

**Etat des lieux et synergie de la  
communication publique aux  
usagers en matière de santé et  
d'offre de soins**

***Rapport présenté par :***

***Messieurs Michel RAYMOND et Pierre-Louis REMY***

***Membres de l'Inspection générale des affaires sociales***

***Rapport n° 2005 035  
Avril 2005***

Inscrite au programme 2004 de l'IGAS à la demande du SICOM, le service d'information et de communication du ministère de la santé, cette mission avait pour première ambition de recenser les actions de communication des opérateurs publics, en matière de santé et d'offre de soins et d'examiner les possibilités et les opportunités de renforcer les synergies entre eux.

Nous avons focalisé notre attention, et c'est déjà un sujet très large, sur la communication de service aux usagers.

Le constat principal fait par la mission, dans l'état des lieux qui constitue la première partie du rapport, c'est d'abord l'importance des actions de communication des organismes publics en matière de santé et d'offre de soins. Importance quantitative et aussi diversité qualitative, campagnes, relations presse, publications, sites Internet, centres d'appel téléphoniques etc. Ces deux dernières catégories de moyens de communications, modernes et récents, et plus interactifs, sont en fort développement et prennent une importance considérable.

Notons également que les frontières ne peuvent être nettes entre la communication pour les professionnels et celle pour le grand public.

Ce volume, que certains responsables trouvent d'ailleurs encore insuffisant, ne doit rien au hasard.

C'est d'abord le fait que la santé est un objet de plus en plus important de communication, parce que c'est une préoccupation majeure de nos concitoyens et parce que de nombreux acteurs du monde de la santé, à commencer par l'industrie pharmaceutique, les professions médicales mais aussi les associations d'usagers ont fait de la communication, un axe stratégique.

C'est aussi parce que les pouvoirs publics et l'assurance maladie, que ce soit pour des objectifs de santé publique, d'amélioration du fonctionnement et de l'efficacité du système de soins ou plus spécifiques (ainsi la lutte contre les drogues et la toxicomanie), souhaitent faire évoluer les comportements.

C'est enfin parce que la loi reconnaît de plus en plus des droits au patient et que dès lors il est légitime que les pouvoirs publics se préoccupent de l'en informer.

Soulignons dans cet état des lieux que la communication, très importante dans le domaine des comportements et de l'éducation pour la santé, est encore modeste dans les domaines de l'offre de soins et des droits des patients.

An niveau régional, nous retrouvons une multiplicité d'émetteurs, avec les administrations d'Etat, l'agence régionale de l'hospitalisation, l'URCAM notamment, mais aussi les caisses de sécurité sociale et l'ensemble des réseaux associatifs, depuis les observatoires régionaux de la santé jusqu'aux associations des réseaux de la MILDT et de l'INPES. Signalons l'émergence du groupement régional de la santé publique (GRSP) et de la mission régionale de santé (MRS). La capacités de communication de l'ensemble reste limitée, l'action étant concentrée sur les « relations presse » et quelques publications, et souvent réservée à la gestion des crises sanitaires.

**La communication, est ainsi, au cœur de l'action en santé,** et les administrations doivent en tirer les conséquences, en développant les compétences et les fonctions de communication en leur sein, et en intégrant, plus encore qu'aujourd'hui (la DGS a plus

que les autres une expérience dans ce domaine) la communication au cœur de leur stratégie d'action en santé.

Cela vaut aussi au plan local, sous l'impulsion des préfets et des directeurs d'ARH, mais aussi avec l'implication active des directeurs de DRASS et DDASS.

### **Un foisonnement inévitable, souhaitable**

La multitude des raisons de communiquer, la multitude, voulue par le législateur, des organismes publics intervenant dans le champ de la santé et de l'offre de soins, génère inévitablement un foisonnement dans la communication.

La mission a considéré que cette situation devait non seulement être acceptée, mais même être confortée sous un certain nombre de conditions.

Ce foisonnement est inévitable à partir du moment où le législateur a choisi, dans le champ de la santé de multiplier les organismes, en les dotant, chacun de la personnalité morale et en leur assignant des fonctions spécifiques de communication. Le statut spécifique de la CNAMTS et des autres caisses de sécurité sociale n'est pas, de toute façon, compatible avec le renoncement à une autonomie de parole. La création de la Haute Autorité de santé, indépendante et dotée de missions de communication, renforce cette situation.

Ce foisonnement protège l'Etat. Si celui-ci devait être le gardien de la « parole publique » vers les usagers, il prendrait une responsabilité, très difficile à exercer et qui l'exposerait à l'extrême : soit parce qu'il n'aurait pas assez communiqué et on lui reprocherait sa censure ou son silence, soit parce qu'il aurait exprimé des propos qui, même nuancés ou conditionnels seraient considérés comme préjudiciables à telle catégorie ou tel intérêt.

