diffuser les bonnes pratiques de prévention au travail.
- Intégrer la médecine du travail dans la « prévention globale » sous l'autorité des ARS.

Réarticuler les rôles des différents professionnels de santé et des autres professionnels concernés (social, médico-social...) pour dégager du temps médical et reconstruire la motivation

Le concept plus large de la promotion de la santé ou d'éducation pour la santé peut être considéré comme une « action sociale » de santé. Le professionnel de la santé ou, plus largement, le système de soins ne peut porter de telles actions, et n'est pas forcément légitime pour le faire.

La légitimité de la conception d'une politique de prévention au profit d'une population ou sur un territoire défini revient au pouvoir politique ou à la représentation politique locale. En revanche, la mise en œuvre nécessite l'engagement de structures spécialisées, social ou médico-social notamment, ou la mobilisation du milieu associatif. Le système de soins peut y contribuer, au même titre que les autres composantes de la société civile, avec cependant les modalités particulières qu'impose la fonction soignante dans la résolution des problèmes de santé.

La prévention individuelle doit rester une responsabilité première des professionnels de santé. Ils doivent être identifiés par leurs patients non seulement comme des pourvoyeurs de soins, mais aussi de santé. Ceci permettra notamment de modifier une relation qui se solde quasi constamment par la prescription de médicaments.

Recommandation (R3)

Répartition des rôles en « prévention globale »

Acteurs responsables de la prévention primaire et collective, « action sociale de santé »

- L'État, central comme déconcentré, et les collectivités, territoriales comme locales, avec une approche par déterminants de santé. Définition des objectifs généraux d'amélioration de la santé des populations ; action sur les milieux et sur les comportements.
- Les acteurs publics, dont l'assurance-maladie, avec une approche par pathologie.

Acteurs responsables de la prévention individuelle

- Les professionnels de santé : le médecin appuie la promotion de la « prévention globale » auprès de ses patients, les responsabilise, les guide dans le parcours de prévention, élabore les protocoles de prévention secondaire et tertiaire ; les autres professionnels de santé (chirurgiens-dentistes, pharmaciens...) promeuvent la prévention, détectent les besoins, mettent en œuvre les protocoles.
- Les professionnels des services à la personne orientent vers les professionnels de premier recours.

Favoriser l'accès à la santé

L'accès à la santé est la manifestation la plus affective, offerte à chacun, de l'intérêt de la Nation pour les populations qui la composent.

Certes, la société moderne promeut la mobilité des personnes et les échanges dématérialisés et instantanés. Cependant, ces facilités ne sont pas uniformément accessibles à tous et la vie sociale se nourrit avant tout d'échanges physiques. C'est la raison pour laquelle la proximité de l'accès à la santé doit être recherchée en ce qu'elle est le signe sensible et concret de l'attention portée à tout citoyen, quelles que soient les particularités qui le caractérisent.

Cette proximité a donc plusieurs composantes, lesquelles doivent être combinées dans le dessein de bâtir chez la personne une volonté d'accès à la santé : composante géographique afin, principalement, de rassembler les personnes d'un même bassin de vie qui ont des déterminants en commun et, secondairement, de limiter les soucis liés aux transports ; composante sociale afin que la personne, quels que soient ses fonctions et son milieu de vie, se reconnaisse dans l'un au moins des professionnels de santé qui l'accueille ; composante technique afin de garantir une qualité de service égale sur l'ensemble du territoire de la République qui soit en rapport avec le rang de cinquième puissance industrielle mondiale tenu par la France.

Il est, en effet, essentiel au développement harmonieux de la personne qu'elle connaisse et fréquente le lieu de ressource en santé qui lui est dédié. Cette fréquentation régulière, qui doit être brève, construira la confiance du citoyen dans l'organisation de la santé de son pays, l'instruira sur les critères d'accès inopiné en cas de déficit subit de santé et le rassurera sur les modalités de cet accès.

Tel est le sens de ce deuxième principe des recommandations de cette mission : favoriser un accès à la santé, naturel, de proximité et permanent.

La mise en œuvre de ce principe d'accès à la santé a une double composante. D'une part, le lieu dédié qui s'appuie sur le maillage existant, et le renforce là où il est faible, selon les modalités d'une véritable « communauté de santé », appui à la « prévention globale ». D'autre part, les personnes qui composent cette communauté y exercent les fonctions qui découlent des besoins en santé spécifiques du bassin de vie dans laquelle elle se situe.

Promouvoir l'exercice pluridisciplinaire en «communauté de santé» permettant de tisser des liens. La santé comme prérogative locale car de l'assainissement des milieux de vie découle la cohésion sociale

Les «communautés de santé» assureraient la régulation de proximité par un accès à la santé qui maille le territoire.

En réconciliant, par le territoire de proximité et ses acteurs, les logiques géographiques et populationnelles des disparités de santé, la «communauté de santé» permet de recréer l'accès au soin dans les zones déficitaires autour d'un projet de santé commun aux élus et aux acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux.

La «communauté de santé» procède des mêmes logiques que les nombreuses formes de l'exercice regroupé du premier recours¹ mais, surtout, elle les complète par l'association en son sein du social et du médico-social. Le maillage des «communautés de santé» est à créer sur l'ensemble du territoire de la République afin d'adapter l'offre aux besoins de santé des populations. Il est souhaitable de partir de l'existant en l'organisant, en le rationalisant et en l'adaptant selon un cahier des charges souple, adaptable aux réalités locales. Chaque entité existante aurait vocation à intégrer le maillage, à fusionner ou à disparaître. Le maillage des pharmacies d'officine, notamment en milieu rural et périurbain, devrait servir d'appui aux «communautés de santé» là où n'existe pas d'autre entité de premier recours.

En outre, pour assurer un maillage fin du territoire qui témoigne à la population l'attention portée à son égard, en particulier dans les zones où les besoins de santé sont importants, la permanence de la présence sanitaire devrait utiliser toutes les compétences. Elle pourrait s'appuyer sur le maillage territorial des officines pharmaceutiques et être organisée de sorte que la satisfaction du service rendu l'emporte sur la contrainte qu'elle représente pour ceux qui l'assurent. Des infirmeries de garde, armées de secouristes, seraient mises en place. Leur rôle étant de rassurer, de réorienter vers le système de soins, de traiter le bénin, de préparer l'évacuation secondaire.

Pour réduire des disparités de santé par l'accès aux soins, il est nécessaire de prendre en compte le développement de l'exercice en secteur II au détriment de celui en secteur I. Les «communautés de santé» seraient le moyen d'exercer une concurrence efficace par la qualité des services proposés du fait du champ large embrassé et de la pratique de la «prévention globale». La rémunération des professionnels serait celle du secteur I augmentée de rémunérations au résultat pour charge de service public. La conjonction de la qualité d'un exercice professionnel, sous-tendu par un sentiment d'utilité collective, et de l'intéressement,

(1) «Centres de santé» de diverses institutions, «maisons de santé rurales» de la MSA, «centres d'examen de santé» de l'assurance-maladie, «cabinets de groupe», «maisons médicales», «maisons médicales de garde», «maisons de santé pluridisciplinaires», «pôles de santé»...

construit dans le but de favoriser l'accès précoce aux soins, devraient conduire au développement naturel des «communautés de santé».

Des expertises se sont développées. Ainsi, la MSA peut mettre à disposition son expertise pour l'ingénierie de projet, acquise par la création de maisons de santé rurales. La Mutualité française propose également l'expérience acquise avec ses centres de santé mutualistes.

En outre, la «communauté de santé» est un moyen d'intégrer de jeunes professionnels de santé dans un territoire à l'occasion de stages. Dans certaines régions, il peut constituer le point de départ de missions médicales dans des postes de santé en territoire isolé, et structurer l'enseignement de la médecine générale pour faire valoir des terrains de stage attractifs qui susciteraient ensuite des vocations d'installation localement (exemple du service national à la suite duquel plusieurs médecins se sont implantés en Guyane).

Recommandation (R5)

Maillage du territoire pour l'accès à la santé

- Instaurer une concurrence efficace à l'exercice en secteur II.
- Mettre en place un maillage du territoire en accès de premier recours.

Un exercice tourné vers les personnes

Utiliser les synergies des domaines clés pour la santé : sanitaire, social, prévention, médico-social ;
construire la confiance entre les professionnels ;
décloisonner les acteurs au contact des populations

Le niveau local est l'échelon opérationnel le plus pertinent pour assurer la coordination entre les professionnels de santé de ville et les services de médecine préventive ; la santé en milieu scolaire, la médecine du travail y sont présentes ainsi que les associations œuvrant dans le champ sanitaire et social. Y sont également implantés les établissements médico-sociaux, les services locaux des collectivités territoriales tels que les PMI des conseils généraux, les centres communaux d'action sociale (CCAS) des municipalités, les centres sociaux...

Œuvrant au contact effectif de la même population, ayant développé des liens par ailleurs, l'ensemble de ces acteurs serait plus facilement mobilisé autour d'un projet commun. Celui-ci devrait permettre d'assurer accessibilité et continuité des soins, d'une part, mesures préventives individuelles et collectives, de l'autre.

Le projet local de santé devrait donc être considéré comme l'outil commun d'une mise en réseau des professionnels de santé permettant de garantir le *continuum* prévention soins au plus proche des populations.

La territorialisation commune des zones de proximité liées au SROS et des territoires définis dans le cadre des GRSP en serait la conséquence logique.

Utiliser les différentes professions pour recréer,
chez les personnes éloignées du soin, la confiance
envers les soignants

Le premier but de la « communauté de santé » est de réinsérer dans le système de santé les personnes et les populations qui en sont aujourd'hui absentes et arriveront tardivement dans le système de soins avec de lourdes conséquences humaines, financières et économiques.

Il serait donc nécessaire de dédramatiser, pour ces populations, la fréquentation des soignants en permettant une acclimatation au milieu médical par l'accès à d'autres professionnels dispensateurs de santé et pas seulement de diagnostics, de soins ou de produits. Les formations des professionnels au contact de la population devraient refléter la diversité du corps social. Ainsi, chacun pourrait se reconnaître dans l'un au moins des professionnels et nouer une relation de confiance qui déboucherait sur un accès rasséréné à la santé.

Trois voies sont possibles et devraient être empruntées simultanément. Tout d'abord, l'intégration à la « communauté de santé » de personnel d'action sociale diversifierait le profil des interlocuteurs potentiels et apporterait des compétences complémentaires, notamment pour aller chercher les personnes dans les populations cibles. Ensuite, la pluridisciplinarité en santé, axée sur les besoins effectifs de la population du territoire donné, serait de nature à inciter à la fréquentation par des populations qui trouveraient enfin un service adapté à leurs maux. Enfin, la création de professions nouvelles répondrait au besoin de proximité indispensable. Le but de cette création serait double : faire naître la confiance ; développer des relations qui sont, par elles-mêmes, thérapie et pourraient contribuer à limiter la consommation de produits.

L'offre suivrait ainsi la demande de santé et cesserait de la précéder.

Permettre aux professionnels de première ligne
d'exercer leur rôle de conseil en gestion de patrimoine
santé et d'assurer un continuum : prévention, soins,
réinsertion post-maladie, soins palliatifs

La « communauté de santé » par sa composition favoriserait l'approche globale de la personne qui aujourd'hui fait défaut. La connaissance des milieux de vie est indispensable à l'interprétation des signes cliniques chez un patient, or la complexité engendrée par l'atomisation de la société en communautés changeantes impose de repenser sa prise en charge.

Le moyen de réaliser la synthèse pour une approche par la santé, et non plus par la réparation, réside dans l'action au contact des populations en amont de

leur venue dans le système de soins, cependant, de manière concertée avec les professionnels du soin. La conscience du patient de sa capacité à agir favorablement sur sa propre santé, au point de pouvoir l'améliorer et faire ainsi croître un patrimoine de santé, est la résultante d'actions coordonnées menées dans les différents lieux qu'il fréquente. L'effet d'entraînement joue à la fois pour lui-même et pour les professionnels chargés à son contact des différentes missions à son profit.

Vis-à-vis des professionnels qui y exercent leur métier, la communauté prendrait alors tout son sens. Elle serait le lieu où fusionneraient l'amélioration de leurs pratiques et l'attention aux populations proches. Ainsi, au lieu de se désintéresser du patient sortant du champ de sa compétence qui part subir la probable désorganisation d'un système réputé ingérable, le professionnel passe la main et le confie, en connaissance de cause, à une personne qu'il estime pour la côtoyer quotidiennement.

Vis-à-vis des patients, elle représenterait le bien commun qui les rassurerait sur les étapes de leur vie en reculant à bon escient la nécessité du soin et en les préparant, physiquement et psychologiquement, afin de raccourcir les épisodes de recours à la médecine de deuxième intention et d'allonger les intervalles entre ces derniers.

Le *continuum* actuellement souhaité entre prévention et soin deviendrait, grâce à l'exercice en « communauté de santé », beaucoup plus large. Il engloberait la santé dans son ensemble, de l'apprentissage progressif depuis l'enfance, de sa capacité à gérer sa santé, à se faire soigner au bon moment, à la réinsertion post-maladie et, ultimement, jusqu'aux soins palliatifs.

Une technicité renforcée pour la santé de première intention

Préparer l'accueil de stagiaires en médecine générale, et des autres disciplines représentées, pour dispenser une formation valorisante et susciter des vocations d'installation

Pour promouvoir la médecine de premier recours, recentrée sur la « prévention globale », il est indispensable de former tous les étudiants précocement et préablement à leur spécialisation.

Le système de santé devrait reposer sur les professionnels de premiers recours, point d'entrée visible de proximité. *A contrario*, les études de médecine, par exemple, sont focalisées sur la technique et l'hyperspécialisation dans un cadre rassurant car bien connu des étudiants. Or, la médecine générale apparaît comme complexe donc difficilement accessible car en tant que premier recours, elle exige des prises de décisions actuellement solitaires.

Il serait donc impératif de renforcer l'étude des sciences humaines dès la première année en vue de la sélection. Puis de familiariser, très tôt dans leur cursus, les étudiants au rôle de professionnel de premier recours et à la psychologie,

sans laquelle la médecine est réductrice. Il serait important de faire comprendre, notamment aux meilleurs éléments, tout l'intérêt de l'exercice de la médecine générale, recentrée sur la prévention globale. De surcroît, cet enseignement pourrait être poursuivi tout au long du cursus, au fur et à mesure des acquisitions cliniques des étudiants, afin de ne jamais déconnecter l'approche technique et scientifique de la médecine, d'une réflexion sur le sens du métier de soignant dans une optique éthique et de «prévention globale».

Ultérieurement, la spécialisation en médecine générale permettra, notamment sur le terrain, d'approfondir les connaissances et de découvrir un territoire.

Recommandation (R7)

Rééquilibrer vers la «prévention globale» la formation initiale en santé

- Renforcer la place des sciences humaines dans les matières sélectives en première année.
- Cours d'éthique, de sociologie des populations avec l'intervention d'acteurs de terrain.
- Enseignement de la «prévention globale» et du premier recours tôt dans le cursus et tout au long de celui-ci.

Communiquer (télémédecine, échange de données...) avec un centre de référence hospitalier pour diffuser les compétences, partager les expériences

De même que la confiance naît entre les professionnels qui se côtoient quotidiennement au sein de la «communauté de santé», il serait bénéfique d'organiser les relations entre la médecine de premier recours et celle de deuxième recours, spécialistes ou hôpital. Tel est le sens de l'inscription du projet de santé territorial et de la communauté qui le porte dans un ensemble plus vaste.

La «communauté de santé» pourrait ainsi apporter des services à ses ressortissants, économiser leur temps et celui des professionnels spécialistes, lesquels discerneraient les consultations réalisables à distance de celles nécessitant un examen clinique approfondi. Au-delà, ce travail régulier en commun déboucherait sur une coordination des soins de meilleure qualité et serait de nature à rationaliser les motifs de consultation, donc à faire diminuer les délais d'attente.

Le professionnel de santé ne se sentirait plus isolé dans un territoire éloigné mais inséré dans un ensemble plus vaste ayant à sa disposition les moyens modernes d'échange. Il aurait ainsi la faculté de confronter sa technique et son expérience à celle de pairs appelés à traiter les cas nécessitant des équipements lourds ou spécialisés. Il préparerait la venue de patients dans les services de médecine de deuxième intention.

Pour faciliter l'implantation des projets locaux de santé, le territoire commun de planification des soins et de la «prévention globale» serait le territoire de santé au sens du SROS de troisième génération. Plusieurs communautés de santé, découlant chacune d'un projet local de santé, seraient organisées en complémentarité avec les établissements de santé. La télétransmission de données, par exemple d'imagerie, permettrait un dialogue documenté. Dans les zones très désertifiées, les «communautés de santé» pourraient ainsi être la ressource de postes de secours depuis lesquels des professionnels de santé non médicaux ou des secouristes soumettraient des cas.

Développer et organiser la coopération avec les opérateurs locaux associatifs professionnalisés

La mise en œuvre de mesures collectives de «prévention globale» de nature à faire adopter des comportements favorables à la santé est le domaine d'intervention dominant du GRSP, s'appuyant sur les associations. La «communauté des santé», et en son sein le coordonnateur des projets, rechercherait la participation de deux types d'associations chargées de missions bien distinctes.

Les premières favorisent le développement du lien social afin de sociabiliser les populations laissées pour compte. Ce sont les associations d'extrême proximité. Elles permettent d'entrer en contact avec les populations cibles, de gagner leur confiance et de créer un effet d'entraînement. Le goût pour la convivialité est ainsi utilisé au bénéfice de leur santé, les membres de la «communauté de santé» habituent ainsi leur public à leur présence.

Les secondes sont dans l'action avec les populations et à leur profit. Elles nécessitent une professionnalisation qui leur permet d'agir efficacement. Divers services peuvent ainsi être proposés.

Les services d'aide à la personne sont fréquemment de type associatif. Les personnels de santé présents sur un territoire doivent s'insérer dans ce dispositif pour y apporter leur part de technicité lorsqu'elle est nécessaire. Le réseau des pharmacies d'officine est à privilégier, du fait de la proximité liée à son implantation, pour développer un certain nombre de services favorisant le maintien à domicile. Des visites, de santé ou médicales, groupées ou individuelles, peuvent être organisées en fonction des besoins identifiés par la «communauté de santé» à laquelle appartient la personne.

Des réseaux de santé sont utiles lorsqu'ils correspondent à des besoins de santé prégnants sur un territoire donné et permettent de toucher une large frange de la population cible.

Recommandation (R5; R6; R12)

«Communauté de santé» pour un accès à la santé élargie et un renforcement de la permanence sanitaire sur le territoire

Projet de territoire

- Mise en place précédée du projet santé de territoire issu d'un diagnostic partagé (santé prérogative locale car action sur les milieux de vie d'où cohésion sociale).
- Territoires de santé inclus dans le territoire du SROS.
- Rattachement de la «communauté de santé» à une communauté hospitalière de référence avec liaison de télémedecine.
- Contrat entre la ou les collectivités territoriales concernées et l'ARS.
- Aide renforcée en zone défavorisée.
- Secrétariat partagé et informatisation de l'ensemble des services.

Caractéristiques adaptées aux besoins du territoire

- Exercice pluridisciplinaire (prévention, sanitaire, social, médico-social).
- Permanence du secours garanti par les acteurs de santé du territoire (privés ou publics) en liaison avec la communauté hospitalière de référence.
- Cahier des charges national posant les principes.
- Agrément donné puis renouvelé par l'ARS déclenchant puis poursuivant la participation financière des partenaires.

Missions de service public

- Maillage du territoire et participation à la permanence des soins.
- Accueil de tous les patients.
- Orientation des patients y compris pour l'accès aux urgences.
- Terrain de stage en médecine générale.
- Consultations médicales de spécialité.

Services de santé à domicile : favoriser le maintien à domicile ou dans des structures associatives légères

- Consultations rurales occasionnelles.
- Télétransmission entre prescripteurs et pharmacie.
- Service de soins infirmiers à domicile pour assurer le lien entre pharmacie et patient à domicile.
- Mesures de prévention bucco-dentaires prescrites par le chirurgien-dentiste effectuées par des auxiliaires de vie.

Faire émerger les nouveaux métiers nécessaires pour systématiser la «prévention globale» afin d'obtenir un effet massif sur la santé et confier un rôle clair et identifié à chacun, générateur de motivation

On observe un glissement injustifié de certains actes vers la médicalisation. Il conviendrait de revenir à la règle et de faire en sorte que médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, secrétaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de vie, etc., se concentrent sur les tâches de leur compétence avec pour effets : de retrouver le goût et la compétence du métier initial ; de dégager du temps médical et de créer les autres emplois nécessaires assortis de formations adaptées et courtes.

Il faut tirer parti de la baisse prévue de la démographie médicale à cinq ans pour créer de nouveaux métiers, à la formation ciblée et plus courte, qui permettraient de systématiser la «prévention globale» afin d'obtenir un effet massif sur la santé. En outre, la variété des niveaux d'études chez les professionnels de premier recours faciliterait l'entrée dans le système de santé et l'accès aux soins de personnes et de populations qui en sont aujourd'hui culturellement ou socialement éloignées.

Ainsi, il serait répondu aux besoins en santé plus rapidement, plus efficacement et avec une meilleure efficience qu'en jouant sur le *numerus clausus* des études médicales.

Au-delà, il pourrait être utile de prévoir le passage de certains actes entre professions en veillant à ne pas créer une hiérarchie consommatrice de temps.

Renforcer la coopération entre professions

Mandat de santé publique et rémunération forfaitaire :
casser la logique de distribution de soins

■ Mission de service public pour la réduction des disparités de santé

En médecine, il est capital de promouvoir l'omnipraticien humaniste et de ne pas former exclusivement des techniciens productivistes. Le médecin libéral doit avoir une mission de service public et promouvoir la «prévention globale» auprès de ses patients comme auprès des relais naturels, bénévoles ou coordonnateurs, pour faciliter le bon fonctionnement d'une communauté de santé.

L'investissement des territoires et des temps sous-médicalisés doit s'accompagner d'une reconnaissance et d'une valorisation pour les professionnels de santé qui s'y investissent.

Recommandation (R5)

Mandat de santé publique

- Reconnaissance spécifique des professionnels engagés dans la permanence des soins.
- Participation à la veille sanitaire.
- Missions d'exercice à temps partiel en zone sous-médicalisée, proche du lieu d'installation principal, permettant la liberté d'installation et le conventionnement dans les zones surdenses.
- Accès au secteur I et tiers payant.

■ Rémunération forfaitaire et au résultat

Le médecin rémunéré à l'acte passe beaucoup de temps à suivre le traitement d'une pathologie chronique dont les bonnes pratiques sont très documentées et pourraient être suivies par un personnel spécialisé. Une autorégulation du handicap et de la pathologie par le patient lui-même, aidé en cas de besoin d'un auxiliaire de vie formé à cet effet ou d'un professionnel de santé, permet au médecin de dégager du temps médical.

La rémunération au forfait pour le suivi pluridisciplinaire des patients en affection de longue durée (ALD) nécessite de définir un champ précis des patients concernés. Il s'agit de bien cibler les patients qui feront l'objet d'un suivi effectif par les médecins afin que ces derniers aient le sentiment de réaliser un acte médical et non pas un acte administratif sur un groupe trop vaste de patients.

Recommandation (R5; R6)

Rémunération au forfait avec une part liée au résultat

- Pour certaines pathologies lourdes ou ALD, sur un champ précis de patients, avec mesure du résultat de la prévention tertiaire.
- Pour des missions de présence en zone désertifiée, avec mesure du résultat de la réinsertion des populations dans le système de santé.

Métier de coordination locale des actions de prévention menées sur le territoire considéré par les différentes institutions (écoles, entreprises, communes, communautés, associations...)

L'animateur territorial de santé est garant du processus auprès des élus locaux. Il ne mène pas d'actions directement mais il lui revient de développer l'ingénierie de projet, de s'assurer de son bon fonctionnement et de la qualité des mesures mises en œuvre en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs (écoles, entreprises, communes, communautés, associations...) et en bénéficiant de leur expertise.

La distinction entre mesures individuelles et collectives permet d'en attribuer la responsabilité et de faire en sorte qu'elles se soutiennent et convergent vers les objectifs définis. Le profil de l'animateur territorial est celui d'un professionnel au fait des problématiques de santé et de santé publique, chef de projet et capable de tenir un rôle de conseil auprès des élus locaux.

Des métiers proches, voire identiques, existent d'ores et déjà : animateur de projets locaux ou territoriaux de santé, coordonnateur de réseaux, cadre de l'administration de l'État ou des collectivités territoriales par exemple. Ces postes pourraient être redéployés vers les nouveaux dispositifs territorialisés plus structurés, au plus près du lieu des actions.

Renforcer le contact avec les personnes

Métiers d'éducateur santé (débouché filière STAPS)

Le développement de la pratique sportive, en milieu scolaire, para ou extrascolaire, populaire, générerait des besoins en éducateurs sportifs afin de favoriser cette pratique qui aurait des répercussions sur la santé.

Les bénéfices à attendre pour la santé sont à terme prometteurs. Cependant, il convient de veiller à ce que la formation de ces éducateurs soit en relation avec les capacités économiques du secteur social. Les formations du niveau brevet professionnel ou technicien supérieur sont à ne pas négliger pour permettre une montée en charge soutenable au sein des associations ou auprès des collectivités.

Métiers d'écoute et d'orientation... (sélection sur des critères de savoir-être ; formation brève et ciblée au profit de bacheliers santé médico-social)

Il serait utile de réfléchir au développement de métiers d'accueil, d'écoute et d'orientation dans le système de première intention à la formation très ciblée, assortie de formation de secourisme. Ces métiers viseraient deux objectifs vis-à-vis des populations et vis-à-vis du système.

Afin d'offrir aux personnes actuellement éloignées des soins la possibilité de réinvestir leur santé et de se reconnaître dans le système de santé, la présence de

personnes qui leur correspondent diversifierait les interlocuteurs et constituerait une voie d'accès aux autres professionnels.

Afin d'offrir au système des professionnels rapidement à pied d'œuvre, prêts à seconder les professionnels de santé sur les métiers qui apparaîtraient nécessaires pour le bon fonctionnement des « communautés de santé », il convient de raisonner en fonction des compétences nécessaires puis d'adapter la formation en fonction de celles-ci. Il est nécessaire d'équilibrer le niveau des métiers, permettant de disposer de professionnels en poste, plutôt que d'imposer des études longues, donc coûteuses pour l'État, pour la société et pour les parents.

Santé mentale en ville assurée par des équipes d'infirmiers spécialisés après validation de leur pratique en hôpital psychiatrique

Afin d'éviter les hospitalisations répétitives et de limiter la présence de patients inadéquats en institution, il convient d'organiser des visites à domicile permettant de juger de l'évolution du patient.

Il s'agit d'un travail d'équipe de professionnels en santé mentale et de travailleurs sociaux. Du fait de la disparition des diplômes d'infirmier psychiatrique, une validation des acquis de l'expérience pour les personnels ayant exercé au minimum cinq années en établissement psychiatrique permettrait d'assurer cette fonction. Il s'agit de suivre les patients de la file active des établissements psychiatriques, de prévenir les hospitalisations et de diminuer la médication, sous la responsabilité du psychiatre.

La création de nouveaux métiers de la coordination en santé mentale est de nature à améliorer la prise en charge des patients. Le rôle des *case manager* et du *disease management*, dont des expérimentations sont en cours (Alzheimer...) et dont la valorisation est présente dans le plan Alzheimer 2008-2012 comme dans le futur plan métier, serait un complément intéressant.

Recommandation (R5)

Renforcer le suivi en ville des malades psychiatriques

- Organiser la visite, par des professionnels de santé aux compétences adaptées, des patients lourds de la file active des hôpitaux psychiatriques.
- Prise en charge des toxicomanes par les équipes en psychiatrie.
- Organiser la réponse à l'urgence psychiatrique en ville.

Renfort d'internes pour les visites annuelles d'aptitude au sport, moyen de réinvestir le domaine de la santé

Chaque année, de nombreuses institutions, établissements de l'Éducation nationale, associations sportives, etc. exigent pour certaines activités des certificats médicaux qui dans les faits sont un acte purement administratif. L'idée serait de donner un contenu médical préventif à ces visites imposées et, à cette occasion, de renforcer par des étudiants les professionnels appelés à les délivrer.

Les internes auraient ainsi une mission de prévention à exercer en vraie grandeur au profit de la population d'un territoire. Ils transmettraient leur conviction en matière préventive et d'éducation à la santé à cette population jeune pour sa grande majorité. Ils découvriraient en outre un territoire susceptible de représenter un terrain de stage.

Recommandation (R6)

Les nouveaux métiers de la «prévention globale»

En prévention collective

- Éducateur médico-sportif, étudiants de la filière STAPS avec une option adaptée à cet emploi.
- Animateur territorial de santé, de niveau mastère, destiné à coordonner les actions de promotion de la santé et de prévention des diverses institutions sur le territoire du projet de santé (PTS).

En prévention individuelle

- Professionnel de prévention sanitaire, reconversion de soignants seniors.
- Professionnel de prévention en santé mentale, par validation des acquis de l'expérience (VAE) après cinq années d'exercice soignant en établissement psychiatrique.
- Agents sanitaires de prévention, dont des assistants dentaires, chargés de promouvoir la santé ainsi que de détecter et d'orienter précocement les personnes nécessitant d'accéder aux soins, niveau Bac SMS avec formation par alternance.
- Auxiliaire de vie, BEP avec formation par alternance, handicap, gérontologie, formés au *nursing* et à la toilette.

Formation à la «prévention globale»

La clé de la pratique de la prévention collective, et pour une part individuelle, est la capacité à travailler en commun entre professionnels. Il serait donc nécessaire, dès la formation initiale, de disposer d'enseignements communs et d'organiser la connaissance des autres secteurs. En outre, la cohérence des messages de prévention validés et leur identification dans la masse d'information disponible devraient être facilitées.

Pour un développement durable de la promotion de la santé chez les jeunes, il serait nécessaire de former tous les futurs enseignants et les responsables des formations initiale et continue sur les enjeux de santé, individuels et collectifs, avec un effort marqué sur les actions collectives de promotion de la santé, de la naissance à l'entrée dans la vie professionnelle.

Une lutte efficace contre les inégalités de santé est conditionnée par l'acquisition de connaissances, de compétences et de savoir-faire à tous les niveaux d'intervention. Il conviendrait de donner une nouvelle impulsion, pour développer l'idée d'équité en matière de santé dans le milieu médical, grâce à des formations en santé publique et prévention dans le cadre de la formation médicale initiale et continue. Ce serait l'occasion de rappeler les obligations de coopération en prévention, telles qu'elles sont définies dans le Code de la santé publique, entre les différentes professions de santé et d'y insister.

Il conviendrait de faire sauter le verrou actuel ne permettant pas la reconnaissance de formations pluriprofessionnelles dans le cadre des formations continues. Faciliter le travail commun d'acteurs ayant des cultures professionnelles très différentes passerait également par la possibilité de formations communes portant sur un tronc commun facilitant la compréhension de logiques différentes, l'acquisition d'un langage et d'une culture commune, une meilleure connaissance des secteurs d'intervention réciproques et la possibilité d'échanges et de débat.

Enfin, les opérateurs locaux de santé déclinent concrètement les politiques de «prévention globale» et sont au contact des populations, notamment pour agir sur les comportements. Le développement de la promotion de la santé passe avant tout par des actions de terrain, il est important que ces opérateurs locaux soient de qualité et bien formés.

Recommandation (R6)

Formations adaptées aux métiers de «prévention globale»

- Formation aux actions collectives de santé.
- Formation initiale en promotion de la santé des personnels de l'Éducation nationale appelés à être en contact avec les élèves pour en faire des personnes relais.
- Organisation de la diffusion initiale et continue des connaissances en «prévention globale» : cours communs à des étudiants en médecine et de secteurs différents, qui seront appelés à travailler ensemble en «communauté de santé».
- Formation du personnel des opérateurs locaux.

Concentrer les efforts de réduction des disparités

L'attention au plus faible et le bon usage de moyens limités sont deux impératifs dont la combinaison a des vertus humaines et de bonne gestion. C'est l'exemple que se doit de donner la Nation à l'ensemble du corps social. Il y va de sa cohésion.

La Nation ne peut perdre aucune des populations qui la composent et a le devoir d'insérer chacune dans la vie économique et sociale. Or, la santé est le lien le plus intime qui l'unit à ses membres.

Face à une tâche immense, il est nécessaire d'agir en isolant les problèmes cruciaux et en les traitant, les uns après les autres, par une concentration des efforts humains, financiers et matériels. La principale vertu de l'action, déterminée, conduite sans faiblesse mais sans brutalité, réside dans la prise de conscience par les populations de la volonté ainsi marquée par la puissance publique de résoudre effectivement ces inégalités de santé délétères.

L'effet psychologique lié à une action efficace décuple les forces jetées dans la bataille de la résorption des inégalités. En conséquence, par un effet d'entraînement et de mimétisme, les actions suivantes sont psychologiquement et techniquement prêtes et peuvent être conduites simultanément à l'imitation des premiers succès.

L'important est donc ce premier succès décisif.

La puissance publique a le devoir de soigneusement préparer ce premier succès qui doit être incontestable et d'envergure suffisante. Eu égard à l'économie des moyens de l'État, mais sans perdre de vue l'impact sur le moral du corps social et ses traductions économiques et financières, il convient de choisir la cible avec soin et d'y concentrer les moyens adaptés.

Tel est le sens de ce troisième principe des recommandations de cette mission : concentrer les moyens sur la résorption des inégalités de santé les plus prégnantes.

La mise en œuvre de ce principe a une double composante. D'une part, la connaissance des besoins sanitaires, préalable indispensable à toute action en santé, est largement documentée mais doit être partagée avec les effecteurs qui se trouvent au contact des personnes ciblées. D'autre part, la concentration des moyens pour la résorption des disparités, choisies comme cible des premières actions concertées et massives, impose l'implication simultanée de l'ensemble des acteurs de terrain sans exception.

Connaissance de l'état de santé de la population et des personnes, de l'état de la science : fondements d'une prévention ciblée

Connaissance des personnes

Associer les élus locaux et utiliser les compétences des organismes dont la mission est de connaître finement la population (CAF...) pour identifier les populations particulièrement vulnérables

La plupart des déterminants de la santé ne s'inscrivent pas dans le champ de la santé mais mobilisent d'autres politiques, sociales, de l'éducation, du logement, du cadre de vie, du milieu de travail. Les élus locaux entretiennent des relations étroites avec les acteurs institutionnels, professionnels, économiques mais également avec l'ensemble du tissu citoyen, notamment associatif, qui est au contact des populations spécifiques. Ils maîtrisent de ce fait la connaissance de celles-ci et les milieux de vie sur lesquels agir pour les assainir.

Ils disposent de leviers d'action pour atteindre ces populations et leur rôle de chefs de projet santé renforcerait leur capacité à amplifier les initiatives concertées bénéfiques à la santé des citoyens.

Disposer d'un système d'information intégré,
interopérable, centralisé, en réseau,
pour une épidémiologie moderne

La connaissance des données de santé est aujourd'hui fragmentée et irrécyclable malgré les avancées de la loi relative à l'assurance-maladie. La politique de santé est globalement cohérente mais les données nécessaires à la décision sont aujourd'hui éparpillées, longues à collationner et partielles.

L'organisme chef de file des données nécessaires à l'analyse des besoins de santé devrait être désigné. Le pilote national de la politique de santé en a un besoin impératif pour qu'il soit le responsable opérationnel de l'architecture du système d'information en santé, alimenté par les institutions détentrices de ce que d'aucuns nomment les cimetières de données.

Au-delà, il reste à organiser un véritable système d'accès à la connaissance, partagé par tous les professionnels impliqués, de santé, sociaux, d'assurance-maladie. Si l'architecture du futur système d'information intégrait cette finalité, l'épidémiologie et donc les besoins en santé se construiraient alors d'eux-mêmes. Le pilotage des politiques en serait facilité, réactif et plus précis. On devrait y observer une augmentation de la qualité et donc des coûts, notamment en matière de prévention.

Recommandation (R9)

Désigner le chef de file de la collecte et de la diffusion des informations en santé

- Confier à un opérateur unique, même si elles sont collationnées par différents opérateurs spécialisés (SNIIRAM, DREES, InVS, missions diverses), l'assemblage et la diffusion des informations en santé.

Connaissance de la science

Organiser la diffusion d'information scientifique aux acteurs de première ligne

La cohérence et l'efficacité des messages sont au cœur de la «prévention globale». Désigner un opérateur, canal unique de diffusion des recommandations en santé, résoudrait le besoin des professionnels de santé en information fiable et accessible. Leur diffusion nécessite des compétences, scientifiques et de communication, complémentaires mais quasiment antagonistes pour permettre une information scientifiquement valide et suffisamment percutante pour capter l'attention de celui qui la reçoit.

À terme, la connaissance des caractéristiques santé des territoires permettrait de communiquer automatiquement les référentiels ciblés sur les problèmes de santé les plus rencontrés.

Recommandation (R4)

Diffusion des recommandations en «prévention globale»

- Définir une charte graphique pour les outils de «prévention globale».
- Développer des messages à usage opérationnel spécialement adaptés aux professionnels de premier recours.
- Confier à un opérateur unique, même si elles sont rédigées par différents opérateurs spécialisés (AFSSAPS, INPES, missions, sociétés savantes...), la diffusion des recommandations :
 - aux professionnels de santé : Haute Autorité de santé ;
 - au grand public, aux patients et aux professionnels de la promotion de la santé : Institut national de prévention et d'éducation en santé.

Organiser la masse d'information disponible pour des échanges montant et descendant d'information sur les pratiques médicales ou de prévention

Les cabinets de ville sont des postes d'observation en temps réel des problématiques de santé et participent à l'observation locale. Les professionnels de santé sont en première ligne pour entendre les plaintes, la santé ressentie dont la connaissance peut enrichir les données épidémiologiques. Ils se coordonnent avec les autres professionnels de santé en médecine préventive (en milieu scolaire, travail, PMI, psychiatrie) pour un suivi individualisé qui assure la continuité entre repérage précoce et prise en charge. Avec les travailleurs sociaux, ils assurent une approche individualisée des personnes, si nécessaire.

Ce rôle de veille et d'alerte autorise d'ajuster les actions grâce aux informations reçues des pairs : troubles du sommeil chez l'enfant, épidémies locales de gastroentérites, évaluation de l'accueil dans certains services hospitaliers, nouveaux produits utilisés à fin de conduites addictives... Il s'ajoute à celui déjà imparti concernant la sécurité sanitaire et le signalement des maladies à déclaration obligatoire ou tout autre événement mettant en jeu la protection sanitaire de la population.

Dans certains projets locaux de santé – pôles de santé libéraux bretons ou plan local de santé d'Amiens –, les professionnels de santé disposent d'un système d'information entre les cabinets de ville et l'hôpital, voire les établissements médico-sociaux.

C'est cet exemple qu'il convient de suivre pour progressivement monter un dossier médical partagé.

Concentration des moyens de «prévention globale» : définir les priorités pour la résorption des disparités régionales de santé et identifier nominativement les régions prioritaires (les territoires en infrarégional)

Les moyens humains et financiers mis en œuvre par les différentes institutions qui traitent de prévention sont éparpillés et uniformément répartis sur le territoire. Une rationalisation est possible à condition de montrer une volonté politique forte de s'attaquer à un problème majeur de santé publique qui implique transversalement plusieurs institutions. La connaissance des localisations les plus problématiques de la disparité dont la résorption est décidée doit commander la concentration de ces moyens pour un temps donné.

Au niveau central

Une stratégie interministérielle de réduction des inégalités de santé faisant appel à l'environnement, à l'agriculture, au travail, à l'éducation, à la santé, à la jeunesse et aux sports et à la ville... doit être bâtie en un plan et assortie des moyens de surveillance et d'observation.

Une loi quinquennale de réduction des disparités territoriales de santé

■ Concentrer les moyens de «prévention globale» sur les territoires en déficit de santé par discrimination positive

Le constat d'inégalités régionales lourdes dans l'accès aux soins et dans les indicateurs de santé est désormais abondamment étayé. Les facteurs de ces inégalités sont également largement connus : mauvaise répartition régionale de l'offre de soins (équipements et professionnels de santé), risques plus spécifiques à telle ou telle région... Le vieillissement massif de la population à venir risque de constituer un nouveau facteur d'approfondissement de ces inégalités, perçues par nos concitoyens comme une discrimination inacceptable, symbole d'un risque de dérive vers un système de santé «à deux vitesses».

Dans un contexte de contraintes budgétaires fortes, la réponse aux inégalités réside dans la capacité à mieux orienter les dépenses existantes et à venir vers les régions ou territoires caractérisés par les besoins sanitaires les plus prégnants.

Sur cette base, une traduction législative pour la résorption des inégalités régionales de santé pourrait être prévue dans la loi quinquennale relative à la politique de santé publique. Cette mesure législative identifierait nominativement les régions prioritaires et déclinerait les mesures mises en œuvre en leur direction. Elle serait accompagnée d'un cadre d'évaluation rigoureux de nature à attester du retour des régions prioritaires vers le droit commun.

Recommandation (R10)

Inscrire dans la loi quinquennale relative à la politique de santé publique la résorption des disparités territoriales de santé

- Révision périodique de la pertinence des priorités initialement définies.
- Observatoire national de suivi centralisé des indicateurs remontant des territoires prioritaires.

Maîtriser les bilans pour juger de la pertinence des priorités initiales de la loi

La mise en adéquation des besoins de santé et des moyens à y consacrer est une ardente obligation. La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population doivent être organisées en conséquence.

Pour discerner les particularités territoriales et déterminer les modifications de l'état de santé des populations, il convient de lever les obstacles à une surveillance efficace. La France présente, en effet, un retard certain en matière de base de données de surveillance de l'état de santé de la population, faute d'accès automatisé aux données individuelles, accès qui pourrait pourtant se faire dans la garantie de la confidentialité. Sans cet accès, les études demandent la mobilisation de personnes physiques pour aller chercher les données dans les dossiers. Si l'on voulait réaliser, par exemple, un registre du cancer qui couvre tout le territoire, aujourd'hui plus de 400 personnes devraient être mobilisées. En outre, les professionnels de santé qui acceptent de participer à une surveillance sont soumis à une double saisie des éléments du dossier du patient.

Recommandation (R9; R11)

Identifier les territoires prioritaires à la résorption d'inégalités de santé

- Mobiliser et exploiter les données existantes pour identifier les inégalités territoriales de santé.
- Mettre en place des systèmes automatisés, qui permettent le recueil passif des données existantes à partir du dossier médical informatisé reposant sur une norme unique et partagée.
- Mettre en place le cadre d'évaluation de la résorption des inégalités territoriales.

Concentrer les moyens dédiés aux politiques de «prévention globale» sur les territoires et les populations en butte à des disparités de santé majeures

Les stages de jeunes professionnels de santé dans les territoires en déficit de santé devraient être encouragés.

L'expérience montre qu'une proportion importante des internes et des jeunes professionnels s'implante sur le lieu de leur activité au moment où se nouent les choix de vie. Or il existe dans les territoires touchés par les disparités de santé une richesse exceptionnelle de l'exercice de la médecine : pathologies variées, exercice en ville et en zone rurale ou périurbaine alternativement.

Ce qui manque, c'est de structurer l'enseignement de la médecine générale ou de spécialité pour faire des communautés de santé en zones sous-denses des terrains de stage attractifs. Cela pourrait susciter ensuite des vocations d'exercice dans ces zones.

Recommandation (R6; R7; R10)

Formation initiale et continue des professionnels de premier recours

- Terrains de stage pour étudiants et jeunes professionnels, notamment médicaux.
- Stages d'internes en médecine générale en septembre octobre. À l'occasion de la délivrance des certificats médicaux exigés pour la pratique de certaines activités, mise en œuvre de visites de prévention individuelle ciblées.
- Contrats de trois ans pour jeunes professionnels sortis de la faculté.

Fixer des objectifs chiffrés de réduction des disparités

■ Déployer les outils permettant de combattre les causes d'inégalité sanitaire en région

Les moyens de prévention sont loin d'être négligeables mais ils sont peu concentrés et la coordination des actions ainsi financées est perfectible. Il convient d'inciter les collectivités territoriales à s'impliquer dans la résorption de ces inégalités.

Les objectifs devraient être partagés entre les différentes institutions puis les responsabilités réparties et les actions coordonnées. Il conviendrait de formaliser ces missions de transfert de responsabilités en conventions liant l'ARS et les partenaires au sein du GRSP. Le PRSP devrait avoir systématiquement deux volets, fruits du diagnostic partagé, catalysé par l'ARS, l'un sur la déclinaison de celles des politiques de santé de l'État qui sont retenues comme priorités régionales, l'autre sur la réduction des disparités de santé spécifiques aux collectivités infrarégionales.

Des initiatives locales de santé devraient permettre de sélectionner les meilleurs projets et d'en limiter le nombre afin de concentrer les moyens pour un effet significatif et mesurable sur la santé des populations. La cohérence des messages et la professionnalisation de leur émission doit être assurée.

Recommandation (R10; R11 ; R12)

Concentrer temporairement les politiques de «prévention globale»

- Identifier nominativement les régions prioritaires (les territoires en infrarégional) : concentrer, pendant une période de temps limitée, les moyens dédiés aux politiques de «prévention globale» et ciblés sur les risques jugés prioritaires.
- Fixer des objectifs, chiffrés et datés, de réduction des disparités : diagnostic partagé entre collectivités territoriales et ARS ; plan régional de résorption des disparités sanitaires locales.
- Soutenir les initiatives locales en matière de résorption des inégalités sanitaires, objet d'un volet spécifique du PRSP, sur la base d'une convention signée avec l'ARS.
- Mobiliser des crédits interrégionaux pour résorber significativement les disparités d'espérance de vie par une politique de «prévention globale» sur les territoires concernés, objet d'une convention d'objectifs et de moyens.

À l'hôpital, pour corriger les effets pervers de la T2A, instaurer un critère de certification obligatoire de réduction des disparités en échange de crédits MIGAC et d'autres enveloppes spécifiques

■ Intégrer la réduction des inégalités de santé dans l'allocation aux structures hospitalières et médico-sociales

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) n'incite pas nécessairement à réaliser les actes indispensables à la résorption d'inégalités de santé. En outre, les populations sanitaires défavorisées arrivent tard dans le système de soins, ce qu'il convient de corriger. Pour leur part, les établissements pourraient développer des stratégies pour améliorer la précocité de la prise en charge de ces populations. Afin d'inciter ces établissements à intégrer à leur démarche qualité des objectifs de résorption de ces inégalités, des bonus pourraient être prévus en cas de résorption des disparités ciblées par l'ARS.

Recommandation (R10; R11)

Bonus d'atteinte des objectifs de résorption d'inégalités de santé

- L'atteinte de ces objectifs, suivie à l'occasion des audits diligents par la Haute Autorité de santé (HAS) et par la nouvelle Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, déclencherait l'attribution de bonus au titre de l'allocation des moyens des structures concernées.

L'Agence régionale de santé (ARS) et la politique de réduction des disparités

L'ARS décide des quelques priorités régionales complémentaires

Sur la base des cinq priorités nationales de santé, il revient conjointement à l'ARS, au conseil régional et aux collectivités territoriales de définir les quelques priorités complémentaires sur lesquelles concentrer les moyens dédiés à la prévention. Des objectifs en termes d'amélioration de l'état de santé de la population sont fixés pour mesurer les effets des décisions prises et des mesures mises en œuvre.

L'ARS est responsable de l'évaluation

La mise en place des projets locaux de santé telle qu'elle est préconisée doit être accompagnée par un dispositif de soutien et d'appui animé par l'autorité régionale. C'est à ce niveau que les échanges de pratiques et d'expériences sont facilités, que la mise à distance permet de voir si les conditions sont réunies pour le succès du projet, qu'il est possible d'en faire une bonne lecture stratégique.

L'ARS est garante du suivi des indicateurs représentatifs des inégalités les plus caractéristiques

Dans le cadre de la mise en place des ARS, l'accompagnement de la territorialisation par une observation fine serait un impératif car les systèmes d'information orientent la mise en place d'actions pertinentes puis ils produisent les données d'évaluation.

Les données existent mais sont souvent éparpillées et détenues par des institutions différentes. Les méthodes permettant des diagnostics territoriaux bénéficient d'expériences de longue date dans le cadre de la politique de la ville. D'ores et déjà, de nombreux observatoires régionaux de la santé ont réalisé des travaux au niveau communal ou intercommunal : 16 ORS sur les 26 existants ont réalisé

des travaux au niveau intercommunal, communal ou des quartiers. Douze ont connaissance de la mise en place d'observatoires locaux.