Pour que ce foisonnement ne soit pas cacophonie, il est essentiel que plusieurs conditions soient remplies.

### **Une exigence de clarté**

Il est important de distinguer les différents types de communication aux usagers : la mission en a retenu quatre :

- La communication scientifique, qui touche essentiellement au savoir médical, et qui est marquée par le caractère controversé, évolutif et provisoire de ce savoir. Le critère de qualité de l'information diffusée est son degré de validation.
- La communication institutionnelle, qui vise à annoncer, à expliquer, à légitimer une action, une décision. Le critère de qualité de l'information diffusée est la cohérence avec les choix effectués, avec l'action menée.
- La communication promotionnelle, qui vise à promouvoir ou modifier un comportement. Le critère de qualité de l'information diffusée est la capacité de conviction des messages.
- La communication « informationnelle », qui a pour objectif de donner à un public des éléments d'information factuelle. Le critère de qualité de l'information diffusée est la conformité avec la réalité.

Dans ce contexte, il est indispensable que le positionnement et la légitimité des émetteurs soient clairs.

A cet égard, les agences sanitaires se sont clairement positionnées dans le champ de l'information scientifique. Cette orientation doit être confortée. Cela implique en particulier de veiller à bien distinguer communication sur l'évaluation du risque et sur la gestion du risque.

La première relève des scientifiques, donc en premier lieu, des agences. Les exigences qu'il faut poser à leur égard sont celles de la compétence scientifique et de l'indépendance. Le corollaire est naturellement que l'information qu'ils produisent soit transparente et largement accessible.

La gestion du risque implique arbitrage et décision. Ce qui est attendu du « gestionnaire du risque », c'est l'autorité et donc la légitimité et la responsabilité. C'est pourquoi la gestion du risque et donc l'expression publique sur celle-ci relève d'une autorité publique, et en premier lieu de l'Etat.

Certaines agences sanitaires sont ambivalentes, en particulier l'AFSSAPS, mais aussi l'AFSSA, à la fois agences scientifiques et autorités publiques. Il est essentiel que dans leur communication publique, elles prêtent une attention particulière au statut de leur parole, selon les circonstances.

La Haute Autorité, à la fois Autorité, mais exprimant des avis, et instance scientifique aura aussi à trouver sa place entre ces deux problématiques. C'est un enjeu essentiel.

L'exigence de clarté nous apparaît également essentielle, dans l'identification des éléments qui fondent le discours public sur les « bons » comportements, le « bon » usage des soins. En particulier il nous semble important que ne soit pas occultée l'interaction entre la légitimité scientifique et la légitimité économique, très prégnantes l'une et l'autre dans le discours public sur la santé. Il nous semble que la crédibilité de la parole publique est affaiblie, si un discours fondé, ce qui est tout à fait légitime, par des considérations médico-économiques est présenté comme justifié sur le terrain exclusivement scientifique. C'est aussi, nous semble-t-il un enjeu pour la Haute Autorité, que de favoriser la clarté, dans ce domaine.

### **Une exigence de cohérence et de coordination**

Il existe déjà de multiples coordinations formelles et informelles, à l'initiative du cabinet, de la DGS, dans le cadre du comité stratégique INPES, à l'occasion de projets... Elles fonctionnent et doivent être poursuivies.

Des progrès devraient cependant être réalisés dans quelques domaines.

Il faut d'abord à **renforcer la cohérence stratégique dans la durée** de la communication publique en santé vers les usagers. Cela passe par un **travail collectif** des directeurs d'administration centrale concernés, DGS, DRT, DHOS, DSS, auxquels nous proposons d'adjoindre le directeur de la CNAMTS, la chef du service du SICOM, le directeur de l'INPES et la chef de l'IGAS.

Le secrétaire général, pourrait prendre l'initiative de tels échanges qui pourraient prendre la forme de séminaires de travail espacés mais réguliers. La question se posera de la place de la Haute Autorité de Santé, dans ce processus de travail, qui la concerne à l'évidence.

Une telle démarche devrait en particulier faciliter la cohérence, indispensable, entre l'expression sur la **sécurité du travail et sur la sécurité sanitaire**. Elle devrait aussi favoriser la coordination et la complémentarité des initiatives de communication de **l'Etat et de l'assurance maladie**. Il faudrait que ce dernier point soit traité dans la convention d'objectif et de gestion, qui devrait comporter ainsi un volet « communication » explicite.