Le prochain congrès des ORS en octobre 2008 portera sur les inégalités sociales et territoriales de santé, des sessions étant consacrées aux instruments de mesures au niveau local. Des systèmes d'information se mettent en place afin de mieux visualiser le parcours de santé de populations particulièrement fragiles.

L'ARS sanctuarise le budget « prévention globale »
et applique le principe de fongibilité asymétrique du
soin dans la prévention

C'est au niveau régional d'assurer une équité sur l'ensemble du territoire régional. Cela passerait par l'exercice de fonctions de planification, d'évaluation et d'allocation des ressources qui devraient prendre en compte les disparités des contextes socio-économiques et les inégalités spatiales et sociales de santé.

L'instruction des projets serait assurée par l'ARS et les avis pour financement ne seraient plus rendus action par action mais sur l'ensemble du projet en tenant compte de la cohérence interne globale.

Recommandation (R11 ; R12)

Rôle de l'ARS

- Planifier les mesures de « prévention globale » afin d'assurer une couverture équitable de la région.
- Assurer une vision intégrative (*continuum* prévention soins) par la mise en place d'outils unifiés (territoires de santé commun, projets territoriaux de santé avec dimension curative et dimension préventive).
- Répartir l'allocation des ressources par une simplification et une lisibilité des procédures (enveloppes globalisées sur projet et contrat pluriannuels).
- Évaluer efficacité et performance.
- Être partenaire des collectivités territoriales sur des contrats d'objectifs et de moyens spécifiques.

Avant-projet pour une expérimentation en région Nord-Pas-de-Calais

Propositions pour un projet expérimental et partenarial d'émergence durable de la thématique de « prévention globale » dans les territoires

L'implication de la région Nord-Pas-de-Calais dans les domaines de la prévention et de la santé, le maintien de déterminants négatifs en santé publique et sa volonté de structurer une politique de prévention sont des facteurs qui permettent de proposer une expérimentation sur la base d'un partenariat.

Le but de ce document est d'alimenter la réflexion et de contribuer à l'élaboration d'une convention d'objectifs et de moyens entre le conseil régional et l'État, dans le domaine de la réduction des inégalités territoriales de santé, pour expérimenter celles des idées du rapport qui sont en adéquation avec les besoins santé de cette région.

Le Nord-Pas-de-Calais bénéficie d'une longue tradition de prise en compte collective de la santé de ses habitants, qu'il convient de saluer en préambule. Cette remarquable habitude d'intervention publique locale a été renforcée face à la situation économique et sociale singulièrement difficile depuis le milieu des années 1970 et aux indicateurs épidémiologiques toujours inquiétants. Ces derniers vont dans le sens d'une surmortalité, observée plus particulièrement chez les moins de 65 ans, et, malgré une nette amélioration, par les indices comparatifs de mortalité les plus élevés de France métropolitaine. Il en résulte, outre une participation des usagers à l'élaboration des politiques publiques locales de santé, renforcée par les conférences régionales de santé mises en place en 1996 d'où sont issus le premier programme régional de santé et la définition des priorités de santé, des pratiques partenariales entre institutions. La forte implication des collectivités locales et de la région aux côtés de la direction régionale des affaires sociales, de l'agence régionale d'hospitalisation, de la caisse régionale d'assurance-maladie, de l'union régionale des caisses d'assurance-maladie, de l'union régionale des médecins libéraux, des professionnels et du tissu associatif est un modèle pour les autres régions de France. Elle a donné naissance aux projets territoriaux de santé qui structurent l'espace et orientent les efforts des collectivités pour répondre aux besoins de santé locaux.

Ce document ne prétend pas se substituer à la concertation qui doit, avant tout, être conduite au plan territorial.

En revanche, il indique la méthode, issue des recommandations de ce rapport, et il propose les grands axes qu'il convient d'explorer. Pour tenir compte des

spécificités des territoires du Nord-Pas-de-Calais, il recommande d'orienter les efforts de prévention en direction des comportements et de la nutrition, les efforts d'organisation vers la mise sur pied de communautés de santé et vers l'amélioration des métiers qui concourent à la gestion de son patrimoine santé par chaque habitant.

La méthode

La méthode consiste à appliquer en région Nord-Pas-de-Calais les principes résultant des recommandations du rapport qui sont particulièrement adaptées aux spécificités locales.

Les coopérations déjà existantes permettent, en effet, d'expérimenter dès 2009 le principe de concentration des efforts des diverses institutions parties prenantes sur les priorités de santé qui sont d'ores et déjà connues du fait des travaux de diagnostic partagé et de ceux ayant abouti à l'atlas régional de la santé du Nord-Pas-de-Calais :

- les territoires en déficit de professionnels de santé, à court ou moyen terme, sont connus¹ ;
- les territoires en « besoin de soins » sont connus également².

Une convention d'objectifs et de moyens entre l'État et la région

Pour permettre d'avancer sur les sujets identifiés et partagés, une convention définirait les droits et les devoirs des parties et répartirait les engagements respectifs entre les services de l'État comme des collectivités territoriales et locales.

Le fléchage des crédits viserait à l'atteinte des objectifs régionaux ou infrarégionaux mesurables, précisément définis et assortis de priorités.

L'organisation des priorités partagées au titre du GRSP

Il conviendrait d'organiser la gouvernance partagée au sein de l'ARS entre l'État, le conseil régional, l'assurance-maladie et les collectivités territoriales. À cet effet, la convention d'objectifs et de moyens permet de préfigurer l'organisation de la résorption des inégalités territoriales de santé et le développement de la « prévention globale » dans le Nord-Pas-de-Calais.

(1) « Zones sous-médicalisées, Atlas CNOM de la démographie médicale », *Études*, n° 40, juin 2007, p. 33.

(2) Fruges, Bertincourt, Le Quesnois, Landrecies..., *Atlas régional de santé du NPC*, 2008, p. 28.

Le GRSP, ou l'organisme successeur, devrait disposer de deux enveloppes. L'une sera consacrée aux cinq priorités de santé nationales. L'autre appuiera les actions, de prévention globale, de coopération pluridisciplinaire et interinstitutionnelle, sur les priorités résultant du diagnostic régional partagé.

Les financements consentis par les différents niveaux territoriaux et par l'État devront être appliqués, selon le principe de discrimination positive, en faisant effort sur les territoires où les déficits en santé sont les plus prégnants. Cet effort répondra au projet territorial de santé lorsqu'il est suffisamment structuré. Sinon, il prendra, d'abord, la forme d'une aide méthodologique permettant d'améliorer le projet existant, voire de le faire naître pour, ensuite, appliquer les financements à la réalisation du projet.

La contractualisation avec des associations professionnalisées sur des missions de santé

Les associations dans le Nord-Pas-de-Calais sont dynamiques et témoignent du fort potentiel d'engagement de la population. Elles sont essentielles pour toucher toutes les populations, en particulier les plus éloignées des soins, afin de préparer l'acculturation à la santé. Dans ce but, il convient de faire un effort de professionnalisation et de formation. Des vacations de professionnels de santé pourraient être conçues et mises en œuvre.

La première étape concerne les associations de contact et de convivialité dont le but est la socialisation, sans laquelle aucune insertion n'est possible. Cette première étape devrait être choisie pour enclencher la promotion de la santé, d'où la nécessité de temps de professionnels de santé, dont le profil serait à choisir en fonction de la population visée.

La deuxième étape est celle des associations à dominante santé vers lesquelles les personnes souhaiteraient se tourner une fois conscientes du patrimoine que représente leur santé et de leurs besoins propres en santé. Pour ces associations, la professionnalisation est nécessaire et, à cette fin, le regroupement devrait être envisagé.

Les collectivités territoriales devraient donc s'engager dans ce sens par la contractualisation entre elles et les associations qui sont au contact des personnes sur leur territoire pour promouvoir la santé.

Prévention comportementale et nutritionnelle pour une politique structurée et partenariale

Un projet pour la lutte contre l'obésité

L'obésité est un sujet de santé publique particulièrement préoccupant dans le Nord-Pas-de-Calais. L'enquête ObEpi a révélé qu'en 2003 dans cette région la moitié des personnes de 15 ans et plus étaient en surpoids. Parmi elles un tiers étaient obèses. La prévalence de l'obésité en population générale avait augmenté de 2,5 % par rapport à 1997 et atteignait 15,8 %, soit 4 % de plus que la moyenne nationale. Cela induit une augmentation des maladies liées à la surcharge pondérale : problèmes cardio-vasculaires, diabète.

Pour tenter d'enrayer cette augmentation, il est proposé de combiner les actions de prévention et la prise en charge :

- généraliser à l'ensemble de la région le programme Epode¹ de prévention de l'obésité des enfants en milieu scolaire, revu et corrigé en coopération avec la restauration collective et l'Éducation nationale ;
- participer à la sensibilisation des lycéens et collégiens ;
- appuyer les parents dans leur action éducative par la fourniture d'arguments de nature à asseoir leur autorité auprès de leurs enfants en conjuguant leur action avec celle de l'Éducation nationale ;
- améliorer la nutrition et la qualité des aliments avec InterFEL (interprofession des fruits et légumes frais) et l'agriculture (Saveurs en Or) ;
- forfaitisation de la prise en charge de l'obésité sévère et protocoles pluridisciplinaires au sein du réseau Oséan (obésité sévère de l'enfant et de l'adulte en Nord-Pas-de-Calais; Dr Monique ROMON).

Mais pour être pleinement opérantes et avoir un impact durable sur la diminution de l'obésité, ces actions doivent être complétées par une activité physique régulière.

(1) Epode (Ensemble prévenons l'obésité des enfants) : en France 123 villes, dont 10 « pilotes », pour une population de 1 million de personnes ; en Espagne 5 villes pilotes ; en Belgique 2 villes pilotes.

Un projet pour la pratique de l'activité physique

Les licenciés en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) appartiennent à la filière universitaire qui forme les futurs professionnels, professeurs d'éducation physique et sportive, entraîneurs sportifs, concepteurs d'activités physique adaptée, chercheurs... Le nombre de postes offerts est dérisoire comparé aux effectifs de la filière (11 000 bacheliers ont intégré la filière en 2004 ; la même année, l'Éducation nationale proposait 400 postes de professeurs certifiés (licence minimum) et quinze postes de professeurs agrégés master 1 minimum).

Les autres métiers, accessibles par le brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS) de niveau IV, sont à prendre en considération pour offrir aux collectivités, selon leurs moyens et leurs besoins, les jeunes professionnels qui leur permettront de développer l'activité physique des habitants de leur territoire.

Faciliter l'emploi de ces professionnels par les collectivités territoriales par le biais de contrats FONJEP (Fonds de coopération pour la jeunesse et l'éducation populaire) est une voie à explorer.

Dans le but de promouvoir une lutte durable contre la sédentarité, les choix des collectivités territoriales dans leurs efforts visant à garantir l'indispensable contact direct avec les populations doivent être guidés par trois principes :

- professionnaliser les associations avec un effort sur les métiers de l'accompagnement sport santé et l'appui des lycées à filière sanitaire et sociale et du centre régional d'éducation populaire et sportive (CREPS) ;
- moduler les efforts de qualification pour tenir compte des capacités économiques du secteur de l'économie sociale et solidaire ;
- provoquer un regroupement des fédérations affinitaires « Sport pour tous et sport santé » ;
- renforcer le soutien à « Profession Sport ».

Les acteurs nécessaires au développement des projets partenariaux

Expérimenter la coordination pour le suivi de la prise en charge des dépistés positifs :

- chez l'enfant et l'adolescent entre communes (écoles), département (protection maternelle et infantile, collège), région (lycées) en lien avec le rectorat et l'URML et des centres de santé ;
- chez les salariés comme les indépendants entre les services de médecine du travail et les médecins traitants.

Définir une politique commune, entre le rectorat, la direction régionale de la jeunesse et des sports et les collectivités territoriales, relative à l'éducation des élèves ou des enfants et adolescents en matière d'hygiène, d'activité physique et de nutrition

Les nouveaux métiers nécessaires au développement de la «prévention globale»

Il s'agit d'expérimenter des nouveaux métiers en termes de contenu puis de formation dans la perspective de répondre avec souplesse et réalisme aux besoins en santé des populations. D'une part, il s'agit de concevoir des formations suffisamment brèves parce que ciblées, qui permettent aux personnes d'exercer les compétences de leur niveau qui font actuellement défaut et sont utiles à leurs concitoyens. D'autre part, il convient d'être réaliste sur les capacités économiques d'embauche du secteur sanitaire et social.

Métiers de coordination des projets de santé sur un territoire, localisés par exemple en communauté de santé : organisation des actions de prévention globale pour faire converger les actions des différentes institutions et associations présentes au sein du territoire sur la réduction des disparités infralocales de santé et sur la réduction des problèmes de santé spécifiques.

Métiers d'apprentissage de l'hygiène de vie : développement de l'activité physique, adaptation de l'alimentation aux besoins nutritionnels, hygiène corporelle. Plusieurs niveaux de formation suivant les types de missions confiées.

Psychologues cliniciens : afin de retrouver du temps de psychiatrie, dont le déficit est criant dans la région.

Infirmiers spécialisés, par la validation des acquis de l'expérience et ouvrant sur des emplois de débouché du niveau maîtrise : environnementalistes en médecine du travail, santé mentale... afin d'être en contact avec les personnes pour les actes ne relevant pas de la compétence médicale afin de dégager du temps médical.

Orthoptistes : permettre l'accès à l'optique et dégager du temps médical chez les ophtalmologistes qui ne parviennent pas à honorer leurs rendez-vous dans des délais raisonnables.

Métiers de logisticiens : afin d'augmenter le temps de présence au malade des infirmières en allégeant leurs fonctions administratives et logistiques.

Santé environnement et santé au travail : l'institut du travail

Environnement et santé au travail : une animation régionale reconnue et à renforcer

L'histoire industrielle du Nord-Pas-de-Calais a permis à la région d'œuvrer pour limiter les impacts néfastes des nuisances et de développer des partenariats entre entreprises et industriels. Ainsi, depuis 1946, l'Institut de santé du nord de la France (ISTNF) a permis aux services de santé au travail, à des médecins, à des universitaires d'animer des réseaux de professionnels.

Les champs explorés principalement sont ceux des conduites addictives au travail, des cancérogènes, mutagènes et toxiques de la reproduction, du maintien à l'emploi, de la gestion du handicap et des troubles psychosociaux. L'Institut mène des actions de terrain et anime des réseaux de professionnels. Si les actions sont bien prises en compte, l'animation et la valorisation des résultats de ces recherches restent à organiser.

Un pôle de formation et de recherche en «santé au travail»

Des travaux de recherche sur la médecine du travail et santé environnement à la faculté de médecine sont menés au sein du GIP CERESTE.

Il est nécessaire de la prolonger par la mise en place d'un centre de formation et de recherche en santé travail. Au sein de l'université de Lille 2, un centre de recherche, santé, épidémiologique, juridique, sociologique, toxicologique, d'intérêt national permettrait de répondre aux besoins en santé des habitants dépassant le seul cadre régional, mais apportant un appui nécessaire à la résorption des inégalités dans cette région.

Ce projet mérite d'être soutenu à ce titre par les élus des territoires comme réponse aux véritables problèmes de santé liant les questions travail et environnementales de la région. Les crédits MEDEF de l'UIMM disponibles pourraient être utilisés de façon concrète et intelligente.

Dans cette optique, le renforcement des possibilités d'accueil d'équipes de recherche dans les domaines de la cardiologie, du diabète, de la cancérologie, des neurosciences, devrait être visé. Les postes de praticien hospitalier et professeurs des universités (PU-PH) sont à créer à raison de trois par année sur les spécialités déficitaires eu égard aux besoins : addictologie, pédopsychiatrie, nutrition.

En outre, ceci permettrait d'atteindre l'objectif de réduction de l'évasion vers d'autres régions des étudiants en médecine en constituant un pôle d'attractivité sur la spécialité environnement travail. Cela nécessite un rattrapage sur plusieurs années du nombre de chefs de cliniques et d'assistants.

Des services de pathologie professionnelle et environnementale au bénéfice de la population

L'amiante, les éthers de glycol, le plomb, le cadmium sont autant de risques professionnels et environnementaux auxquels la région et ses habitants sont confrontés.

Il en résulte des maladies professionnelles, des accidents du travail, des invalidités, des mi-temps thérapeutiques, autant de problèmes de santé et de dispositifs difficiles à manier par les professionnels de santé généralistes qui doivent dans cette région être spécifiquement formés à leur appréhension.

En outre, il est nécessaire d'obtenir des postes de praticiens hospitaliers spécialisés dans ce domaine pour traiter des cas les plus critiques.

Enfin, a été créé le seul centre de toxicologie professionnelle et environnementale, en France, par coopération CHRU et ISTNF. Il permet de répondre aux besoins des populations, notamment de réinsérer les malades dans un cursus de reprise du travail ou de maintien à l'emploi. Il est essentiel de le pérenniser.

Prévention des intoxications au monoxyde de carbone dans la région Nord-Pas-de-Calais

Le monoxyde de carbone (CO) est la première cause de mortalité par gaz toxique en France. Le nombre annuel de décès par intoxication au CO (hors incendie et suicide) a régulièrement diminué en France métropolitaine depuis la fin des années 1970 : le nombre annuel moyen de décès est passé de 260/280 sur la période

1979-1984 (décès certains : décès possibles), à 174/183 sur la période 1990-1994 puis 88/107 dans les années 2000 à 2004. Entre 2000 et 2005, le nombre moyen annuel d'hospitalisations pour intoxication au CO est de l'ordre de 4 500 mais avec des pics au-dessus de 5 000 et une légère augmentation depuis 2003.

La région Nord-Pas-de-Calais était et est encore aujourd'hui la première région française touchée par ces intoxications : environ 300 foyers d'intoxication sont repérés chaque année représentant un millier de personnes intoxiquées et une vingtaine de décès. Dans la majorité de ces affaires (environ 9 fois sur 10), l'appareil en cause dans l'accident fonctionnait au charbon.

Face à ce lourd tribut en matière d'intoxications au CO, la prévention de ces intoxications doit, dans un premier temps, être principalement orientée vers cette région.

Par ailleurs, compte tenu des spécificités régionales, les actions de prévention à mener pour atteindre cette région ne sont pas nécessairement les mêmes que celles à mener au niveau des autres régions françaises.

Aussi, à partir de l'évaluation des actions nationales et locales déjà menées, il serait pertinent de définir quelles actions doivent être menées et par quels acteurs, État et région, afin de prévenir ces intoxications dans la région Nord-Pas-de-Calais. Les aspects techniques et financiers devraient être pris en compte dans ces propositions d'actions qui pourraient par exemple s'orienter vers l'obligation d'installation de détecteurs de CO à domicile, vers une sécurisation des poêles à charbon et de leur utilisation, voire vers le remplacement progressif de l'usage de ces poêles.

Organisation de l'accès à la santé – Une expérimentation pour anticiper les risques de déficit de la démographie médicale

Un *numerus clausus* fléché et régionalisé, des stages en MG

Orienter les professionnels en fonction des besoins en santé des territoires.

Définition des zones prioritaires où les besoins en santé de la population ne sont pas couverts par les professionnels qui y restent.

Contractualisation entre les médecins s'installant en zone surdense et l'ARS pour autoriser le conventionnement en échange de l'exercice en secteur I, à temps partiel, dans des zones de désertification médicale.

Soutenir l'installation volontaire dans les secteurs en difficulté et favoriser la découverte par les étudiants des zones injustement désertifiées où les besoins de santé impliquent de la part des professionnels de santé une réponse psychologique autant que technique.

Les conseils régionaux et départementaux de l'ordre des médecins pourraient apporter une valeur ajoutée dans cette répartition géographique des médecins.

Stages de sensibilisation à la médecine générale en communauté de santé ou ce qui préexiste de plus proche (maisons pluridisciplinaires de la MSA, centres de santé de la Caisse des mines, pôles de santé...). Convention définissant les droits et devoirs des parties en termes par exemple de présence et de mise à disposition de facilités.

Des communautés de santé

Expérimentation, avec le soutien de la DIACT, pour la mise en place de transmissions haut débit dans les communautés de santé : afin d'assurer le lien avec la communauté hospitalière de rattachement, notamment en termes de télémédecine et d'échange de données relatives aux patients.

Contractualisation entre les collectivités locales concernées pour la répartition de la prise en charge des différents aspects de la communauté de santé : locaux, transmissions de données, services communs, fonctionnement (secrétariat, accueil du public, orientation des consultations inopinées...).

Réseaux de santé dans les lieux de proximité : Intégrer dans les lieux dédiés aux soins de première intention les actions collectives de prévention et de promotion de la santé (Euréka, Oséan, Epode...)¹ menés dans le cadre de la lutte contre l'obésité et la sédentarité.

Une nouvelle organisation de la permanence des soins

Expérimentations d'accueil impliquant toutes les structures de soins : établissements hospitaliers, cliniques, centres de santé, cabinets médicaux... afin de faire jouer la proximité et la visibilité du recours médical de première ligne pour les populations.

Protocoles expérimentaux entre pharmacien et médecin en zone désertifiée afin d'assurer un accès aux soins et aux traitements indispensables aux patients : organisation de la délégation de tâches et de responsabilité afin de permettre, en l'absence de l'un ou l'autre des professionnels, une dispensation par le médecin et une prescription, encadrée, par le pharmacien.

Expérimentation d'allocations de ressources financières aux hôpitaux pour l'accueil exceptionnel aux urgences : cet accueil doit être considéré comme le dernier recours dans l'attente du renforcement de la médecine de première intention. L'allocation est modulée en fonction des forces et des faiblesses de la première ligne des professionnels de santé dans sa réponse au besoin de santé des populations. L'allocation n'a de sens que si des actions de réorganisation de cette première ligne sont menées parallèlement.

(1) Oséan : Obésité sévère de l'enfant et de l'adulte en Nord-Pas-de-Calais ; réseau destiné à prévenir l'obésité grave et la prendre en charge.

Epode : programme de prévention de l'obésité des enfants.

Une attention particulière à des domaines spécifiques

Une prévention accrue pour réduire les risques de fracture psychologique

Expérimenter une prise en charge des populations fragiles, dans le cadre de la vie quotidienne de préférence à la médicalisation et aux traitements médicamenteux. Favoriser la socialisation, la visite à domicile et le suivi régulier, gage de remise en circuit sociétal.

Bureaux d'aide psychologiques universitaires (BAPU) : afin d'aider les étudiants à une période charnière de leur existence le renforcement logistique des BAPU permettrait leur meilleur accueil et une présence de professionnels de santé

Une présence dans les prisons

Expérimentation de l'accompagnement des visiteurs de prison : les associations très actives, dans ce domaine important pour la réinsertion des prévenus après exécution de leur peine, nécessitent des efforts de formation comme de soutien psychologique des visiteurs.

Expérimentation de vacations d'infirmiers spécialisés en psychiatrie dans les prisons : les besoins de suivi des prévenus sont très importants, les crédits sont bien souvent en place à l'administration pénitentiaire, en revanche le déficit de psychiatres ne permet pas les consultations spécialisées prescrites ou elles interviennent dans des délais prohibitifs et incompatibles avec la prise en charge thérapeutique.

Un accompagnement des sans domicile fixe (SDF)

Expérimentation du soutien à la professionnalisation des équipes d'intervention au sein des associations d'aide : mixité de professionnels référents et de bénévoles, formés par cette coopération et par des programmes régionaux de formation continue en ce domaine, et médicalisation sous forme de vacations des interventions terrain ou des centres d'hébergement.

La question des migrants se pose également en ce sens que les populations de SDF en sont parfois renforcées, sans qu'il soit possible de toujours distinguer les personnes qui ressortissent de l'action de l'État ou de la collectivité. Il y a là matière à coopération État-collectivités territoriales.

Conclusion

Ces pistes de réflexion ne sont pas des impératifs mais des indicatifs : elles supposent l'organisation de tables rondes pour parfaire ce programme spécifique et expérimental, incluant les méthodes d'évaluation des dites expérimentations.

L'ouverture de discussions est un préalable afin d'organiser effectivement des expérimentations en décision partagée, leur durée, leurs méthodes d'évaluation et de poursuite.

Concrètement, il convient d'établir les participations financières conjointes des différents opérateurs en rappelant que si la région Nord-Pas-de-Calais est un territoire expérimental de perspectives de prévention et de soins, elle est aussi le territoire de la solidarité de la Nation dans la volonté partagée de mettre en commun des moyens spécifiques pour atteindre les objectifs de réduction des inégalités en matière de prévention

Enfin, ce projet rappelle, s'il en était besoin, que le premier acte fondamental individuel et collectif est de susciter la volonté d'améliorer son patrimoine santé, phase initiale de toute réelle politique de prévention et de soin.

Annexes

Si le rapport Flajolet n'est pas technique, il se nourrit du riche substrat de la littérature spécialisée sur la prévention et sur les disparités. Une vaste revue de littérature, y compris d'expériences étrangères, a été menée par Mlles Audrey GARCIA-VIANA et Juliana M'DOIHOMA, élèves de la Prép'ENA Paris I-ENS. Il en est résulté, outre la fourniture d'éléments du constat, des annexes techniques, véritable état des lieux de la prévention aujourd'hui. De surcroît, une contribution spécifique du Dr Françoise SCHAETZEL, inspectrice de l'IGAS, a apporté un éclairage sur « les projets territoriaux et locaux de santé et les professionnels de santé de premier recours ». Ce domaine avait été peu exploré jusqu'à présent, et nécessitait un point sur les nombreuses initiatives en cours, dispersées, diverses et sans référence de pratiques.

Ces contributions étayent le constat et fondent les recommandations proposées par cette mission.

Cependant, pour plus de clarté, seule est présentée ci-après la table de ces cinq annexes techniques qui sont intégralement à la disposition du public sur le site Internet de La Documentation française : www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000257/index.shtml

La prévention : définition, notions générales sur l'approche française et comparaisons internationales

A. La prévention : un concept aux acceptions variées

1. La prévention selon l'OMS (1948) : une classification selon le stade de la maladie
2. La prévention bio-médico-administrative (vaccins, radars, etc.)
3. La prévention selon RS Gordon (1982) : une classification sur la population cible
4. Vers une prévention globale ? La proposition du Pr San Marco : une prévention fondée sur l'anticipation positive grâce à la participation du sujet
5. La définition retenue par la mission

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

1. Malgré des enjeux de plus en plus importants qui accentuent l'urgence à refonder la politique de prévention...
2. ... la prévention demeure cantonnée à une place subsidiaire dans le système français

C. Approche comparée de la prévention sanitaire : les enseignements du *benchmarking*

1. La « promotion de la santé » : une préoccupation désormais internationale
2. L'implication de l'Union européenne en faveur de la santé publique : une montée en puissance progressive
3. Finlande, province de Québec, Royaume-Uni : trois cas spécifiquement analysés par l'IGAS
4. Aperçu des bonnes pratiques en matière de prévention primaire et de promotion de la santé au Québec, en Finlande et aux États-Unis

Bibliographie

Panorama des politiques ministérielles de prévention sanitaire : quelle cohérence d'ensemble ?

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

1. Mieux préserver la santé des travailleurs : quelle réforme de la médecine du travail ?
2. Des chiffres sur l'obésité et le surpoids en constante augmentation
3. Éducation et prévention des risques liés à la santé en milieu scolaire
4. Inégalités spatiales de santé : des phénomènes contrastés sur le plan des villes
5. Les grands problèmes de santé environnementaux en France

B. Quelle approche interministérielle de la prévention sanitaire ?

1. Faire de la médecine du travail un acteur à part entière de la politique de prévention sanitaire
2. Un nouvel élan mené par les instances communautaires : la mise en place d'une véritable « stratégie communautaire » en santé et sécurité au travail
3. Des réformes nationales de grande ampleur récemment entreprises... ou à entreprendre
4. Le programme national nutrition santé (PNNS), un outil plurisectoriel instaurant une politique novatrice de prévention nutritionnelle
5. Une démarche de programmation territorialisée

Bibliographie

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

A. 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

1. La LPSP organise une nouvelle gouvernance pour le système de santé : entre rationalisation et régionalisation
2. 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 ?
3. Les autres outils mis en place par la LPSP en vue de renforcer la prévention

B. L'implication croissante de la DGS en faveur de la prévention

1. D'une démarche ciblée : les exemples du pilotage par la DGS des états généraux Alcool et de l'élaboration de la stratégie d'actions santé précarité (SASP)...
2. ... à une démarche plus globale : le récent pilotage par la DGS des états généraux de la prévention

Bibliographie

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

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

1. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), un acteur majeur dans la promotion de la santé
2. La Haute Autorité de santé
3. Les organismes nationaux de sécurité, de veille et d'alerte sanitaires : missions et compétences d'un dispositif novateur
4. Les sociétés savantes reconnues par l'Ordre national des médecins

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

1. Une profusion de recommandations susceptible d'engendrer une balkanisation des connaissances
2. 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
3. Mobiliser les compétences d'auto-soins : la mise en place d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique du patient (ETP)

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

1. Les études commanditées par la DGS
2. Autres études
3. État des lieux des dépistages, des examens systématiques et des mesures de prévention prévus par des mesures législatives ou réglementaires. Étude de la Société française de santé publique pour la CNAM-TS en 2004
4. Expérimentations

Bibliographie

Projets territoriaux de santé et professionnels de santé de premier recours

A. Approche des projets locaux de sante : une stratégie reconnue, l'absence d'un cadre de référence

1. Une stratégie mise en avant au niveau international
2. Des définitions non stabilisées
3. Des dispositifs contrastés émergeant à différentes politiques en France
4. Des dispositifs cloisonnés, une connaissance défailante

B. Projet local de santé et professionnels de santé : le rendez-vous manqué

1. Les professionnels de santé, absents des politiques de prévention territorialisées
2. Des professionnels de santé peu convaincus de leur rôle concernant les mesures axées sur le comportement
3. Une activité préventive repérée dans la lutte contre les facteurs de risque

C. L'émergence d'un cadre de référence

1. Des expériences prometteuses mais isolées et qui ne permettent pas de bâtir un socle commun
2. Des lignes de force qui se dégagent
3. Des obstacles avérés

D. Recommandations

1. Inscrire les projets locaux de santé dans les dynamiques territoriales locales
2. Concevoir le niveau local comme un « territoire de projet »
3. Reconnaître les élus locaux comme chefs de file des projets locaux de santé dans le cadre d'une contractualisation avec l'ARS
4. Une logique de pérennisation
5. Identifier une fonction d'animateur territorial de santé placée sous l'autorité des élus

6. Préciser la contribution spécifique au projet local de santé des professionnels dans le cadre d'une convention pluripartite
7. Organiser une représentation des professionnels de santé participant au processus du projet local de santé
8. Organiser l'appui aux projets locaux de santé au niveau régional
9. Réguler, planifier et évaluer les projets locaux de santé au niveau régional
10. Impulser, mettre en cohérence au niveau national
11. Faciliter les conditions d'implantation

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-maladie des travailleurs salariés
CNAF : Caisse nationale des allocations familiales
CNS : Conférence nationale de santé
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
CSPRP : 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
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRTEFP : Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GRSP : Groupement régional de santé publique

HAS : Haute Autorité de santé

HCSP : Haut Conseil 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

PNNS : Plan national nutrition 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

Bibliographie

Général

Analyse et évaluation des interventions en santé (ANÉIS)/GETOS, «Le développement des communautés : une stratégie d'actualisation de la mission des CSS», vol. 5, n° 1, février 2008.

Commission des comptes de la Sécurité sociale, «Les relations entre l'État et l'assurance-maladie», rapport de Mme Rolande RUELLAN, conseiller maître à la Cour des comptes, décembre 2002.

www.lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000002/0000.pdf

Conférence nationale de santé, «Les voies d'amélioration du système de santé français», premier avis de la CNS, 22 mars 2007.

Conseil de la science et de la technologie, «Défi efficacité du système de santé. Stratégie de recherche et d'utilisation des connaissances», Québec, 2007.

Cour des comptes, *Sécurité sociale 2006, rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale*, La Documentation française, 2006.

www.ccomptes.fr/CC/documents/RELFSS/RapportSecuriteSociale2006.pdf

Cour des comptes, *La Sécurité sociale. La préparation à la certification des comptes de la Sécurité sociale*, deux volumes, La Documentation française, 2006.

Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, La Documentation française, 2007.

DGS, «Étude épidémiologique sur la BPCO», rapport final de novembre 2007.

DGS, DREES, *Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*, ministère de la Santé et des Solidarités, décembre 2005.

Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), *Indicateurs transversaux de santé publique dans les régions de France*, collection «Les études du réseau des ORS», 2007.

Haut Conseil de la santé publique, *Le dossier médical personnel, Actualité et dossier en santé publique*, La Documentation française, n° 58, mars 2007.

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM), «Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie», juillet 2007.

www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/rapport_2007.pdf

Haute Autorité de santé, *Rapport d'activité 2006*, 2007.

Institut de veille sanitaire (InVS), *Surveillance des urgences*, Collection « Surveillance sanitaire des urgences et des décès », résultats nationaux 2004-2007, réseau Oscour (organisation de la surveillance coordonnée des urgences), décembre 2007.

Institut de veille sanitaire (InVS), « Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance, 1996-2005 », mars 2007. www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_vih/index.html

Institut de veille sanitaire (InVS), *Rapport annuel 2005 – Surveiller, alerter, prévenir*, 2007.

Laboratoire GlaxoSmithKline, « Pour des droits et des devoirs en matière de santé », *Débat Avenir de la Santé*, n° 12, décembre 2007-janvier 2008.

LEURQUIN B., *Le projet partagé de santé, d'action sociale et médico-sociale des territoires de développement*, La Documentation française, collection « services et territoires », août 2007.

Mutualité sociale agricole (MSA), (équipe projet : Joëlle DEVOS, Matthieu GENEST, Frédéric MOMYKALA, Dr Vincent VAN BOCKSTAEL), *Les ateliers d'éducation thérapeutique. Une nouvelle relation soignants : soignés*, DVD, décembre 2007.

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, *La Santé observée dans les Pays de la Loire*, ORS, Nantes juin 2007.

Société française de santé publique (SFSP), « Bases de la transition épidémiologique », sous la direction du Pr GREMY, 2002.

Professionnels

Baromètre Ipsos Santé, « Les Français et leur pharmacien », rapport d'étude, janvier 2008. www.ipsos.fr/CanalIpsos/attachment/2427-3-enquete-86.pdf

CEMKA-Eval, « Médecins généralistes acteurs clés de la santé publique : leurs implications actuelles, les difficultés, les attentes », étude commandée pour la Direction générale de la santé (DGS), décembre 2006.

Confédération nationale des syndicats dentaires, *Convention dentaire nationale 2006 : mode d'emploi*, février 2007.

Conseil national de l'ordre des médecins, *L'Atlas de la démographie médicale en France*, Ordre national des médecins, juin 2007.

Conseil national de l'ordre des médecins, *Démographie médicale française – Les spécialités en crise. Situation au 1^{er} janvier 2006*, brochure annuelle, n° 39-2, février 2007.

Cour des comptes, *Les personnels des établissements publics de santé. Rapport public thématique*, La Documentation française, mai 2006.

Haute Autorité de santé en collaboration avec l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS), « Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé », rapport d'étape, janvier 2007.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_etape_cooperation.pdf

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*, 2004.

Mutualité sociale agricole (MSA), (équipe projet : Christine DECHENES-CEARD, Sophie GOSSELIN, Arnaud DE LA SEIGLIERE, Cécile ONILLON, Frédéric POMYKALA, Aïcha SALOME, Isabelle SAPORTA, Nathalie SCARCELLA, Cynthia TISSON), *La pluridisciplinarité en santé. Une autre façon d'exercer*, DVD, décembre 2006.

Organisation mondiale de la santé (OMS, WHO), *Le développement d'une pratique pharmaceutique centrée sur les soins aux patients*, manuel, Genève, édition 2006.

Prévention

AULAGNIER M. (ouvrage collectif), « 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*, vol. 38, n° 4, octobre-décembre 2007.

BATAILLON Rémy, « Vers une consultation médicale de prévention... », *Santé publique*, n° 1, mars 2006.

Commission d'orientation de prévention présidée par le Dr Jean-François Toussaint, « Stratégies nouvelles de prévention », rapport d'étape, ministère de la Santé et des Solidarités, 15 décembre 2006.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000706/0000.pdf>

DREES, « L'IRDES a isolé trois catégories de prévention », *Études et résultats*, n° 504, juillet 2006.

JOURDAIN-MENNINGER Danièle et LIGNOT-LELOUP Mathilde, « Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire », rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), janvier 2003.

PAW C. (URML du Nord-Pas-de-Calais), « La médecine libérale dans les dispositifs locaux de santé publique, diplôme universitaire méthodes et pratiques en santé publique », 2004 (non publié).

Travail, environnement

AUBIN Claire, PÉLISSIER Régis, DE SAINTIGNON Pierre, *Le bilan de réforme de la médecine du travail*, rapport de l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales (Igas), octobre 2007.

BERNARD P., BERNARDE A., LABORDE L., MALENFER M., VAXELAIRES S., *Faits et chiffres 2006*, Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, édition INRS.

COUNIL Émilie, DANIAU Côme, ISNARD Hubert, *Étude 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)*, Institut de veille sanitaire, DIADEIS, décembre 2007.

DELLACHERIE Christian, *L'avenir de la médecine du travail*, Éditions des Journaux officiels et Rapports du Conseil économique et social, 2008.

GOSSELIN Hervé, *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, janvier 2007.

LE GARREC Jean, *Ne plus perdre sa vie à la gagner : 51 propositions pour tirer les leçons de l'amiante*, Documents d'information de l'Assemblée nationale, n° 2884, 2006.

Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, Direction des relations du travail, «Conditions de travail – Bilan 2005», (non publié).

Ministère de la Santé et de la Protection sociale, ministère de l'Écologie et du Développement durable, ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère délégué à la Recherche, «Santé environnement – Franchir une nouvelle étape dans la prévention des risques sanitaires liés à l'environnement – Plan national 2004-2008», 21 juin 2004.

MOMAS I., CAILLARD J.-F., «Évaluation à mi-parcours du Plan national santé environnement», rapport du Comité d'évaluation, juillet 2007.

Syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST), «Pour une nouvelle prévention en santé au travail», février 2008.

Nutrition

Institut national de veille sanitaire (InVS), université de Paris XIII, Conservatoire national des arts et métiers, *Étude nationale nutrition santé (ENNS) – Situation nutritionnelle en France en 2006*, DIADEIS, Paris, décembre 2007.

«Plan national Nutrition Santé 2006-2010» (PNNS), 12 novembre 2007.

Cancer

Institut de santé au travail du nord de la France, «Cancer et emploi : Quelles aides – quels droits dans le Nord-Pas-de-Calais?», 2006.

Institut national du cancer, «La situation du cancer en France en 2007», juillet 2007.

Institut national du cancer, *Rapport scientifique 2005-2007*, collection «Rapport & synthèse», octobre 2007.

PATY A.C., ANCELLE-PARK Rosemary, BLOCH J., «Dépistage du cancer du sein. Rapport d'évaluation du suivi épidémiologique. Données 2004», INVS, France Repro, mai 2007.

Personnes âgées

Cour des comptes, «Les personnes âgées dépendantes», rapport public particulier, novembre 2005.

LEVESQUE J.-F. et BERGERON P., «De l'individuel au collectif : une vision décroisée de la santé publique et des soins», *Rupture*, 2003.

Mutualité sociale agricole (MSA) (équipe projet : Vincent VAN BOCKSTAEL, Joëlle DEVOS, Cécile ONILLON, Frédéric POMYKALA, Jacques PORTIER.), *Les ateliers du bien vieillir MSA – Ce sont eux qui en parlent le mieux*, DVD, octobre 2006.

Scolaire

BROUSSOULOUX Sandrine, HOUZELLE-MARCHAL Nathalie, *Éducation à la santé en milieu scolaire – Choisir, élaborer et développer un projet*, INPES, octobre 2006.

Ville

Association nationale des villes pour le développement de la santé publique, «Le maire et le psychiatre : ensemble pour la santé mentale», *Actes de la journée d'étude de Grenoble*, 13 mars 2007.

Élus, Santé publique & Territoires, «Premières rencontres des Villes pour la santé publique», mercredi 23 novembre 2005.

HAAS Sandrine et VIGNERON Emmanuel, *Les villes moyennes et la santé*, La Documentation française, 2008.

JAKOWLEFF A., LANEYRIE J.M., *Ateliers Santé Ville – Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, Délégation interministérielle à la Ville, septembre 2007.

Ministère du Logement et de la Ville, *Observatoire national des zones urbaines sensibles*, rapport 2007.

Nord-Pas-de-Calais

Agence de développement et d'urbanisme de Lille Métropole, «La santé dans le quartier prioritaire de l'arrondissement de Lille», décembre 2005.

Agence de développement et d'urbanisme de Lille Métropole, «Indicateurs sociaux et urbains de l'arrondissement de Lille», décembre 2005.
agence@lille-metropole-2015.org

Assurance-maladie, «Cartographie de l'offre de soin».
www.carto.assurance-maladie.fr

CHESNEL Hélène, DANG René, DE HEDOUVILLE Jean, FRÈRE Stéphanie, GRANIER Christophe, HUGON Sylviane, LATIMIER Denis, *Atlas régional de la Santé du Nord-Pas-de-Calais 2008*, DRASS, URCAM, ARH, 1^{er} trimestre 2008.

DRASS, « Carte interactive de l'offre médicale 2007 ».
www.nord-pas-de-calais.gouv.fr/statistiques/carte_interactive/index.html

INSEE, « Recensement, regards sur les quartiers en Nord-Pas-de-Calais », novembre 2007. www.insee.fr

ORS Nord-Pas-de-Calais, « Indicateurs territoriaux de santé ».
www.orsndpc.org

ORS Nord-Pas-de-Calais, « Indicateurs statistiques par territoire ».
www.orsndpc.org

ORS Nord-Pas-de-Calais, « Atlas des professions médicales et paramédicales ; indicateurs statistiques par territoire ; indicateurs territoriaux de santé ».
www.orsnpdc.org

ORS Nord-Pas-de-Calais, *Atlas des professions de santé*, 2005.

Remerciements

Pr Didier HOUSSIN, directeur général de la santé

Membres de l'équipe de la mission

M. Michel BONAMY, administrateur civil, rapporteur

Mlle Audrey GARCIA-VIANA, Prép'ENA Paris I-ENS, revue de littérature et rédaction des annexes

Mme Patricia GARNIER, adjoint administratif principal, appui secrétariat à la rédaction du rapport

Mlle Juliana M'DOIHOMA, Prép'ENA Paris I-ENS, revue de littérature et rédaction des annexes

Dr Françoise SCHAETZEL, inspectrice de l'IGAS, contribution spécifique concernant les approches territoriales de santé

Contributeurs nationaux (par ordre alphabétique)

Mme Ghislaine ALAJOUANINE, président-directeur général SOS Santé

M. Étienne APAIRE, délégué Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie

M. François BARASTIER, chef de cabinet, Direction générale de la santé

Dr Saïda BARNAT, nutritionniste toxicologue, Agence pour la recherche et l'information en fruits et légumes frais

Dr Édouard BIDOU, directeur innovation et développement, groupe Prévoir

Dr Claudine BLUM BOIGARD, médecin conseil national, Régime social des indépendants (RSI)

Dr Jean-Marie BOURRE, membre de l'Académie nationale de médecine

Dr Claude BRONNER, président du comité directeur national Espace généraliste

M. Jacques CARTIAUX, directeur régional DRASS Aquitaine (ancien DSDS de Guyane)

Dr Véronique CHABERNAUD, consultante en promotion de la santé et de la vitalité, société Créer la vitalité

Dr Laurent CHAMBAUD, inspecteur IGAS

Mme Françoise COATMELLE, directrice DRASS Pays de la Loire

M. Jean-Denis COMBREXELLE, directeur général de la Direction générale du travail, ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité

Mme Caroline CROUZIER, directeur régulation économique et veille stratégique, laboratoire GlaxoSmithKline

Mme Sophie DELAPORTE, directrice générale adjointe de la santé, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, DGS

Mme Sophie DELBENDE, relations institutionnelles, laboratoire Roche

Dr Patrice DEVILLERS, président de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine

M. Nicolas DION, président de l'Union nationale des sociétés étudiantes mutualistes régionales (USEM)

Dr Laurent EL GHOZI, président des Élus santé publique et territoires (ESPT), Association nationale des villes pour le développement de la santé publique

Dr Annabelle DUNBAVAND, conseiller médical du directeur général de la Mutualité française

M. Benoît ELLEBOODE, président de l'Inter Syndicat national des internes des hôpitaux (ISNIH)

M. Julien EMMANUELLI, délégué Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie

M. Claude ÉVIN, ancien ministre, président de la Fédération hospitalière de France

M. Vincent FIGUREAU, chef du département des relations extérieures à la Mutualité française, direction des affaires extérieures,

Mme Pascale FLAMANT, directrice générale de l'Institut national du cancer (INCa)

M. Étienne FROMMELT, président de l'association FAMIDAC

Mme Yvonne GLANDDIER, présidente de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS)

Dr Alain GRUBER, président national de la Confédération française de l'encadrement – CGC, Syndicat général des praticiens conseils des organismes de sécurité sociale

M. David GRUSON, enseignant en questions sociales, Institut d'études politiques Paris et Paris-I Sorbonne

Dr Michel HANNOUN, directeur des études Servier monde

Mme Sylvie HENON, présidente de Entreprise et Prévention, producteurs de boissons pour la prévention du risque alcool

Dr Élisabeth HUBERT, ancien ministre, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)

Dr Irène KAHN-BENSAUDE, présidente du conseil national de l'Ordre des médecins, section Santé publique

M. Philippe LAMOUREUX, directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Pr Thierry LANG, professeur à la faculté de médecine de Toulouse, université Paul-Sabatier, Haut conseil de santé publique (HCSP)

Dr Martine LEQUELLEC-NATHAN, directrice générale adjointe de l'INCa

M. Daniel LENOIR, directeur général de la Mutualité française

Pr François LHOSTE, président de la Société française d'économie de la santé, professeur à l'université René-Descartes – Paris-V

M. Dominique LIBAULT, directeur, Direction de la sécurité sociale, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

M. Didier LIGNIER, président de la société NCS – Networks & Communications Systems

Mme Bernadette MALGORN, présidente, préfète, secrétaire générale du ministère de l'Intérieur et présidente de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles

M. Charles MAZEAUD, président de l'Association nationale des étudiants en médecine (ANEMF)

M. Pierre MÉHAIGNERIE, ancien ministre, président de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale

Dr Matthieu MÉREAU, membre de la Conférence nationale de santé

M. Laurent MICHEL, délégué général de l'Union nationale des sociétés étudiantes mutualistes régionales (USEM)

Dr Jean-Claude MICHEL, président de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD)

M. Pierre MIRABAUD, préfet, délégué interministériel à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIAC)

Dr Philippe MOST, président de l'association EPODE

M. Jean-Louis NEMBRINI, directeur général, ministère de l'Éducation nationale, Direction générale de l'enseignement scolaire

Dr Martial OLIVIER-KOEHRET, président MG France (syndicat des médecins généralistes)

Dr Jean PARROT, président du conseil national de l'Ordre des pharmaciens

M. Jacques PÉLISSARD, président de l'Association des maires de France (AMF)

Mme Annie PODEUR, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

M. Fabien QUEDEVILLE, président du Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG)

Mme Sandrine RAFFIN, codirectrice Epode European Network

M. François ROMANEIX, directeur général, Haute Autorité de santé (HAS)

Mme Rolande RUELLAN, présidente de la 6^e chambre de la Cour des comptes

M. Christian SAOUT, président de la Conférence nationale de santé et représentant des usagers CISS

M. Yves-Laurent SAPOVAL, délégué à la Délégation interministérielle à la ville

Dr Marc SCHOËNE, président de l'institut Renaudot (association spécialisée dans l'action dite de santé communautaire)

Dr Arnaud de la SEIGLIÈRE, médecin conseiller technique national, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)

M. Stéphane SEILLER, directeur du risque professionnel à la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS)

Dr Michel TAHON, dentiste, conseil CNAM

Dr Xavier TARPIN, membre du comité directeur national Espace généraliste

Pr Jean-François TOUSSAINT, président de la commission spécialisée prévention et déterminants de santé du Haut conseil de santé publique (HCSP)

M. Alain TRUGEON, membre du HCSP

Pr Guy VALLANCIEN, secrétaire général du Conseil national de la chirurgie

Dr Vincent VAN BOCKSTAEL, médecin, conseiller technique national à la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)

M. Frédéric VAN ROECKEGHEM, directeur général de la Caisse d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS) et UNCAM (Union des caisses d'assurance-maladie)

M. Gérard VINCENT, délégué général, Fédération hospitalière de France

Dr Françoise WEBER, directeur général de l'Institut de veille sanitaire (InVS)

M. Jean-Claude WESTERMAN, directeur régional de la DRASS Nord-Pas-de-Calais

Contributeurs en région Nord-Pas-de-Calais (par ordre alphabétique)

M. Mohammed ABDELATIF, président de l'URCAM (Union régionale des caisses d'assurance-maladie), vice-président du CA du GRSP (Groupement régional de santé publique)

M. Michel AUTÈS, vice-président du conseil régional du Nord-Pas-de-Calais

Dr René BAES, médecin, maison médicale Ambroise-Paré

Mme Marie-Laure BALMES, directrice régionale, direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

Dr Alain BARDOUX, médecin généraliste

M. Bernard BAUDOUX, membre du GRSP

Dr Élisabeth BAUDRY, responsable du service Santé publique et prévention, DRASS Nord-Pas-de-Calais

M. Alain BIENVENU, vice-président du Syndicat régional des maisons de santé privées

Mme Denise BOCQUILLET, adjointe au maire d'Arras

Mlle Ludivine BOULENGER, coordinatrice du programme de santé territorial de l'Artois, conseil général du Pas-de-Calais

Mme Dorothée BUSSIGNIES, chargée de mission à l'Union régionale des caisses d'assurance-maladie (URCAM) Nord-Pas-de-Calais

Mme Marie-Josée CABANEL, directrice du centre hospitalier de Béthune

Mme Églantine CAMUS, chargée de mission, coordinatrice atelier santé ville, Direction de la prévention, de la parentalité et du partenariat avec la justice

M. Daniel CANEPA, préfet de la région Nord-Pas-de-Calais, président du GRSP

M. Michel CARON, membre du GRSP

M. Jean-Luc CHAGNON, vice-président du conseil général du Nord

M. Jean-Pierre CHIRAT, directeur régional, membre du GRSP, direction régionale de la protection judiciaire de la jeunesse

Mme Murielle DAMIENS, coordinatrice du programme territorial de santé, centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer

Dr Régis DE BACKER, directeur SARL QUALIPHARMA

Mme Geneviève DECOCQ, présidente régionale Mutualité sociale agricole (MSA) du Pas-de-Calais

M. Bruno DELAVAL, directeur de l'Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux (URIOPSS)

Dr Guy DELERUE, médecin DRDJS (direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports)

M. Jean DELOBEL, président du conseil d'administration de l'établissement public de santé mentale de Bailleul

Dr Alain DELORY, médecin, maison médicale Ambroise-Paré

M. Michel DEMARTEAU, responsable du secteur Prévention et promotion de la santé, Observatoire de la santé du Hainaut

Dr Paul DENEUVILLE, médecin URMEL (Union régionale des médecins exerçant à titre libéral) Nord-Pas-de-Calais

M. Gérard DEPADT, président comité départemental de la Ligue contre le cancer

Mme Caroline DEPAUW, chargée de mission URMEL Nord-Pas-de-Calais

M. Dominique DEROUBAIX, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais

Mme Concetta DESCAMPS, infirmière, coordonnatrice Saturnisme DDASS (direction départementale des affaires sanitaires et sociales) du Nord

M. Jean-Luc DESMET, directeur départemental, DDASS du Pas-de-Calais

M. Albert DESPRÉS, vice-président du conseil général du Nord

Mme Marie-Françoise DONNAINT, administrateur URCAM (Union régionale des caisses d'assurance-maladie)

M. François DONNAY, directeur Mutualité sociale agricole (MSA) du Pas-de-Calais

M. Bernard DUBREUIL, recteur de l'académie de Lille

Dr Martine DUMONT, médecin inspecteur de santé publique DRASS Nord-Pas-de-Calais

Dr Marylène FABRE, médecin inspecteur de santé publique DDASS Nord

Dr Gina FLORY-BOUBERT, médecin, maison médicale Ambroise-Paré

Pr Pierre FONTAINE, coordonnateur, centre hospitalier universitaire de Lille

Pr Jean-Paul FRANCKE, doyen de la faculté de médecine de Lille

Pr Paul FRIMAT, chef du service de médecine et pathologie du travail, université Lille 2, Institut de santé au travail du Nord de la France (ISTNF)

Pr Daniel FURON, président ISTNF

Dr Magloire GNANSOUNOU, médecin pédiatre, centre hospitalier de Sambre Avesnois

Mme Carole GRARD, sous-directrice CPAM de Lens

Dr Pierre GRAVE, médecin généraliste, coordinateur hospitalisation à domicile – ADMR fédération du Pas-de-Calais

Mme Isabelle GUILLOTON, inspectrice DRASS du Nord-Pas-de-Calais, service Santé environnement

Pr Jean-Marie HAGUENOER, président du comité régional d'éducation pour la santé (CRES)

M. Pierre HENNINOT, président, membre de la caisse régionale d'assurance-maladie (CRAM)

M. Gilles HOSSEPIED, coordonnateur DDASS Nord, pôle santé social, programme territorial de santé de Valenciennes

M. Robert HOUZÉ, vice-président de l'Union fédérale des consommateurs UFC-Que Choisir

M. Olivier LACOSTE, président de l'observatoire régional de santé du Nord-Pas-de-Calais

Dr Christian LAHOUTE, médecin inspecteur régional de la santé DRASS Nord-Pas-de-Calais

Mme Bernadette LAURENT, médecin du travail, association Artois Lys santé Travail (ALSET) Béthune

Dr Christine LEMAIRE, médecin diabétologue, association PREVART

M. Raymond LE MESTRE FRENNA, responsable «développement-santé», conseil régional du Nord-Pas-de-Calais

M. Alain LECHERF, ancien directeur général de l'hôpital d'Arras

M. Didier LEFEBVRE, directeur territorial en charge de la santé, mairie de Roubaix

M. Michel LEFÉVÈRE, directeur AISTLL, santé au travail, médecine du travail

M. Philippe LEMAIRE, directeur régional adjoint, direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP)

M. Bernard LOBET, attaché territorial, conseil régional du Nord-Pas-de-Calais

M. Daniel LUDWIKOWSKI, responsable du service DRASS Nord-Pas-de-Calais, service Santé environnement

M. André LURSON, trésorier du CRES du Nord-Pas-de-Calais

Dr Nathalie MACKOWIACK, médecin URMEL Nord-Pas-de-Calais

Mme Fatiha MERCHI, CRAM Nord-Picardie

Dr Bernard MIELCAREK, médecin, maison médicale Ambroise-Paré

M. Laurent MOREAU, colonel, service départemental d'incendie et de secours

M. Thierry MOUDJEB, coordonnateur du programme territorial de santé de Lens, centre hospitalier Docteur Schaeffer

Dr Brigitte PAMART, médecin du travail, usine Renault DOUAI, service médical usine Besse

Dr Philippe PARADIS, médecin, centre hospitalier de Sambre Avesnois, département de santé publique

M. Francis PARENT, président mutuelle Prévêa

M. Michel PASCAL, directeur régional de la direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) et de la direction régionale de l'environnement (DIREN)

M. Daniel PERCHERON, président du conseil régional du Nord-Pas-de-Calais

M. Sébastien PLOCINICZAK, directeur de cabinet, centre administratif Les Grands Bureaux

M. Pierre PRUEL, directeur départemental, DASS Nord

M. Henri Pierre RADONDY, directeur CRAM Nord-Picardie

Mme Bénédicte RAULT, chargée de mission DRASS Nord-Pas-de-Calais

M. Jean-Marc REHBY, président URMEL Nord-Pas-de-Calais

Dr Monique ROMON, professeur à la faculté de médecine de Lille, université Lille 2 droit et santé

M. Olivier ROVÈRE, coordinateur du programme territorial de santé de Lille, DDASS du Nord, service Politique de développement social

M. Michel SAINJEAN, directeur interrégional, direction interrégionale des services pénitentiaires

M. Jean-Claude SCHOUTETEN, adjoint au maire de Tourcoing, vice-président GRSP

M. Charles SERRANO, directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance-maladie (URCAM)

Mme Dominique STEKELOROM, chargée de mission, conseil général du Pas-de-Calais

Mme Sylviane STRYNCKX, sous-directrice URCAM du Nord-Pas-de-Calais

M. Jean-Marie THÉPOT, directeur régional de la jeunesse et des sports

Dr Michel VACONSIN, médecin maison médicale Ambroise-Paré

Pr Anne VAMBERGUE, professeur au centre hospitalier universitaire de Lille

Mme Danièle VAN BERKEL, secrétaire générale de l'Institut de santé au travail du Nord de la France (ISTNF)

M. René VANDIERENDONCK, maire de Roubaix

Mme Michelle VANHOENACKER, membre du groupe de suivi du programme régional de santé et des jeunes, rectorat

Dr Élisabeth VANNELLE, médecin généraliste, URMEL Nord-Pas-de-Calais

M. Pierre Alain VASSEUR, président de la Mutualité française du Pas-de-Calais

Dr Élisabeth VÉRITÉ, médecin inspecteur de santé publique DRASS Nord-Pas-de-Calais

Dr Brigitte WEENS, médecin scolaire de l'Éducation nationale, conseiller technique inspection académique

M. Jean-Philippe WILLEM, directeur adjoint du centre hospitalier de Roubaix

Mme Véronique YVONNEAU, directrice régionale adjointe DRASS Nord-Pas-de-Calais

Contributeurs en région Guyane
(ordre alphabétique)

Mlle Wilmina ALFRED, secrétaire au centre de santé de Maripasoula
M. Oskon ALIMAN'HE, agent de santé au centre de santé de Maripasoula
M. ALOIKE, capitaine du village de Twenké des Wayanas
M. AMAIPOTIT, Grand Man amérindien, communauté des Wayanas
Mme Liliane ASSABAL, aide-soignante au centre de santé de Maripasoula
Mme Chantal BERTHELOT, députée de Guyane (2^e circonscription)
M. Vincent BERTON, directeur de cabinet du préfet de région de Guyane
M. Pascal BONNET, chef de projet adjoint à la Croix-Rouge française
Mlle Daphné BOREL, directrice SAMU social de Cayenne
Mme Josiane CASTOR-NEWTON, présidente, directrice conférence régionale de santé, observatoire régional de santé
M. Pierre DÉSSERT, président du conseil général de la Guyane
Dr Yves-Marie DUCROT, médecin référent centre de santé de Maripasoula
Dr Gérard EGMANN, chef de service, unité médicale SAMU SMUR Cayenne, centre hospitalier André-Rosemon
M. Jean-Marie ELAHE, référent Croix-Rouge française du Haut-Maroni, programme santé communautaire
Dr Jean-Marc FISCHER, directeur adjoint agence régionale de l'hospitalisation
Dr Jean-Michel FONTANELLA, président SAMU social de Cayenne
Dr Pierre GIBERT, conseil départemental de l'ordre des médecins
Dr Jean-Luc GRANGEON, directeur Direction de la santé et du développement social
Dr Michel JOUBERT, coordinateur médical départemental centres de santé
M. Emmanuel KISS de MONTGOLFIER, inspecteur, Direction de la santé et du développement social
M. Jean-Claude LAFLAQUIÈRE, préfet de la région Guyane
Mme Anne-Louise LEFURR-SAUVAGE, cadre de santé, centre de santé de Maripasoula
M. François MANSOTTE, ingénieur du génie sanitaire, Direction de la santé et du développement social de la Guyane
Mlle Nadège MARESCAUX, secrétaire, centre de santé de Maripasoula
Mme Julie MUSEMAT, infirmière SAMU social de Cayenne
M. Frédéric NAVET, directeur du centre médico-chirurgical de Kourou
M. OPOYA, capitaine du village de Talluen des Wayanas

M. Éric PAINSEC, chef de mission, programme santé communautaire Croix-Rouge française à Kourou

M. Pierre PAUCHARD, directeur général du centre hospitalier de Cayenne André-Rosemon

M. Sébastien PECKER, directeur adjoint chargé du centre de santé centre hospitalier de Cayenne André-Rosemon

M. Macuwé PIMKANI, piroguier volontaire, Croix-Rouge française

M. François PIQUET, sous-préfet, secrétaire général adjoint

Mme Rita RAMYAS, chauffeur-médiateur, SAMU social de Cayenne

Dr Ruffin RANDRIAMANANTENA, médecin au centre de santé de Maripasoula

Mme Sophie RODER, infirmière DE, centre de santé de Maripasoula

Dr André SPIEGEL, directeur de l'institut Pasteur de Guyane

Mme Christiane TAUBIRA, députée Guyane (1^{re} circonscription)

M. Amédi TIPONKIM, piroguier volontaire, Croix-Rouge française

M. Frédéric WACHEUX, recteur de l'académie de Guyane

Si l'auteur d'une contribution a été oublié, si une erreur de libellé est intervenue, qu'il trouve ici l'expression de toutes nos excuses.

ANNEXE 1

La prévention : définition, notions générales sur l'approche française et comparaisons internationales

La prévention fait partie de ces concepts dont nous avons tous une connaissance intuitive mais qui finalement posent 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 (A), 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 (B). Puis, afin de bénéficier des riches enseignements que peut apporter cet exercice, la prévention sera abordée de manière comparée (C).

A. 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.

1. 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 trois 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.

a. 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'incidence¹ 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.

b. Au tout début de la maladie : la « prévention secondaire »

Le but de la prévention secondaire est de diminuer la prévalence² 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.

c. 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.

2. 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.

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

À 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.*

¹ 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.

² 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.

- *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.
- *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...)

4. Vers une prévention globale ? La proposition du Pr 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 Pr San Marco au-delà de groupes spécifiques, cette prévention sélective tient aussi compte de la présence de facteurs de risque³. 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 thérapeutique⁴. 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 Pr San Marco.

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

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

5. 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.

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

1. 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 prévention⁵ 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.

a. 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.

⁵ Santé, pour une politique de prévention durable, IGAS, 2003.

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.

b. 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.

c. L'émergence de défis nouveaux et spécifiques pour la prévention

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.

2. ... 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

C. Approche comparée de la prévention sanitaire : les enseignements du *benchmarking*

1. 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.

a. 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.

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 ^{XX}^e 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.

b. 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 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 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.

2. 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 États 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 États 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 soutenue 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.

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. À cet effet, un livre vert de la Commission fut publié en octobre 2005⁶. Intitulé « *Améliorer la santé mentale*

⁶ 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

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 d'ores et déjà été menées dans les États, 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

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.

3. Finlande, province de 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 :

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.

- 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 a 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.

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

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.

a. Les bonnes pratiques en matière de santé au travail

• 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 GP2S⁷. 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.

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

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 d'ores 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\$

• ***Aux États-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'État du Nevada qui bénéficient ainsi d'un programme de promotion de la santé moyennant le paiement d'une surprime de 40 dollars sur leur mutuelle⁸. 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 continuelle les comportements les plus importants. Les responsables de ce programme considèrent que ce qui 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 Program⁹, 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).

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

⁹ Site Internet : <http://www.washoe.k12.nv.us/>

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**

WELCOA¹⁰, signifiant *WELlness COuncils of America*, est aux États-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 mesurées et sont du même ordre que celles de l'expérience du *WCSD Wellness program*.

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

• ***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 santé¹¹ dans les programmes et activités des élèves au quotidien qui de surcroît font la part belle aux activités scolaires et périscolaires.

• ***Aux États- 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 États-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

¹⁰ Site Internet : <http://www.welcoa.org/>

¹¹ Pour aller plus loin, le site suivant pourra utilement être consulté : http://www.info-finlande.fr/societe/education/article/Lhistoire_dun_succes.html

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* »¹² :

- 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.

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

- ***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

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

- 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* »¹³ 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 2007¹⁴.

- ***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 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 :

¹³ Il s'agit en fait d'un ensemble de trois DVD qui ne peuvent être prescrits que par le médecin traitant.

¹⁴ http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2007/Session2/Session2_2903_mat/R.%20Perreault.pdf



Par ailleurs, il est à noter que *Kino-Québec*¹⁵ 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 ».

d. 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)

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

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 CESS assuré 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
 - Site Internet de l'OMS : www.who.int/fr
 - www.gp2s.net/
 - www.washoe.k12.nv.us
 - www.welcoa.org
 - www.infofinlande.fr/societe/education/article/Lhistoire_dun_succes.html
 - www.healthiergeneration.org/default.aspx
 - 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 (A) pour ensuite en évaluer la mise en cohérence (B).

A. 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.

1. 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.

a. Les carences du modèle français de prévention des risques professionnels

- ***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.

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.

- ***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.

- ***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 a 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.

- ***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.

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'État, le juge administratif fait désormais de l'État 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.

b. Les nouveaux défis de la médecine du travail

- ***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...
- Éparpillement des responsabilités et cloisonnements.

- ***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.

- ***Le déficit de connaissances***

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.

2. 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, telles 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.

3. Éducation 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.

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

• 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 ».

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...).

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

• ***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.

À 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 ».

À 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 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. À 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. À 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.

- ***Modalités et actions de prévention des conduites addictives***

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^{er} 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.

• ***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.

- 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.

c. 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.

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). Élaboré 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.

4. 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.

a. Types spécifiques de surmortalité 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.

b. 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.
- À 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.

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.

5. 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.

a. 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)

b. 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 cancérogènes.
- 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.

B. Quelle approche interministérielle de la prévention sanitaire ?

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.

1. 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.

Élaboré 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.

2. 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...).

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. À cet égard, le *benchmarking* pourrait permettre de favoriser des progrès convergents dans les États 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.

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^{er} 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.

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.

3. 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.
- 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'État, 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.

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 (Île-de-France, Nord, Grand Est, Grand Ouest, Quart Sud-Est).

4. 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).

a. 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^{er} février 2007 sur tous types de supports publicitaires.

b. 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).
- 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.

À 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.

c. 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.

À 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.

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

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.

5. 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^e 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

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^{er} 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.

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

- ***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.

- ***Propositions formulées par le CNV***

- Rendre obligatoire un ASV au sein de chaque contrat urbain de cohésion sociale (CUCS).
- Insertion systématique des ASV dans les PRSP pour l'élaboration d'un véritable plan local de santé publique.

- ***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.

- ***Éléments 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'État sur cette question.

• ***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
- 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 cancérogènes, 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

« 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 :

- Établir 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.
- 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

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

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'Étude 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*, 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.

Éducation 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), *Éducation 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 et 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

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'évidence¹⁶. 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).

A. 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 prévention¹⁷ 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* ».

¹⁶ 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.

¹⁷ 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.

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

a. Une clarification des rôles et structures

- ***Réaffirmation du rôle de l'État comme garant de la protection et de l'amélioration de la santé***

Les différentes crises sanitaires auxquelles le pays a été confronté ont mis au jour la capacité quasi exclusive de l'État 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'État en la matière opéré par la LPSP qui affirme la primauté de l'État 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'État* ».

Remarque : Cette consécration du rôle de l'État 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'État en matière de santé publique.

- ***Simplification et clarification des fonctions d'expertise et de coordination au niveau national***

- ***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 national¹⁸ 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 :

¹⁸ 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.

- 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
- 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.

■ *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 interinstitutionnel 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.

• *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.

b. 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 Santé¹⁹ 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 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 (État, 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 population 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 cohérents par rapport aux divers plans

¹⁹ Ces Conférences régionales de santé avaient été créées par les ordonnances dites Juppé de 1996.

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).

Enfin, le PRSP est arrêté par le représentant de l'État (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'État, représenté par le préfet qui y rappelle le rôle de l'État 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 relation 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-maladie²⁰. En effet, les GRSP ont pour vocation de collaborer avec les missions régionales de santé, et avec les futures agences régionales de santé.

²⁰ Loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance-maladie.

2. 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.

a. 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 »

• 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'État) 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 adolescents²¹,
- 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 connaissances²² 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'État, étant toutefois entendu que pour ce faire, le partenariat de tous les acteurs de la santé est primordial.

²¹ La présence d'un tel thème témoigne de l'approche populationnelle qui a parfois prévalu dans la définition de ces objectifs pluriannuels de santé.

²² 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.

- ***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 évaluée 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 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.

b. Une nouvelle dynamique : ancrage et consécration de l'esprit de programmation stratégique

- ***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.

- ***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.

■ ***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.
- Mis en œuvre dès 2003, ce plan national comprend 70 mesures articulées autour de grands axes stratégiques
 - À 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)²³.

■ 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 GIP²⁴, 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 répond²⁵ 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...

²³ 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/htm/dossiers/cancer/plaquette_cancer.pdf.

²⁴ L'institut associe l'État et les acteurs de la lutte contre le cancer, professionnels de la santé, de la recherche, et représentants de patients.

²⁵ Accès au site Internet de l'INCa : www.e-cancer.fr.

■ *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 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 Tursz²⁶
 - 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 servirent de base à l'élaboration du Plan violence et santé, pour lequel une déclinaison régionale fut vivement recommandée.

■ *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 cancer²⁷ 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 :

Axes stratégiques	Principales mesures correspondantes
Permettre au malade de mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer	<ul style="list-style-type: none"> - distribution aux patients de cartes individuelles d’information et de conseils - ouverture d’un portail Internet sur les maladies chroniques - participation des associations de patients à la rédaction de programmes éducatifs et à l’élaboration de recommandations de pratique clinique
Élargir la pratique médicale à la prévention et à l’éducation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - intégrer l’éducation thérapeutique à la formation médicale - rémunération de l’activité d’éducation patient - favoriser l’intégration de nouveaux acteurs de prévention
Tout mettre en œuvre pour faciliter la vie au quotidien des malades chroniques	<ul style="list-style-type: none"> - développer un accompagnement personnalisé et de nouveaux métiers pour la coordination médico-sociale - favoriser le maintien du malade dans la vie professionnelle via la recherche d’aménagements concertés avec les employeurs - augmentation de l’offre de prise en charge à domicile - élargissement du champ de la PCH

²⁷ 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.

	(prestation de compensation du handicap) pour aider les parents atteints de maladies chroniques à s'occuper de leurs enfants
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"> - développement prévu pour 2008 d'une coordination nationale des données épidémiologiques - lancement du premier programme de recherche clinique sur la qualité de vie

■ *Le plan national pour l'amélioration de la prise en charge des maladies rares*

- Quelques chiffres
 - À l'heure actuelle, 7000 maladies rares²⁸ 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.
- 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.

■ *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 :

²⁸ On considère comme maladie rare celle qui atteint une personne sur 2 000 dans une population générale, soit moins de 30 000 personnes en France.

- 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.

3. 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'éducation 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

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'État 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).

B. 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'états 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.

1. D'une démarche ciblée : les exemples du pilotage par la DGS des états généraux (EG) Alcool et de l'élaboration de la stratégie d'actions santé précarité (SASP)...

a. les EG Alcool : un large débat citoyen

- ***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 imputables 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*.

→ 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 confondus²⁹.
- *La consommation régulière d'alcool des jeunes progresse.*

• ***Objectifs de l'organisation d'états généraux Alcool***

La décision de réunir dès le mois de septembre 2006 des états 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

²⁹ Le vin représente un peu plus de 60 % de la consommation totale d'alcool.

discussion à l'ensemble des citoyens, de faire de ces États 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.

- ***Le dispositif déployé en conséquence***

Afin d'associer les citoyens aux futurs choix de santé publique sur le thème de l'alcool, ces « États 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 régionaux³⁰.

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.

Un site Internet spécifique aux États 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.

À 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), et l'ouverture (ensemble de la population française a été invitée à participer aux débats).

³⁰ 26 forums régionaux eurent lieu, organisés par les DRASS.

b. 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 Études, de l'Évaluation 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* »³¹, 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 ;
- 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.

³¹ 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*.

2. ...à une démarche plus globale : le récent pilotage par la DGS des états généraux de la Prévention

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

Les états 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* »³².

« *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 États Généraux, au bénéfice de la santé de tous les Français.* »³³

b. Le dispositif / la démarche : entre expertise et concertation élargie

Afin de donner cette nouvelle impulsion à la prévention, la démarche retenue associa 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.

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.

³² Communiqué de presse du Ministre de la Santé (à l'époque Xavier Bertrand) en date du 11 septembre 2006.

³³ Communiqué de presse du Ministre de la Santé (à l'époque Xavier Bertrand) en date du 11 septembre 2006.

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*

c. 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.

➤ 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 15 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 final³⁴ remis fin novembre 2007 par l'ISPED³⁵ 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 établissements) dans le cadre d'une convention DGS/ASPBBD (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

³⁴ 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.

³⁵ ISPED : Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement.

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'État (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
- 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
- Édition du guide méthodologique « Éducation 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'Éduscol (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'Éducation 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. À 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.*

▪ **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'État (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

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

<p>Faciliter la mobilisation d'associations qui interviennent en prévention</p>	<p>- mise ne place d'une démarche qualité, simplification des modalités de financement, etc. (cf. mesure n° 15)</p>
--	---

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 états généraux de la Prévention
 - Arrêté du 12 juin 2006 portant création de la commission d'orientation des états 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, *États 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
- **Revues 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 États 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
 - INPES, *Éducation 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
- Site Internet de l'INCa : www.e-cancer.fr
- Site de l'INPES : www.inpes.sante.fr
- Site Internet des états généraux de l'alcool : www.etatsgenerauxalcool.fr
- Site de Légifrance : 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 (A), les professionnels de santé n'en demeurent pas moins submergés par un flot d'informations (B) et leur pratique en prévention fait l'objet d'études et d'expérimentations récurrentes (C).

A. 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.

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

Établissement public de l'État 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'État 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.

2. La Haute Autorité de 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 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.

3. 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^{er} 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'État.

a. 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 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^{er} 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'État, 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.

b. Un dispositif largement stratifié devenu confus

• **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'État placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Compétente dans les domaines de la greffe, de la reproduction, de 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'Établissement 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).

- ***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 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.

4. 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.

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

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.

1. 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.

a. L'exemple américain de l'US Preventive Services Task Force

Aux États-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 cardiovasculaires 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 colorectal
- 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

b. Les recommandations émises par la Haute Autorité de 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.

c. 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.

Le rapport établi par M. Étienne 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 ».

2. 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

a. 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.

b. 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 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 le 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.

3. Mobiliser les compétences d'auto-soins : la mise en place d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique du patient (ETP)

a. 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.

b. Comment réaliser l'ETP dès l'accord du patient ?

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

- élaborer 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.

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

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

1. Les études commanditées par la DGS

a. Étude 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, 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. Étude 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'État 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'État. 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.

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'État, 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'État 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.

c. Rapport sur la consultation périodique de prévention – Étude 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 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. Étude sur les dépenses de prévention en médecine générale³⁶

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 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). À 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

³⁶ R Cash, F Fagnani, X. Colin, P. Le Jeunne, M. Pechevis, O. Rollot. Les dépenses de prévention en médecin générale : une évaluation réalisée à partir d'une base de données de médecins généralistes. Journal d'Économie Médicale 2003 ; 21(6) : 377-89.

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 %.

3. État des lieux des dépistages, des examens systématiques et des mesures de prévention prévus par des mesures législatives ou réglementaires. Étude 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 ^e 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 prénuptiaux	Oui, quasi exclusivement
Diagnostic prénatal – examens prénatals	Oui, en partie
Examens néonataux	Non
Protection maternelle et infantile : certificats de santé 8 ^e jour, 9 ^e mois, 24 ^e 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 colorectal	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

4. 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 ;
- 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 colorectal, 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) 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.

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

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 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. Étienne CANIARD, avril 2002.

Études

- Étude CEMKA-Eval relative à la prévention pratiquée ou souhaitée par les médecins généralistes, décembre 2006.
- Étude 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.
- Étude 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
- www.has-sante.fr
- www.afssaps.sante.gouv.fr
- www.afssa.fr
- www.afsse.fr
- www.invs.sante.fr

ANNEXE 5

Note à l'attention de Monsieur le député André Flajolet Projets territoriaux de santé et professionnels de santé de premier recours

Dr Françoise Schaetzel

Membre de l'Igas

Dès 2002, le Haut Comité de la santé publique, faisant le constat de l'importance de la mortalité prématurée en France et du creusement des inégalités sociales et territoriales de santé propose, parmi d'autres mesures, de « prendre en compte les dynamiques territoriales, afin de favoriser une vision partagée, des actions transversales et de promouvoir des synergies de terrain ».³⁷

Les dispositifs territorialisés de santé se sont multipliés ces dernières années. Recouvrant des entités très différentes : réseaux de santé, initiatives locales associant social et santé, programmes territoriaux de santé au niveau d'une ville ou d'un pays, projets médicaux de territoire dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), ils défendent l'idée d'être plus proches des besoins de santé, de mieux répondre aux attentes des usagers, et veulent agir de façon plus globale en tentant de promouvoir des projets à composante multiple (soins et éducation thérapeutique, prise en charge et formation, soins et prévention...).

La création des agences régionales de santé (ARS) va imposer à court terme d'unifier les outils de mise en œuvre des politiques de santé, actuellement cloisonnés entre organisation des soins d'une part et plans ou programmes de santé publique d'autre part. Les rapports préparant la création des ARS³⁸ défendent l'idée de « projets territoriaux de santé » intégrant soins et prévention en lieu et place de « projets médicaux de santé » ciblant exclusivement les soins. Cette nouvelle perspective contraint à clarifier, au niveau d'un territoire, la place de la prévention, domaine partagé entre système de soins et mesures de santé publique et à préciser les contributions attendues du système de soins pour le développement de la prévention ainsi que les interfaces entre professionnels de santé et mesures de prévention développées par d'autres acteurs.

La présente note s'inscrit dans le cadre de la mission confiée par le premier ministre à Monsieur le député André Flajolet en date du 16 octobre 2007, mission portant sur les disparités territoriales de santé et les politiques de prévention sanitaire. Elle se propose d'apporter une contribution spécifique dans un domaine peu exploré jusqu'à présent et qui porte sur « les projets territoriaux et locaux de santé et les professionnels de santé de premier recours ». Il s'agit de traiter un sujet qui permet de faire le point sur une multitude d'initiatives en cours actuellement mais de façon dispersée et sans référence de pratiques.

En effet, la mise en synergie de professionnels de soins et d'autres acteurs œuvrant pour l'amélioration de la santé est facilitée par un ancrage territorial local, à condition que soient clarifiés les domaines d'intervention réciproques dans le cadre d'un projet affichant priorités et mode d'organisation³⁹.

³⁷ Haut Comité de santé publique (mars 2002), *La santé des Français*, 3^e bilan, collection « Repères », La Découverte.

³⁸ Ritter Philippe, (janvier 2008), *Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé*, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ; Bur Yves (février 2008), *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les Agences Régionales de Santé*, Assemblée nationale n°697.

³⁹ Les professionnels de soins dont il est plus particulièrement fait état sont les médecins généralistes. Ils sont en effet consultés annuellement par 75 % de la population et jouissent d'une forte légitimité auprès de la population.

A. Approche des projets locaux de santé : une stratégie reconnue, l'absence d'un cadre de référence

1. Une stratégie mise en avant au niveau international

Depuis l'évaluation d'un certain nombre d'expériences⁴⁰, il est aujourd'hui communément admis au niveau international que la façon la plus efficace pour améliorer la santé d'une population consiste à développer des mesures axées sur plusieurs facteurs de risque par opposition à celles axées sur des maladies particulières. Il est maintenant bien démontré que la santé est sous l'influence de différents facteurs dont la plupart échappe au système de santé proprement dit (contexte économique, social, environnemental...). Des gains de santé sont donc à trouver en combinant une politique de prévention avec une approche intersectorielle, c.-à-d. prenant en compte les impacts sanitaires de politiques publiques autres que celles s'inscrivant spécifiquement dans le champ de la santé. Ces nouvelles orientations se développent à différents échelons territoriaux mais sont considérées comme particulièrement efficaces si elles sont ancrées dans les territoires, au plus proche des populations.

Cette stratégie d'intervention est plus particulièrement mise en exergue pour lutter contre les disparités territoriales et sociales de santé⁴¹ d'une part et dans le cadre des maladies chroniques de l'autre (il est manifeste qu'un certain nombre de maladies chroniques telles que les maladies cardiaques, le cancer, les accidents cérébro-vasculaires ont en commun plusieurs facteurs de risque importants).

Outre les gains en terme d'état de santé d'une population, dont la démonstration fait appel à des études longues et coûteuses et demandent un temps de latence, les travaux se sont orientés également vers la démonstration d'obtention de résultats intermédiaires. L'idée qu'un projet local de santé est un indicateur de santé en lui-même s'étend, depuis la publication d'un certain nombre de travaux⁴².

2. Des définitions non stabilisées

Alors que se tient en avril 2008 le troisième « colloque international des programmes locaux et régionaux de santé » à Mons, en Belgique, il peut sembler paradoxal de constater qu'une définition concrète des projets locaux de santé ne puisse être avancée.

Le concept renvoie en effet à trois notions : celle de territoire, celle de plan, enfin, celle de santé.

Selon la finalité qu'on lui donne, le territoire peut être approché de multiples façons. En témoigne l'empilement de découpages quadrillant l'espace géographique. Les projets locaux

Simultanément, leur logique professionnelle, leur formation et leur mode d'exercice dominant représentent des freins importants dans le rôle qu'ils pourraient avoir en matière de prévention.

⁴⁰ Voir l'expérience menée par la Carélie du Nord en Finlande à partir des années 1970, qui a vu sa mortalité générale diminuer de 49 % en 25 ans (Puska et al. 1998), voir également les résultats observés en Belgique : réduction de 25 % de la mortalité imputable aux maladies cardio-vasculaires et de 18 % de la mortalité totale (Kornitzer et al. 1983), ainsi qu'en Italie et Pologne (OMS, 1989).

⁴¹ Une analyse faite à partir de 94 études portant sur la santé de groupes défavorisés concluait qu'il fallait agir en même temps sur le comportement personnel et les modes de vie favorisant la santé, mais également par des mesures apportant un soutien en articulant santé et social, enfin par l'accès aux services et aux prestations de base, dont font partie les services de santé mais également le logement, les conditions de travail..., UIPES, (2007), *L'efficacité de la promotion de la santé*.

⁴² L'exemple le plus souvent cité est celui d'une population locale ayant décidé la création d'un centre de santé ou maison de santé pour prévenir les problèmes de santé liés au chômage. Des chercheurs ont évalué que la mobilisation de la population reliée au projet avait eu un impact positif plus significatif sur la santé de la population que les services dispensés à la clinique Bélanger et coll., (2000) *Capital social, développement communautaire et santé publique*, Montréal, Association pour la Santé Publique du Québec, 223 p.

de santé se fondent sur des espaces suffisamment petits pour avoir une identité locale dans laquelle puissent se rencontrer populations et acteurs de terrain. En reprenant la typologie proposée par le CREDES (actuel IRDES), on est plus proche de la notion de « territoires de projets » s'appuyant sur l'initiative d'acteurs locaux ayant la volonté de travailler ensemble⁴³.

Le concept de plan local évoque un « processus, une démarche par laquelle la population d'un territoire à partir de son identité et selon les valeurs qu'elle juge prioritaires tente d'améliorer ses conditions de vie individuelles et collectives. Cette notion s'appuie donc sur l'idée de développement local, la dimension territoriale étant privilégiée par rapport à celles de la juxtaposition de personnes ayant des identités ou des intérêts différents⁴⁴.

La démarche s'inscrit dans le cadre de la santé et permet d'aborder la question d'une façon globale en ciblant la population dans son ensemble plutôt qu'une somme de groupes vulnérables. Le projet renvoie alors à différentes politiques publiques (logement, aménagement du territoire...) avec un accent particulier en ce qui concerne les politiques sociales, ainsi qu'aux soins, et à la prévention, chacune de ces dimensions étant plus ou moins développée selon les projets.

La notion de prévention est elle-même en cours de réactualisation, les concepts de prévention primaire, secondaire, tertiaire ne semblant plus suffisant pour rendre compte de l'évolution des pratiques et des acteurs mobilisés dans ce champ. Dans un travail souvent évoqué, l'IRDES a ainsi individualisé trois critères : les mesures de prévention collectives et individuelles à destination des bien-portants, les dépistages, la prise en charge des facteurs de risque et des formes précoces de maladies. Si les dernières relèvent quasi exclusivement du système de soins dans le cadre de mesures individuelles, les deux premières catégories comprennent des mesures sur les environnements et font appel à une approche intersectorielle (prise en compte des préoccupations de santé dans les politiques de logement, sécurité des déplacements, mesures d'hygiène...) mais misent également sur des mesures axées sur le comportement de l'individu et combinent approche individuelle (message portant sur l'hygiène alimentaire dans le cadre d'une consultation médicale par exemple) mais également collective (programme d'éducation pour la santé en milieu scolaire, groupes de paroles tendant à renforcer l'estime de soi par exemple). Se juxtaposent ainsi actions individuelles ou collectives, pratiquées par des acteurs multiples dont les professionnels de santé, souvent sans qu'il y ait eu préalablement clarification de l'intervention des uns et des autres.

Une typologie des actions de prévention selon l'IRDES

Les mesures de prévention collectives et individuelles à destination des bien portants comprennent :

- des mesures à visée environnementale : mesures d'hygiène, lutte contre les expositions professionnelles, logement...
- mesures axées sur les comportements : campagne de sensibilisation et de promotion de l'hygiène de vie : nutrition, exercice physique, campagne anti-tabac, éducation à la santé...
- actions réalisées dans le système de soins : vaccin, contraception, suivi de grossesses normale mais aussi planning familial, médecine scolaire, médecine du travail

Les dépistages concernent des actions servant à dépister la présence d'une maladie (examens bio, consultation de médecins), y compris visite de contrôle chez médecins et dentistes, suivi post partum, consultations pour motif socio-économiques...

Enfin le troisième critère rassemble

- les actions cherchant à réduire les facteurs de risque (HTA, obésité...) et à combattre les conduites addictives ou les comportements à risque (notamment sexuels)

⁴³ CREDES, (janvier 2003), *Territoires et accès aux soins*, rapport du groupe de travail.

⁴⁴ Infolettre, Évolution des pratiques de gestion et d'évaluation dans le domaine de la santé, (février 2008), *Le développement des communautés au cœur de la mission des centres de santé et des services sociaux (CSSS)*, volume 5, n°1.

- la prise en charge des formes précoces de maladie (surveillance de carcinomes in situ, traitement de primo-infection tuberculeuses) ou l'apparition d'un autre trouble connexe plus sévère : correction dyslexie, rééducation périnéale etc.

Cette classification se rapproche de celle de Gordon (1982) réactualisée récemment et qui distingue la prévention universelle, destinée à l'ensemble de la population et s'adressant d'abord aux bien portants, la prévention sélective destinée à des groupes de population ayant un risque significatif de développer un problème de santé, enfin la prévention indiquée qui prend en charge des personnes à haut risque ou présentant des signes précurseurs.

DREES, *Études et résultats*, n° 504, juillet 2006

3. Des dispositifs contrastés émergeant à différentes politiques en France

Les dispositifs territorialisés s'inscrivent pour l'essentiel dans trois politiques publiques : aménagement du territoire, politique de santé publique, politique d'organisation des soins.

La politique d'aménagement du territoire : un objectif de développement local avec la volonté de couvrir le secteur des soins et celui de la prévention

C'est la politique de la ville qui a été pionnière en la matière en France. Dès la fin des années 90, la prise en compte d'une dimension santé a été affichée, la stratégie à développer reposant sur les « ateliers santé ville » qui paraissent pour la première fois dans la réglementation en 2001. Ils s'inscrivent comme élément de développement local, sont présentés comme des outils de lutte contre les inégalités territoriales et mettent en situation de coresponsabilité l'État et les collectivités territoriales.

La méthode consiste à élaborer un projet de santé en micro-local, fondé sur une large concertation entre professionnels d'appartenance diverse ainsi qu'avec le milieu associatif et dans lequel la participation des habitants est considérée comme prioritaire⁴⁵. S'inscrivant d'abord dans le champ de la prévention, les ateliers santé ville revendiquent de pouvoir donner leur avis sur l'offre de soins tant hospitalière que libérale⁴⁶.

Des initiatives plus récentes ont ensuite émergées. Ainsi, la publication de la loi d'orientation et d'aménagement du territoire⁴⁷ permet l'émergence de « projets territoriaux de santé »⁴⁸ (projets de Saverne, plaine et plateau, Haut Nyonsais, agglomération havraise...)

Le contenu des projets concerne l'approche préventive et intersectorielle ainsi que l'amélioration voire la création de services y compris sanitaires (démographie des professionnels de santé, maintien à domicile etc.).

⁴⁵ Cette dimension, fondamentale pour tous les projets locaux de santé, ne sera pas traitée ici, la cible du travail portant sur le rôle des professionnels de santé.

⁴⁶ Voir (septembre 2007), avis du conseil national des villes sur les Ateliers santé ville.

⁴⁷ Voir la loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.

⁴⁸ Voir circulaire d'appel à projets relative à l'expérimentation des démarches locales partagées de santé et d'action sociales et médico-sociales dans le cadre des projets territoriaux de développement cosignée DHOS, DGS, DAS, et DATAR. Cette expérimentation a été retenue par le comité interministériel d'aménagement, de développement et de compétitivité des territoires en date du 16 avril 2003 avec un budget prévisionnel de 2 millions d'euros de crédits du FNADT titre IV. Puis circulaire interministérielle du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville. Les projets sont financés à 40 % par le Fonds National pour l'Aménagement et le Développement du Territoire (FNADT), les autres financeurs étant les collectivités territoriales, l'assurance-maladie, les établissements, les DRASS et DDASS.

La politique de santé publique : une finalité essentiellement préventive

Parallèlement, dans le cadre de la loi de santé publique de 2004 et de dispositifs existant à partir de 1996, certaines régions mettent en place un dispositif territorialisé pour les politiques de santé, le Nord-Pas-de-Calais étant précurseur en la matière⁴⁹. Les « projets territoriaux de santé (PTS) » sont lancés par la DRASS vers 2000 avec un appui du conseil régional.

De rares autres régions ont suivi, telle la Bretagne, en territorialisant leur politique régionale de santé publique.

Ces PTS déclinent leur plan régional de santé publique articulant au mieux logique descendante liée à un choix de priorités régionales et nationales et logique ascendante consubstantielle à une démarche portée par des acteurs de proximité. Ils ciblent essentiellement des mesures préventives en développant des actions sur les milieux de vie, ainsi que sur les comportements, introduisant de façon plus rare des mesures individuelles qu'elles soient de type dépistage ou éducation du patient. Les opérateurs en sont essentiellement des associations.

La politique territorialisée d'organisation des soins intègre des aspects de prévention

Des dispositifs territorialisés se développent également dans le cadre des SROS⁵⁰ et des réseaux. Bien que leur première finalité porte sur l'organisation des soins curatifs offerts par les établissements de santé, la dimension préventive n'y est pas absente.

Certains SROS développent ainsi des volets à forte dimension préventive : volet addiction en Alsace, santé des détenus en Lorraine ou éducation du patient en Franche Comté... Des ARH s'intéressent particulièrement au niveau micro-local en délimitant des zones de proximité, lieu d'intégration de la ville et de l'hôpital et lieu de développement de la prévention. La Bourgogne par exemple développe un modèle de mesures de prévention donnant un rôle d'importance aux hôpitaux locaux. Comme le disait un directeur d'ARH, « je mets plus de sous dans la prévention que l'ensemble du GRSP », ce financement étant d'abord comptabilisé dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)⁵¹.

Par ailleurs, les missions régionales de santé (MRS)⁵² soutiennent la création de réseaux territorialisés. Recouvrant des territoires peu étendus, ils permettent une meilleure articulation entre ville et hôpital en ciblant des pathologies précises (maladies cardio-vasculaires,

⁴⁹ DRASS Nord-Pas-de-Calais (2000), le vade mecum du Projet Territorial de Santé en Nord-Pas-de-Calais; la définition d'un projet est la suivante : « mise en œuvre d'un ensemble cohérent et intégré d'activités en vue d'améliorer la santé d'une population déterminée dans un territoire défini ».

⁵⁰ La DHOS imposait une territorialisation infrarégionale de l'organisation des soins avec tout un arsenal d'outils (les territoires de santé et les projets médicaux de territoires) et de lieux de concertation (les conférences sanitaires territoriales) Cette organisation territoriale fait émerger les « projets médicaux de territoires », correspondant à des plateaux techniques de référence et mettant en réseau établissements de santé publics et privés.

⁵¹ Émergeant à une dotation nationale de financement sur une base forfaitaire (représentant près de 6 milliards d'euros en 2007) ces mesures servent entre autre à financer des activités liées aux plans de santé publique (plan cancer, plan santé mentale...). On y retrouve ainsi des actions de prévention et d'éducation pour la santé, en général sous forme de mesures individuelles telles que l'éducation thérapeutique de patients diabétiques. Ces activités sont allouées aux établissements sur une base contractuelle.

⁵² L'article 67 de la Loi du 13 Aout 2004 institue la Mission Régionale de Santé entre l'URCAM et l'ARH compétente dans les domaines de l'offre de soins libérale, de la permanence des soins, des réseaux de santé, de la gestion du risque ville/hôpital. Depuis 2007, l'une des orientations prioritaires du FIQCS consiste à développer les réseaux territorialisés.

cancer,...). Ils sont financés par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FICQS).

Les mesures préventives développées dans le cadre de cette politique portent quasi exclusivement sur des mesures individuelles de type prise en charge des facteurs de risque et des formes précoces de maladies, actions de dépistage ou éducation du patient.

4. Des dispositifs cloisonnés, une connaissance défaillante

Ce tour d'horizon rapide permet d'entrevoir un paysage extrêmement complexe. Se trouvent ainsi empilés des dispositifs proposant des mesures de prévention développées d'un côté par les professionnels de santé et le système de soins, de l'autre par le milieu associatif, les professionnels de santé publique et les élus locaux, chacun des secteurs fonctionnant en milieu fermé.

Il est impossible, à l'heure actuelle, d'en avoir une connaissance exhaustive, les données étant dispersées entre différents systèmes d'information⁵³. Leur nombre semble cependant loin d'être négligeable. Une enquête ad hoc faite par la DGS s'adressant aux DDASS en 2005⁵⁴ a repéré 206 contrats locaux comportant une dimension santé, l'ensemble de ces contrats portant sur 72 départements.

Selon la délégation interministérielle à la ville (DIV), il existerait aujourd'hui environ 140 ateliers santé ville, l'objectif d'ici 2008 étant de 300 pour couvrir l'ensemble des quartiers sensibles⁵⁵. Le bilan fait par la DIACT en 2007 montre des projets plus modestes que ce qui était attendu dans le sens où sur 73 projets, seuls 25 portent une démarche globale, intégrant soins, prévention et action sociale et permettant d'individualiser ainsi une politique territoriale de santé et d'action sociale. Sur l'ensemble des projets seuls 32 sont portés directement par la structure territoriale⁵⁶.

On estime aujourd'hui que les groupements régionaux de santé publique (GRSP)⁵⁷ mettant en avant le développement de projets locaux de santé sont minoritaires. Si la Bretagne a adopté un dispositif proche de celui du Nord-Pas-de-Calais, soutenu par le Conseil régional et s'appuyant sur les pays, historiquement bien implantés, d'autres régions telles que le Centre ou la Lorraine sont dans la même logique. Il n'est cependant pas possible d'en avoir une connaissance exhaustive, le système d'information⁵⁸ ne permettant pas d'en rendre compte, signant par là le manque d'orientations nationales en matière de territorialisation infrarégionale des PRSP⁵⁹. Par ailleurs, les dispositifs territorialisés émanant de la politique d'organisation des soins ne semblent pas avoir été répertoriés.

⁵³ Données de la DIV et de l'ACSé, système d'information du PRSP (SI-PRSP), DHOS...

⁵⁴ Gueniffey A. (2005) enquête 2005, document interne DGS.

⁵⁵ L'État y consacre 11 M€ par an, ce financement spécifique étant complété par les collectivités territoriales et d'autres crédits de droit commun.

⁵⁶ CIADT du 13 12 2002, Genèse et résultats de l'appel à projets, non publié.

⁵⁷ Le groupement régional de santé publique est un groupement d'intérêt public, créé par la loi du 9 août 2004 et les décrets 2005-1234 et 2005-1235 du 26 septembre 2005.

⁵⁸ SI-PRSP, élaboré par la DGS permet de visualiser toutes les actions de prévention financées par les GRSP. Il est chargé de la mise en œuvre de la politique régionale de santé (au sens promotion de la santé et prévention).

⁵⁹ Dans le cadre de la loi de santé publique du 9 août 2004, aucune consigne n'a été donnée en termes de territorialisation des politiques de santé autre que de type régionale.

B. Projet local de santé et professionnels de santé : le rendez vous manqué

1. Les professionnels de santé, absents des politiques de prévention territorialisées

Hôpitaux et professionnels de santé de ville apparaissent comme étant peu impliqués dans des projets locaux de santé. Selon l'enquête de la DGS, près d'un tiers des projets locaux de santé font état de la mobilisation de professionnels de santé, ces derniers exerçant le plus souvent dans des établissements publics de santé ou en secteur psychiatrique. Les professionnels de ville, sont cités bien plus rarement, de façon explicite dans moins de 10 % des projets.

Ils affirment ne pas y trouver leur place. Réclamés par de nombreux comités de pilotage et autres réunions de coordination dont ils ne voient pas toujours l'utilité, nombre d'entre eux abandonnent, sollicités par ailleurs de plus en plus par leur travail de clinicien face aux problèmes de démographie médicale⁶⁰.

Vu du point de vue des acteurs, le discours est redondant, regrettant l'absence notamment des médecins généralistes. Bien que les colloques se multiplient sur la prévention et les médecins généralistes, la question abordée est toujours celle de la prévention individuelle dans le cadre du colloque singulier⁶¹.

2. Des professionnels de santé peu convaincus de leur rôle concernant les mesures axées sur le comportement

Dans une étude récente,⁶² plus de 80 % des médecins généralistes s'estiment efficaces dans le dépistage du cancer ou l'éducation thérapeutique du patient, contre moins de 40 % dans l'éducation vis-à-vis de la consommation d'alcool ou de drogues illicites ou l'éducation pour la santé. Ce qui est mis en avant comme premier frein est le fait que les patients ne sont pas très ouverts au dialogue sur la prévention, alors que, si on interroge les patients, ils disent à peu près la même chose de leur médecin⁶³.

Par ailleurs, une majorité considère que cette activité ne fait pas partie de leur mission tout en étant prêt à revoir leur cahier des charges dans le cadre d'une répartition des tâches⁶⁴. Lors d'une enquête réalisée auprès d'un panel représentatif de médecins généralistes bretons composant le baromètre des pratiques en médecine générale, 84 % des médecins estimaient avoir à effectuer des tâches qui ne relevaient pas de leur qualification. Il s'agissait notamment de tâches liées à l'information et à l'éducation du patient (64,3 %), à la coordination des soins (58,3 %) ou encore à la gestion du dossier du patient (56 %).

Ces études mettent cependant en exergue un panel de professionnels, minoritaires, qui présentent un certain nombre de caractéristiques. Ceux qui effectuent le plus de prévention accordent ainsi une place plus importante aux préoccupations de santé publique, acceptent d'avantage de « perdre du temps » (sans avoir obligatoirement une fibre plus sociale),

⁶⁰ De Paw C. (2004) *La médecine libérale dans les dispositifs locaux de santé publique*, diplôme universitaire méthodes et pratiques en santé publique, URML du Nord-Pas-de-Calais, non publié

⁶¹ Ainsi lors des colloques organisés par la SFSP en décembre 2006, (ce dernier étant, il est vrai, consacré à la consultation de prévention en médecine générale) ou en décembre 2007.

⁶² Aulagnier M et coll. (octobre-décembre 2007) *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.

⁶³ INPES (2003) Baromètre santé médecin.

⁶⁴ Bataillon R, (mars 2006), *Vers une consultation médicale de prévention*, Éditorial de la Revue de santé publique n°1.

mobilisent d'avantage de sources d'information, réalisent plus d'actes gratuits et se sentent plus efficaces vis-à-vis des actes préventifs.

3. Une activité préventive repérée dans la lutte contre les facteurs de risque

L'activité préventive offerte dans le système de soins est cependant loin d'être négligeable. L'IRDES évaluait les dépenses de prévention individualisées incluses dans la consommation de soins à 5,8 milliards d'euros⁶⁵ soit 6,4 % de la dépense courante en santé. L'ensemble de ces dépenses est engendré pour moitié par des recours aux soins ambulatoires, et à 45 % par des acquisitions de médicaments ou d'autres biens médicaux. Le poids de l'hôpital reste donc très marginal et est estimé à 4 %⁶⁶.

Seuls 19 % de ces dépenses de prévention sont liés à des mesures cherchant à prévenir l'apparition d'une maladie chez les biens portants, le reste étant consacré à la prise en charge des facteurs de risque et des formes précoces de maladies ainsi que les dépistages.

Faut-il penser alors que les professionnels de santé n'ont pas de rôle à jouer en termes de prévention en direction des biens portants? Ça et là s'amorce cependant un mouvement de rapprochement d'acteurs d'origine professionnelle diverse.

C. L'émergence d'un cadre de référence

1. Des expériences prometteuses mais isolées et qui ne permettent pas de bâtir un socle commun

Quelques expériences innovantes, faisant le lien entre professionnels, structures de santé et autres acteurs se développent de façon isolée.

Certains hôpitaux et réseaux de santé font figure d'avant-garde. C'est particulièrement le cas dans le Nord-Pas-de-Calais où les PTS ont réussi à fédérer l'ensemble des acteurs. Ainsi, les centres hospitaliers de Roubaix et de Maubeuge de même que des réseaux territorialisés (réseau de périnatalité) partis d'une prise en charge curative classique et de mesures individuelles d'éducation du patient élargissent leur rayon d'action aux questions de nutrition, de sédentarité, de déterminants sociaux, travaillant avec les ressources locales et faisant le lien avec des actions collectives.

Les « pôles de santé libéraux » des unions régionales de médecins libéraux (URML) de Bretagne et Basse-Normandie proposent des nouveaux modes d'organisation, à partir de la mise en réseaux des professionnels médicaux et paramédicaux d'un territoire. Se dotant de missions curatives et préventives, elles veulent s'inscrire dans une dynamique d'aménagement du territoire et recherchent une articulation avec les dispositifs sociaux. L'appui des élus locaux est sollicité, la logique de financement est de type forfaitaire à partir de la mutualisation de différentes sources de droit commun (assurance-maladie, pouvoirs publics et collectivités territoriales).

Au sein des GRSP s'observe une implication croissante des URML. Au vu du SI-PRSP, les URML apparaissent 52 fois comme partenaires d'actions financées par les GRSP. L'URML de Haute Normandie paraît exceptionnellement dynamique puisqu'elle est co-partenaire de vingt actions qui pour la majorité d'entre elles se situe dans le champ de la

⁶⁵ DREES, (juillet 2006) *Études et résultats* N°504. Estimation faite à partir des Comptes nationaux de la santé de 2002 sur une estimation totale de 10,5 milliards d'euros consacrés à la prévention.

⁶⁶ Cependant, la méthodologie utilisée et notamment l'utilisation du seul diagnostic principal pour définir les clefs de répartition en matière de soins hospitaliers peut induire une sous-estimation.

promotion de la santé et de l'éducation pour la santé⁶⁷. Des contrats territoriaux de santé sont signés dans le cadre d'une élaboration multi partenariale de projets locaux de santé, menés par les élus locaux.

L'URML Nord-Pas-de-Calais met en place dès 2001 un dispositif permettant la présence de la médecine de ville au niveau local dans le cadre des PTS. Ce dispositif est de deux ordres : identification, par territoire, d'un médecin « missionné » pour participer à l'ensemble de la démarche projet d'un côté, création « d'attachés d'information de santé publique » de l'autre. Ces derniers, effectuent des visites dans les cabinets libéraux, avec pour objectifs d'apporter une information pratique en lien avec des ressources locales et de faire en sorte que tous les acteurs dont les médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes travaillent sur les mêmes priorités⁶⁸

Un rapprochement opérationnel des dispositifs ARH et GRSP s'observe dans certaines régions. Ainsi en Provence Alpes Côte d'Azur, des indicateurs de santé territorialisés ont été élaborés s'appliquant aux territoires de proximité communs au SROS et au PRSP. Un logiciel de cartographie, OSCARS⁶⁹ visualise sur ces mêmes zones géographiques toutes les actions de prévention mené par le GRSP. Des formations communes s'adressant aux professionnels de santé, intervenants sociaux, hôpital, médecine de ville, sont organisées dans le cadre d'actions de prévention (notamment sur le phénomène suicidaire). Des évaluations d'actions d'addictions sont faites en commun ARH, GRSP, mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).

Petit à petit, s'élaborent au quotidien de nouvelles formes de collaborations cherchant à mieux articuler mesures individuelles de prévention et mesures collectives de promotion de la santé. De nouvelles modalités d'intervention sont inventées, tenant du bricolage, de l'invention au quotidien, parfois considérées comme perte de temps mais en même temps source d'enrichissement.

2. Des lignes de force qui se dégagent

Ces expériences, qu'elles émanent d'initiatives professionnelles ou politiques, voient émerger des lignes de force communes.

Un réseau d'acteurs s'inscrivant dans une dynamique de développement local

C'est la mise en réseau d'acteurs venant d'horizons différents, qu'elle soit fortuite ou prédéterminée qui favorise la prise en compte d'une approche transversale de la santé ciblant plusieurs déterminants. Le cadre le plus favorable est celui du développement local facilitant l'ouverture sur des problématiques connexes telles que les questions sociales, environnementales, d'organisation de services... Le continuum soins-prévention, l'articulation d'actions individuelles et collectives prend alors sens dans le cadre d'une logique ascendante qu'il s'agit d'organiser.

La démarche repose sur un processus d'élaboration et de gestion faisant appel à une méthodologie de projet. Les grandes lignes en sont classiques : centralisation et analyse de données provenant de sources différentes, choix de priorités qu'il s'agit de faire accepter par tous, temps de coordination des acteurs, définition d'actions articulées entre elles, gestion

⁶⁷ Dans la majorité de ses interventions (14 fois) le promoteur en est une ville ou une communauté d'agglomération (le Havre CODAH).

⁶⁸ Selon les territoires, sont mises en exergue des problématiques prioritaires concernant la périnatalité, les maladies cardio-vasculaires etc.

⁶⁹ Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

d'acteurs utilisant des outils communs (système d'information partagé, support de promotion de la santé...).

L'espace concerné renvoie à la mise en exergue d'un territoire de projet s'inscrivant dans la proximité, identique pour l'organisation des soins de premier recours et le développement d'actions de prévention et faisant appel à des acteurs d'un bassin limité de population. Les zones ciblées sont de l'ordre d'un quartier, d'une ville, d'une communauté d'agglomération ou d'un pays, quelquefois d'un canton et sont de moins de 100 000 habitants⁷⁰.

Des points d'articulation entre projet local de santé et professionnels de santé se dessinent progressivement

Fondés sur un apport de connaissance réciproque permettant d'enrichir un diagnostic local, ils permettent d'élaborer des messages de promotion de la santé et des outils communs, cherchent à mettre en réseaux l'ensemble des acteurs pour assurer une cohérence entre messages collectifs et individuels, optimiser l'utilisation de dispositifs sociaux, sanitaires voire sportifs et culturels, assurer une continuité entre repérage de formes précoces de maladies ou de personnes à haut risque et leur prise en charge.

Cette articulation est facilitée par l'existence de médiateurs, ayant des compétences de santé publique mais intégrés au corps professionnel médical comme peuvent l'être certains directeurs d'URML jouant un rôle de « passeur » entre approche professionnelle soignante et approche de santé publique.

Le rôle incontournable des élus locaux et la reconnaissance d'une fonction d'ingénierie de projet

Comme le montre l'évaluation des ateliers santé ville ou l'évaluation des PTS de Bretagne⁷¹, ce sont les élus locaux qui sont en capacité de donner de la légitimité à la démarche et d'y apporter une cohérence globale. Cette légitimité est d'autant plus reconnue par la population si un accès aux soins est assuré. Les élus locaux raisonnent alors tout naturellement d'abord à partir de leur capacité à offrir des services à la population⁷².

L'enjeu est de créer des conditions favorables transformant le projet local de santé en facteur attractif pour des professionnels qui demandent de plus en plus de pouvoir travailler en équipe, ne plus être isolés et de pouvoir bénéficier de soutien leur permettant de se centrer sur leur métier sans être exclus des questions de prévention⁷³.

La mise en réseau d'acteurs locaux nécessite une fonction de coordination, remplie le plus souvent par la création de nouveaux métiers, s'inscrivant au croisement des champs du développement local et de la santé publique. Ainsi dans chaque projet local de santé apparaissent des animateurs, reconnus pour permettre de faire vivre des réseaux d'acteurs locaux qui soit n'existaient pas, soit se sont renforcés ou élargis à l'occasion de la démarche. L'un des élus interviewé dans le cadre de l'évaluation de projets locaux de santé explique

⁷⁰ La population que couvre en moyenne un ASV est de 78 000 habitants. Voir (septembre 2007) ASV, *une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, édition de la DIV, collection Repères.

⁷¹ Loncle Patricia (novembre 2005), *Bilan d'étape du dispositif régional d'animation territoriale en Bretagne*, École Nationale de Santé Publique.

⁷² Élus, santé publique et territoires, (octobre 2007), offre de soins, accès à la santé : quels rôles pour les élus locaux. Quatrième journée d'étude. L'association réclame que les projets locaux de santé prennent obligatoirement en compte la question de l'offre de soins.

⁷³ À cet égard, la tenue de la première phase des états généraux de l'organisation de la santé (EGOS) le 8 février 2008 est illustrative de la demande de nouveaux cadres de pratiques par les professionnels de santé de premier recours.

ainsi comment les acteurs locaux de son territoire (maires, associations, professionnels de santé et du monde scolaire, hospitaliers et libéraux) expriment leur satisfaction de pouvoir s'appuyer sur un référent pour transformer une idée en projet, en action. Pour eux, l'animateur représente un appui, un accompagnement garantissant la réussite et la pertinence des projets. Il apporte à la fois du recul et une attention, un enrichissement de la réflexion⁷⁴.

La perspective de création des ARS constitue une opportunité pour conforter ces dynamiques territoriales

Les innovations portées ça et là par les acteurs de terrain, professionnels de santé ou non, entrent en pleine cohérence avec les enjeux cités pour justifier la création des ARS⁷⁵. Les projets locaux de santé peuvent ainsi constituer un outil global de planification au niveau de proximité, porteurs d'une vision transversale revendiquée et légitimée par les dynamiques locales.

3. Des obstacles avérés

Des politiques nationales en décalage avec les logiques de territorialisation

Liées à la loi de santé publique, les politiques de prévention n'ont pas fait le choix d'une territorialisation infrarégionale. Les PRSP priorisent une entrée thématique liée en partie à la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 (Lolf)⁷⁶ et aux plans nationaux.

Face au manque de cohérence entre PRSP et SROS (ces derniers ayant fait le choix d'une territorialisation infra régionale), les dispositifs régionaux sont rarement convergents tant en terme de découpage territorial que de diagnostic unifié, le risque étant alors de creuser le fossé existant entre soins et prévention.

S'y ajoute la logique de l'assurance-maladie qui, soit dans le cadre du fonds national de prévention, d'éducation et d'information en santé (FNPEIS)⁷⁷ soit dans le cadre des conventions avec les professionnels de santé ou encore de son programme régional commun de l'assurance-maladie (PRC-AM) édicte des orientations nationales. Il en est de même en ce qui concerne l'action médico-sociale qui, dans le cadre du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)⁷⁸ peut intégrer des actions de prévention de la dépendance (prévention des troubles de l'équilibre ou de la mémoire, restauration de l'exercice physique...).

En découle un empilement des priorités au niveau régional, embrouillant le paysage et mis en œuvre selon une logique descendante pouvant être en tension avec la logique ascendante

⁷⁴ Jabot F., Loncle P., *Dimensions territoriales des politiques de santé publiques et influences sur les métiers*, *Revue Santé publique* suppl. n°1 janvier-février 2007

⁷⁵ Les trois premiers enjeux cités par M. Ritter consistent à « accentuer la territorialisation des politiques de santé, renforcer leur caractère préventif, recentrer l'offre de soins vers les soins primaires ».

⁷⁶ La Lolf découpe l'action de l'État en missions, programmes et actions. Les actions de prévention financées dans le cadre des GRSP émarginent au programme « santé publique et prévention ». L'application qui en est faite vise principalement à mettre en œuvre les plans de santé publique définis nationalement.

⁷⁷ Le FNPEIS est un budget d'intervention de l'assurance-maladie créé en 1988 pour financer des actions de prévention.. Au niveau régional, la dotation FNPEIS de l'assurance-maladie comprend deux enveloppes : une enveloppe versée au GRSP contribuant au financement des politiques régionales et une enveloppe hors GRSP déclinant les priorités nationales de l'assurance-maladie.

⁷⁸ Le PRIAC est un instrument de programmation financière concernant les priorités en faveur des personnes âgées et handicapées. La majorité de l'enveloppe est destinée aux créations, extensions ou transformations d'établissements et de services mais son secteur d'intervention s'étend à d'autres types de mesures telles que des mesures de prévention.

qu'impliquent les projets locaux de santé. Cette complexité est à l'origine d'une perte de sens pour la population et les acteurs et entraîne une surcharge de travail pour les agents des administrations. Ceux-ci en effet s'épuisent à instruire des actions isolées et parcellaires pour lesquelles la prise en compte de dynamiques locales multi partenariales relève de la quadrature du cercle.

Des collectivités territoriales en porte à faux

Elles ont du mal à trouver leur place dans le cadre des GRSP et entrent à reculons dans un dispositif qu'elles peuvent ressentir comme les plaçant sous la férule de l'État. Elles rechignent à apporter des financements qu'elles considèrent cependant légitimes dans le cadre d'un processus de territorialisation négociée. Ainsi, en Bretagne, la mise en place d'un dispositif d'animation territoriale avec recrutement d'animateurs territoriaux de santé ayant prévu au départ un financement exclusivement par l'État (en 2002) n'a pu se mettre en œuvre qu'avec l'apport des collectivités territoriales.⁷⁹

A contrario, dans le Nord-Pas-de-Calais, les collectivités territoriales, fortement investies au départ, se sont retirées du dispositif lors de la parution de la loi de santé publique estimant qu'elles n'avaient plus suffisamment de pouvoir de décision. Elles continuent cependant à participer à la politique de santé en ayant créé leur propre dispositif articulé avec le GRSP. Ce double dispositif introduit une complexité additionnelle même si tout a été fait pour que les promoteurs de projet n'en subissent pas les conséquences.⁸⁰ Dans la même logique, la participation des communes aux GRSP dans l'ensemble des régions est souvent faible⁸¹.

Les modes d'exercice et de paiement des professionnels de premier recours non adaptés

Sans vouloir s'appesantir sur ces questions qui ont déjà largement été débattues ailleurs, un consensus émerge pour considérer que l'exercice classique en médecine de ville est peu adapté.

En ce qui concerne le développement de mesures individuelles, l'adoption de l'avenant n° 12 à la convention médicale⁸² ainsi que l'adoption d'orientations stratégiques par la CNAM en septembre 2005⁸³ constituent des dispositions probablement insuffisantes pour une meilleure intégration de la prévention dans la pratique quotidienne. Paiement à l'acte et exercice isolé ne favorisent pas l'organisation d'actes de prévention dans un cadre collectif. Ils ne participent pas au développement d'une coopération interprofessionnelle et limitent toute efficacité. Détecter une hypercholestérolémie chez une personne ayant besoin de retrouver une certaine activité physique ne sert pas à grand-chose s'il n'est pas possible de travailler avec des diététiciennes, des psychologues, des éducateurs médico-sportifs. Ce type d'exercice professionnel ne permet pas non plus de soulager les médecins pour un certain nombre de tâches qualifiées d'administratives (réponses à des enquêtes, recueil de données...). Il ne facilite pas non plus la mise en place d'un accompagnement personnalisé de type social ou une démarche d'éducation individuelle pour la santé qui prend du temps, se

⁷⁹ L'apport des collectivités territoriales est à hauteur du tiers, les autres financeurs étant l'État, l'assurance-maladie ou la DIACT. C'est l'arrivée du Conseil régional qui a rendu le dispositif possible en 2005.

⁸⁰ A noter que c'est la seule région de France où le conseil régional a intégré l'ARH avec voix délibérative.

⁸¹ En Île-de-France, seules 4 communes sur 1281 adhèrent au GRSP, dans le Nord-Pas-de-Calais, 5 communes en font partie.

⁸² Cet amendement introduit dans le dispositif « médecin traitant » une obligation d'intervention dans le champ de la prévention

⁸³ Ces orientations introduisent le développement de prévention personnalisée tel que le dépistage organisé du cancer du sein ou l'attention à la iatrogénie médicamenteuse

construit dans la durée et demande des compétences insuffisamment développées en formation initiale ou continue.

Par ailleurs, l'articulation avec d'autres acteurs dans le cadre d'un projet local de santé demande du temps de coordination, rarement pris en compte (sauf par les réseaux), une gestion de l'information permettant de mutualiser les données détenues y compris par les professionnels de santé pour qu'elles contribuent à l'adaptation continue du projet local de santé.

D'autres facteurs pèsent également tels que l'impossibilité dans le cadre de la formation médicale continue de faire reconnaître une formation pluridisciplinaire de proximité qui permettrait d'élaborer des repères communs nécessaires tant les cultures et les logiques professionnelles sont éloignées selon qu'on soit médecin généraliste, ou médecin de prévention, ou travailleur social.

Un manque de clarification de la mission préventive des professionnels de santé de premier recours

À l'heure actuelle, il n'existe pas de référentiel métier du médecin généraliste, définissant missions, tâches et activités attendues de ce professionnel.⁸⁴ C'est le cas en ce qui concerne les pratiques curatives, cela l'est encore d'avantage en ce qui concerne les pratiques préventives. Différentes possibilités peuvent apparaître dans le cadre conventionnel dépendant des consensus du moment où de problèmes émergents sans qu'une cohérence globale ne soit adoptée⁸⁵.

Les mesures souvent ponctuelles peuvent paraître contradictoires avec une logique préventive qui se veut évolutive et continue. C'est par exemple le cas de la consultation de prévention, affichée par la loi mais non appliquée et souvent méconnue par la profession. D'autres programmes se mettent en place sans référence aux professionnels de premier niveau comme le programme de dépistage du cancer du sein, qui fait l'impasse sur le médecin traitant.

La régulation se fait ainsi de façon d'abord verticale et non horizontale, sans s'appuyer sur un cahier des charges global des mesures préventives à offrir et peut se révéler antagoniste par rapport à une logique de territorialisation.

D. Recommandations

1. Inscrire les projets locaux de santé dans les dynamiques territoriales locales

Il est souhaitable de s'inscrire résolument dans une logique de développement local ce qui implique de développer quatre dimensions dans le même projet :

⁸⁴ Des référentiels métier ont été élaborés par différentes sociétés savantes ou organismes de formation (MG Form, WONCA, collège national des généralistes enseignants...) mais ne font pas l'objet d'une reconnaissance officielle

⁸⁵ Cet état de fait dépend pour partie du corps professionnel lui-même et du jeu joué par les syndicats médicaux voir Bras PL, (2008), *Syndicalisme et santé organisation des soins et régulation des dépenses ambulatoires : le rôle des syndicats médicaux* sève n°18.

- une prise en compte des préoccupations de santé dans les différentes politiques développées au niveau local en soutenant une approche intersectorielle : la plupart des déterminants de la santé ne s'inscrivent pas dans le champ de la santé mais mobilisent d'autres politiques telles que l'éducation, les politiques sociales, de logement, de cadre de vie, de milieu de travail. Cette intersectorialité⁸⁶ mérite d'être mieux prise en compte au niveau local. Elle repose sur l'initiative d'acteurs locaux qu'ils soient institutionnels, professionnels, économiques mais également sur l'ensemble du tissu citoyen donnant aux associations un rôle majeur qui mériterait d'être mieux reconnu. Par ailleurs, les élus locaux, détiennent des leviers d'action sur nombre de politiques et sont responsables de leur mise en œuvre.

- Une organisation des soins de premier niveau dans leur aspect curatif et de prise en charge médico-sociale en articulation avec les politiques sociales. C'est à ce niveau qu'opèrent professionnels de santé de ville et des établissements de santé en particulier hôpitaux locaux. Y sont également implantés les établissements médico-sociaux, les services locaux des collectivités territoriales telles que les conseils généraux, les municipalités avec les CCAS, les centres sociaux... Œuvrant pour la même population, ayant souvent développé des liens par ailleurs, l'ensemble de ces acteurs sera plus facilement mobilisé autour d'un projet commun facilitant accessibilité et continuité du parcours de santé par de nouvelles organisations de travail autour du patient. Selon les cas, pourraient être ajoutées des clauses stipulant une garantie de durée d'installation, la garantie d'accès aux soins (secteur I, pratique du tiers payant...) une permanence des soins.

- le développement de mesures individuelles de prévention adaptées aux problématiques prioritaires du territoire. C'est probablement le niveau local qui est l'échelon opérationnel le plus pertinent pour assurer un continuum soins-prévention. En plus des professionnels de santé de ville et des structures sanitaires et médico-sociales, les activités de médecine préventive telles que la santé scolaire, la médecine du travail y sont présentes. Si des référentiels nationaux sont souhaitables pour préciser les prestations préventives individuelles et en améliorer la qualité, le projet local de santé doit pouvoir orienter, informer les professionnels des priorités locales, faciliter l'exercice préventif des professionnels (mode d'exercice, outils partagés...)

- la mise en œuvre de mesures collectives de prévention en particulier celles cherchant à faire adopter des comportements favorables à la santé : c'est le domaine d'intervention dominant du GRSP, s'appuyant sur les actions locales de prévention déroulées par les associations œuvrant dans le champ sanitaire et social.

Ces quatre dimensions ont des domaines d'intervention propre mais doivent être articulées dans le même projet pour être plus efficaces. Selon la dimension considérée, les professionnels de santé de premier recours peuvent y apporter une contribution spécifique selon des positionnements différents qui seront précisés plus loin.

2. Concevoir le niveau local comme un « territoire de projet »

Le concept de « territoire de projet » apparaît comme étant le plus cohérent pour une telle approche et correspond à des communes, communautés d'agglomération, pays... Porté par une finalité de développement, s'inscrivant dans des synergies d'acteurs poursuivant les mêmes

⁸⁶ Cette approche intersectorielle existe déjà au niveau national et régional (plan santé-environnement, plan santé-travail) même si elle mériterait probablement de plus amples développements à l'instar d'autres pays qui mettent en place des évaluations d'impact sur la santé de différentes politiques (Canada, Suisse...).

objectifs, il donne une place prépondérante aux collectivités locales et redonne sens à une légitimité démocratique. C'est également dans ce cadre que des lieux de concertation, de participation citoyenne peuvent exister à partir d'espaces de débat existant (conseils de quartier, commission de développement...) ou dédiés (comités locaux de santé...).⁸⁷

Le projet local de santé doit donc être considéré comme l'outil commun d'une mise en réseau des professionnels de santé et des autres acteurs. Cette approche impose une territorialisation commune pour la mise en œuvre des SROS (notamment pour ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins ambulatoire) et du GRSP. Lorsqu'elles ont été définies par les ARH ou les GRSP, les « zones de proximité » en sont souvent proches. On peut estimer que la population couverte devrait être de l'ordre de quelques dizaines de milliers d'habitants.

Les disparités territoriales, les contextes sociogéographiques plaident pour le fait qu'il n'y ait pas un modèle unique, le sur-mesure devant être préféré au « prêt-à-porter ». Il est cependant probablement préférable de couvrir l'ensemble du territoire et de ne pas réserver ce type d'outils aux territoires fragiles. Ces derniers doivent être pris en compte dans une logique de discrimination positive en termes de redistribution de moyens et d'allocation de ressources, tout en préservant une unicité d'organisation.

3. Reconnaître les élus locaux comme chefs de file des projets locaux de santé dans le cadre d'une contractualisation avec l'ARS

Afin de maintenir une stratégie globale territoriale, les élus locaux doivent prendre un rôle important dans la gouvernance des projets locaux de santé. Pour ce faire, ils doivent assurer la responsabilité globale des projets locaux de santé en assumant une position de chef de projet et ont à jouer un rôle de régulateur entre échelon régional et échelon local.

Ils doivent disposer des leviers d'actions leur permettant de fédérer l'ensemble des acteurs ainsi que de faciliter l'implication des professionnels de santé de leur territoire. Ce nouveau positionnement doit être clarifié dans le cadre d'une contractualisation, sur la base du projet local de santé, entre élus locaux et autorité régionale, formalisant les engagements réciproques et les responsabilités. L'enveloppe budgétaire gagnerait à être globalisée à partir de sources de financement provenant de l'État, de l'assurance-maladie, des collectivités territoriales et associant des financements privés (par exemple les mutuelles).

4. Une logique de pérennisation

Il faut instiller une pérennisation minimale permettant au projet local de santé d'être réellement implanté, à la démarche d'être réellement mise en œuvre, aux acteurs d'avoir le temps de mettre en pratique les actions en évitant une situation de précarisation perpétuelle qui nuit à l'efficacité et gaspille du temps administratif. On peut penser qu'une durée de trois ans (renouvelable si besoin) est raisonnable, la contrepartie étant la possibilité de mettre réellement fin à un projet qui ne se justifie pas suite à évaluation.

5. Identifier une fonction d'animateur territorial de santé placée sous l'autorité des élus

Le projet local de santé comprend deux dimensions : une dimension de processus qui consiste à initier et à soutenir le programme d'actions, faisant d'abord appel à des

⁸⁷ Cet échelon est probablement plus favorable que la participation des usagers au niveau de maisons de santé par exemple, qui sont moins propices à des préoccupations intersectorielles et où les risques d'instrumentalisation des patients, de médicalisation de problèmes relevant d'autres politiques ou de conflits mettant face à face professionnels de santé et usagers existent.

compétences d'ingénierie de projet et une dimension de résultats c.-à-d. de mise en place de réponses sous forme de services, de prestations, d'actions, de ressources, de dispositifs⁸⁸.

L'animateur territorial de santé est garant du processus auprès des élus locaux. Ce n'est pas à lui de mener des actions en direct. Il lui revient par contre de développer toute l'ingénierie d'une démarche projet, de s'assurer de son bon fonctionnement et de la qualité des mesures mises en œuvre en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs et en bénéficiant de leur expertise.

L'exemple des maladies chroniques permet d'illustrer le propos. La lutte contre les maladies cardio-vasculaires demande de mobiliser différents types d'activités : l'observation de la prévalence des états pathologiques et de leurs facteurs de risque (sédentarité, tabagisme...), le dépistage (hypercholestérolémie, hypertension artérielle, surcharge pondérale...), des campagnes de modification des habitudes de vie (activités physiques, habitudes nutritionnelles, tabagisme), des modifications du milieu de vie (activités sportives et récréatives, offre alimentaire dans les cantines scolaire...), des traitements préventifs (produits de remplacement nicotinique...). Il s'agit de faire en sorte que l'observation émane de différentes sources d'observation (médecins généralistes, médecins scolaires, hôpitaux, registres, observatoires ...), que les protocoles de dépistage soient partagés entre les professionnels concernés (médecins généralistes, médecins scolaires, du travail...), que le cadre de vie et les équipements sportifs et de loisirs facilitent l'activité physique, que les éducateurs sportifs dans les clubs de sport et les enseignants soient capables d'adapter leurs intervention y compris à des personnes en surcharge pondérale en luttant contre les phénomènes de moquerie fréquents chez les enfants et adolescents... Une organisation pensée et prévue à l'avance et la mise en réseau des différentes activités permettra au médecin généraliste ou hospitalier d'orienter l'adolescente en surcharge pondérale vers une activité physique collective adaptée, mais également au directeur d'école d'introduire dans son projet d'établissement un programme d'éducation nutritionnelle ainsi qu'une évolution de l'offre alimentaire etc.⁸⁹.

Il n'est donc pas question d'effacer les distinctions entre mesures individuelles et collectives mais de faire en sorte qu'elles se soutiennent et soient potentialisées. C'est le cahier des charges de l'animateur territorial qui demande des professionnels non médecins, mais connaissant les problématiques de santé et la santé publique, maîtrisant les démarches d'ingénierie de projet et capables d'avoir un rôle de conseil auprès des élus locaux. Ces compétences sont acquises dans des formations d'ores et déjà offertes par de nombreuses universités et sanctionnées par des diplômes de type master 2. Des métiers proches voire identiques existent d'ores et déjà : animateurs de projets locaux ou territoriaux de santé, coordonnateur de réseaux, cadres ayant des responsabilités dans l'administration d'État ou des collectivités territoriales par exemple⁹⁰.

6. Préciser la contribution spécifique au projet local de santé des professionnels dans le cadre d'une convention pluripartite

Les actions de prévention individuelle qui doivent être offertes par les professionnels dans le cadre de leur activité clinique commencent à être mieux connues mais se développent de

⁸⁸ Dans la dimension de processus, il est éclairant de distinguer l'expertise du processus en tant que tel (capacités de centraliser les données d'en faire une analyse, de connaître les méthode de planification et d'ingénierie de projet) d'une expertise de contenu : connaissance de l'état de santé, référence aux modalités d'intervention les plus efficaces et d'une expertise citoyenne, cette dernière renvoyant à la pertinence même du projet local de santé et à des valeurs partagées par les acteurs et la population. Infolettre cf. supra.

⁸⁹ Cette stratégie d'interventions est soutenue par le programme national « nutrition-santé ».

⁹⁰ Cette proposition pourrait se révéler peu coûteuse à partir de l'identification des compétences et des postes déjà existants et grâce à une meilleure organisation des dispositifs territorialisés.

façon non organisée. Elles pourraient faire l'objet d'un référentiel au niveau national, s'imposant aux corps professionnels et stipulant les modes de financement. Bien que pouvant se dérouler de façon indépendante, elles sont susceptibles d'être potentialisées et seront mieux adaptées en s'insérant dans le cadre d'une stratégie globale territoriale.

Les professionnels peuvent apporter une contribution spécifique au projet local de santé de différentes façons :

- En participant à l'observation locale, les cabinets de ville étant des postes d'observation en temps réel des problématiques de santé. Les professionnels de santé sont également en première ligne pour entendre les plaintes, la santé ressentie. Même non standardisée, leur connaissance peut enrichir les données épidémiologiques⁹¹.
- En ayant un rôle de veille et d'alerte permettant d'ajuster les actions grâce aux informations transmises par les pairs : troubles du sommeil chez l'enfant, épidémies locales de gastroentérites, évaluation de l'accueil dans certains services hospitaliers, nouveaux produits utilisés à fin de conduites addictives...⁹²
- En tenant compte dans leur pratique quotidienne des priorités individualisées dans le projet local et en assurant une cohérence dans les messages préventifs.
- En assurant l'orientation des patients concernés vers des actions collectives de prévention permettant de compléter message individuel et prise en charge préventive par des actions concernant les habitudes de vie et la possibilité de choisir des comportements plus adaptés
- En se coordonnant avec d'autres professionnels de santé de médecine préventive (santé scolaire, médecine du travail, PMI, secteur psychiatrique...) dans le cadre d'un suivi individualisé qui permette un accueil adapté et une continuité assurée entre repérage précoce et prise en charge.
- En garantissant des liens avec d'autres professionnels que ceux de la santé, en particulier travailleurs sociaux permettant d'assurer une approche globale personnalisée et individualisée si nécessaire.
- En s'engageant selon les cas sur des clauses spécifiques concernant l'organisation des soins : travail en réseau avec l'hôpital et les établissements médico-sociaux, permanence des soins...

Cette contribution spécifique pourrait faire l'objet d'un cahier des charges précisant temps et modes de financement et devrait faire l'objet d'une convention multipartite entre élus locaux, instances régionales et professionnels.

L'organisation territoriale du volet curatif et de prise en charge médico-sociale ne relève pas de ce travail. Ce volet pourrait cependant être soumis pour avis aux élus locaux et intégré dans le projet local de santé.

⁹¹ Dans certains projets locaux de santé, les professionnels de santé élaborent un système d'information entre cabinets de ville, hôpital voire établissements médico-sociaux. C'est le cas des pôles de santé libéraux bretons ou du plan local de santé d'Amiens.

⁹² Ce rôle s'ajoute à celui déjà imparti concernant la sécurité sanitaire et le signalement des maladies à déclaration obligatoire ou tout autre événement mettant en jeu la protection sanitaire de la population.

7. Organiser une représentation des professionnels de santé participant au processus du projet local de santé

La participation des professionnels au processus même du projet est garante d'une interconnexion réussie entre les différentes dimensions du projet. Cette participation prend du temps et demande une certaine appétence pour des préoccupations de santé publique.

Afin d'économiser au mieux des ressources rares, la contribution apportée pourrait se fonder sur un mode de représentation des professionnels de santé du territoire. À partir d'un mode de désignation impliquant les URML, des professionnels de santé continuant d'exercer sur le territoire seraient missionnés sur la base d'une contractualisation clarifiant temps de travail (par exemple une demi-journée tous les 15 jours pour un professionnel par territoire), valorisation (y compris financière) et missions. Cette approche pourrait être facilitée par la création de nouveaux métiers sur le modèle des « attachés d'information de santé publique » de l'URML du Nord-Pas-de-Calais.

Leur contribution comporte essentiellement deux dimensions :

Une fonction de représentation du corps professionnel au sein du processus

L'apport des professionnels est profitable à différents points de vue :

Permettant de donner plus de légitimité au processus : les médecins ont un potentiel d'influence important auprès de la population. Une présence médicale permet souvent de légitimer la démarche, est un élément moteur pour la mise en place des actions en « ouvrant la route » quitte à très rapidement passer la main à d'autres acteurs, souvent plus compétents pour agir sur la modification des comportements et des habitudes de vie.

Rendant possible la confrontation et la diffusion de bonnes pratiques entre professionnels de référence à des modèles d'intervention jugés scientifiquement efficaces. Un exemple permet d'illustrer le propos : celui de l'éducation thérapeutique du patient par rapport à laquelle deux modes d'approches sont repérées. La première est basée sur une approche « transversale » visant à agir sur les facteurs de risque communs à la plupart des maladies chroniques et tentant de mettre en avant un processus de prise en charge de soi, individuel et collectif ainsi qu'une recherche d'actions sur les milieux de vie. La deuxième met en avant une approche par pathologie et s'est fortement développée par l'introduction du disease management⁹³. Même si cette question fait l'objet de travaux au niveau international et ne peut prétendre à être résolue au niveau local, il semble important qu'une stratégie commune soit adoptée par l'ensemble des acteurs au niveau local pour une meilleure compréhension et lisibilité auprès des personnes concernées.

Assurant une contribution spécifique, si nécessaire à l'adaptation⁹⁴ d'outils de différents types : système d'information, protocoles de dépistage et de repérage partagés par l'ensemble des professionnels, outils d'éducation pour la santé adaptés au territoire et permettant une complémentarité dans les différentes modalités d'intervention, qu'elles soient individuelles ou collectives.

Une fonction de médiateur entre projet local, professionnels de santé et structures de soins

Celle-ci impose d'assurer différents types de positionnement :

⁹³ Selon différents travaux, les conditions optimales pour le développement du disease management ne sont pas réunies Morisset J., Chambaud L. (février 2008), *La prévention dans le système de soins*, non publié.

⁹⁴ Le niveau supralocal, qu'il soit régional ou national est plus à même d'élaborer des outils de référence.

un rôle d'ambassadeur auprès des pairs de ville ou hospitalier : information sur l'avancée de la démarche et des mesures mise en œuvre, information et accessibilité aux autres ressources locales...

un rôle de facilitateur : diffusion de pratiques efficaces, motivation pour l'utilisation des outils, « go between » dans les tensions qui existent inmanquablement dans le cadre de pratiques pluri professionnelles (questions d'ordre éthique, relations de pouvoir...)

un rôle de régulateur entre injonctions nationales et priorités du territoire : tant qu'il n'y a pas de cohérence globale, il faudra un professionnel qui régule entre ce qui est extérieur aux projets locaux de santé et le projet local de santé lui même.

8. Organiser l'appui aux projets locaux de santé au niveau régional

La mise en place des projets locaux de santé telle qu'elle est préconisée doit être accompagnée par un dispositif de soutien et d'appui animé par l'autorité régionale à un niveau supralocal⁹⁵. C'est à ce niveau que les échanges de pratiques et d'expériences sont facilités, que la mise à distance permet de voir si les conditions sont réunies pour le succès du projet, qu'il est possible d'en faire une bonne lecture stratégique.

C'est également le bon niveau pour organiser des formations pluriprofessionnelles, renforcer les processus pédagogiques permettant de s'adresser aux décideurs, aux professionnels et à l'ensemble des acteurs de terrain, élaborer des protocoles.

L'instruction des projets à destination de l'autorité régionale est une autre fonction pouvant être assurée à ce niveau. Les avis pour financement pourraient ne plus relever d'une instruction individuelle, action par action mais d'une analyse portant sur l'ensemble du projet et tenant compte d'une cohérence interne globale.

9. Réguler, planifier et évaluer les projets locaux de santé au niveau régional

C'est au niveau régional et donc à l'ARS d'assurer une équité sur l'ensemble du territoire régional. Cela passe par l'exercice de fonctions de planification, d'évaluation et d'allocation des ressources qui devrait prendre en compte les disparités des contextes socio-économiques et les inégalités spatiales et sociales de santé⁹⁶.

La logique de création des ARS donne à penser qu'il faudra concevoir des outils unifiés pour les soins et la prévention. Il serait présomptueux, dans le cadre de ce travail, de proposer des outils qui demandent un travail technique ad hoc. Pour faciliter les conditions d'implantation des projets locaux de santé, on peut cependant imaginer que le territoire commun de planification des soins et de la prévention pourrait être le territoire de santé (au sens du SROS de troisième génération). C'est à ce niveau qu'un projet territorial de santé pourrait englober le projet médical de territoire en organisant la complémentarité des établissements de santé et l'insertion des projets locaux de santé. Ces derniers s'intégreraient alors comme des poupées gigognes au sein du territoire de santé concerné en précisant cahiers des charges et maillage des soins de premier recours ainsi que mesures de prévention. Une articulation avec le secteur social devrait être faite systématiquement. Se pose cependant la question du lien entre ARS et collectivités territoriales chargées de l'action sociale.

⁹⁵ De tels espaces existent déjà. C'est le cas dans le Nord-Pas-de-Calais des comités techniques des PTS par exemple. Les coordonnateurs de projets médicaux de territoire, mis en place par nombre d'ARH assurent, peu ou prou, le même rôle.

⁹⁶ Dans le Nord-Pas-de-Calais, les budgets alloués aux projets territoriaux de santé sont prédéterminés à partir de données de type démographique et d'indicateurs de mortalité prématurée.

10. Impulser, mettre en cohérence au niveau national

C'est au niveau national qu'il revient de donner les orientations en matière de territorialisation des politiques de prévention. Il pourrait d'ailleurs s'inspirer du travail fait en son temps lors de l'élaboration des SROS III mais également de toute l'expérience accumulée par les GRSP ayant adopté une logique de territorialisation.

L'élaboration de méthodes sur la façon de concevoir les découpages, sur la façon d'élaborer un projet local, la réflexion stratégique permettant de concevoir un projet unifié cohérent entre soins et prévention devrait faire l'objet d'une impulsion nationale.

Les échanges d'expériences, la communication d'initiatives innovantes, le transfert d'expériences mériteraient d'être soutenus. Par ailleurs, le système d'information exemplaire existant pour les PRSP est appelé à évoluer pour introduire la nouvelle donne de la territorialisation.

11. Faciliter les conditions d'implantation

Proposer une compréhension commune de la prévention

Comme cité préalablement, les notions de prévention ne font pas l'objet d'un consensus et sont en phase de renouvellement. Quelles sont les contributions spécifiques des mesures collectives en termes d'amélioration de la santé d'une population et en termes de lutte contre les inégalités de santé? Sont-elles susceptibles de potentialiser les interventions des professionnels de soins? Comment orienter le système de soins afin qu'il élargisse au mieux sa palette d'interventions à des activités de prévention et de promotion de la santé?

À l'heure où s'efface partiellement la distinction entre services curatifs et services préventifs, il ne semble plus opérationnel de définir les missions des uns et des autres à partir de domaines d'intervention en réservant les mesures individuelles de prévention et les soins pour les professionnels de santé et en gardant les mesures collectives dans l'escarcelle des politiques publiques (environnement, logement etc.) et des acteurs agissant dans le domaine de la prévention primaire. Il s'agira d'aller plus loin que ce qui est esquissé dans ce travail en élaborant des typologies d'actions par secteur d'intervention (système de soins, éducation pour la santé, actions intersectorielles...) puis en précisant pour chaque action individualisée les rôles de chaque type de professionnels et leurs contributions spécifiques, les responsabilités réciproques et les interactions⁹⁷.

Développer l'observation territoriale de la santé et les systèmes d'information partagés

Les données existent mais sont souvent éparpillées et détenues par des institutions différentes. Les méthodes permettant des diagnostics territoriaux bénéficient d'expériences de longue date dans le cadre de la politique de la ville. D'ores et déjà, de nombreux observatoires régionaux de la santé ont réalisé des travaux au niveau communal ou intercommunal⁹⁸, de nombreuses régions ont mis en place des plates-formes d'observation sanitaires et sociales mettant autour d'une même table les différents détenteurs d'information présents dans une région.

⁹⁷ On peut regretter que peu d'universitaires en France développent des recherches sur ces thèmes contrairement à d'autres pays (Canada, Belgique, Suisse, Espagne...).

⁹⁸ 16 ORS sur les 26 existants ont réalisé des travaux au niveau intercommunal, communal ou des quartiers. Douze ont connaissance de la mise en place d'observatoires locaux. Le prochain congrès des ORS en octobre 2008 porte sur les inégalités sociales et territoriales de santé, des sessions étant consacrées aux instruments de mesures au niveau local

Parallèlement, des systèmes d'information se mettent en place afin de mieux visualiser le parcours de santé de populations particulièrement fragiles.

Dans le cadre de la mise en place des ARS, il pourrait être souligné la nécessité d'accompagner la territorialisation par une observation fine et la gestion de systèmes d'information qui permettent la mise en place d'actions pertinentes et apportent des éléments permettant une évaluation.

Faciliter les nouveaux modes de pratiques des professionnels

De plus en plus de professionnels de santé aspirent à travailler en équipe. Les regroupements peuvent être facilités quels que soient les modes d'exercice (libéral, salarié, temps plein ou partiel) en aménageant des cadres souples et évolutifs. Les modalités peuvent être géographiques, (maisons médicales, maisons de santé de proximité, centres de santé municipaux) ou fonctionnels (réseaux de santé, « communautés de santé »). En ce sens, le projet local de santé pourrait être perçu comme facteur d'attractivité de l'installation de professionnels de santé

La libération du temps médical qui devient rare passe par la création de métiers soutenant l'exercice professionnel individuel avec selon les cas un objectif de transfert ou de partage de charges. À l'instar d'autres pays peuvent ainsi être créés différents types de compétences : gestionnaire de cas (réalisant, souvent pour une personne présentant une maladie chronique, une évaluation des besoins sanitaires et sociaux, assurant le rôle de personne ressource, planifiant les services nécessaires et en assurant la coordination), « coach » pour les patients présentant des maladies chroniques, infirmière de prévention relayant les messages individuels et assurant un suivi permettant de soutenir la motivation du patient (une par territoire par exemple), personnes relais assurant médiation entre les personnes et les professionnels la santé visant à améliorer l'accès aux soins des personnes en difficulté d'insertion sociale et culturelle ...

Impulser des formations communes de santé publique

Une lutte efficace contre les inégalités de santé passe nécessairement par l'acquisition de connaissances, de compétences et de savoir faire à tous les niveaux d'intervention. Il convient de donner une nouvelle impulsion pour développer l'idée d'équité en matière de santé dans le milieu médical grâce à des formations en santé publique et prévention dans le cadre de la formation médicale initiale et continue.

Il faut également faire sauter le verrou actuel ne permettant pas la reconnaissance de formations pluri professionnelles dans le cadre des formations continues. Faciliter le travail commun d'acteurs ayant des cultures professionnelles très différentes passe également par la possibilité de formations communes portant sur un tronc commun facilitant la compréhension de logiques différentes, l'acquisition d'un langage et d'une culture commune, une meilleure connaissance des secteurs d'intervention réciproques et la possibilité d'échanges et de débat.