Dans ce cadre, serait traitée la mise en cohérence de l'organisation des plates-formes de services téléphoniques, aujourd'hui un peu « désordonnée ».

Enfin, naturellement, il est essentiel de renforcer les coopérations régionales. Les groupements régionaux de santé, mis en place par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, pourraient en être un outil central.

### **Une exigence de pédagogie de la complexité et du risque**

La santé est un sujet compliqué, à cause de la complexité du savoir médical, de ses immenses zones d'ombre, de son caractère évolutif, et aussi de ses dimensions économiques. Il concerne tout le monde. Il est essentiel, dans la communication « grand public », de ne pas gommer cette complexité, mais de l'expliquer.

La pédagogie doit porter aussi sur **le risque** et son corollaire, **la précaution**. La société sans risque est une illusion, dépourvue de sens. Et chaque démarche de précaution, évidemment tout à fait indispensable, dans l'absolu, doit s'arbitrer avec d'autres exigences de précaution et avec d'autres impératifs.

La Haute Autorité de Santé, en particulier, devrait contribuer à ces deux enjeux pédagogiques.

### **Renforcer la communication publique dans trois domaines**

Globalement l'expression publique, en matière de santé est abondante. Trois champs, cependant, apparaissent moins couverts et mériteraient donc un effort accru de communication aux usagers, **la santé au travail, les droits des usagers, l'offre de soins**. Des projets sont en cours dans ces trois domaines. Il faut s'en réjouir.

En ce qui concerne la santé au travail, ce sera, à notre sens, un des enjeux de l'agence pour la santé au travail, qui devrait prochainement être mise en place.

En ce qui concerne les droits des usagers, il y a de gros efforts à faire, les initiatives prises jusqu'à maintenant étant limitées, et focalisées prioritairement sur les représentants des usagers. Il nous semble que l'Etat a intérêt à s'appuyer, sans naturellement que ce soit un canal unique, sur les associations d'usagers. Les établissements de soins, parce qu'ils sont très directement concernés par le sujet, et parce qu'ils sont un lieu privilégié de rencontre avec les usagers ont aussi un rôle important à jouer dans ce domaine. Les conventions d'objectifs et de moyens, devraient traiter systématiquement de ce sujet.

Sur l'offre de soins, il s'agit d'abord d'expliquer la politique menée, les priorités retenues. Dans ces domaines, au delà du renforcement de l'expression centrale, notamment celle de la DHOS, il faut développer la communication au plan local, celui de la proximité avec l'utilisateur. Ce devrait être une des missions prioritaires de la mission

régionale de santé, mise en place par la loi du 12 août 2004, et le décret du 2 décembre 2004, qui réunit URCAM et ARH.

En ce qui concerne la communication sur les établissements de soins, la mise au point d'une batterie d'indicateurs de qualité est évidemment utile. La question reste ouverte, à nos yeux, de savoir qui doit valider la définition de ces indicateurs, et qui doit les diffuser. Pour ce qui concerne la définition, il nous semble que la Haute Autorité de Santé pourrait exercer une fonction directrice. La diffusion devrait relever d'abord des établissements eux-mêmes. Et il n'est pas sûr que l'Etat doive être en première ligne. En tout état de cause, il paraît important de considérer ces indicateurs comme évolutifs dans le temps.

Une démarche d'agrégation des indicateurs, pour aboutir à des formes de classement présente des difficultés méthodologiques importantes, plus encore si elle est faite sous la responsabilité de l'Etat. Il convient nous semble-t-il d'être très prudent, et à tout le moins progressif, dans ce domaine.

### **Conforter l'INPES dans son rôle d'opérateur central de la communication publique vers les usagers, dans le champ de la santé publique.**

L'INPES est aujourd'hui le premier acheteur public d'espace dans le champ de la santé. Il possède une expertise très grande dans le montage de campagnes, et notamment, ce qui est essentiel, dans l'agencement des différents formes et supports de communication. Il a développé une compétence dans le champ de la mobilisation et de l'éducation des usagers, en matière de santé. Il possède naturellement aussi l'expertise technique et juridique indispensable en matière de marchés publics.

Dès lors il apparaît naturel de conforter le rôle directeur de l'INPES, en matière de communication publique auprès des usagers, dans le champ de la promotion de la santé, pour le compte de l'ensemble des administrations publiques, et pourquoi pas de l'assurance maladie. A l'inverse, la communication institutionnelle, notamment sur les réformes relèverait du SICOM (et du SIG).

Cette orientation aurait naturellement pour corollaire un renforcement du comité stratégique de l'INPES. Il s'agit moins de modifier sa composition de principe, que de renforcer les niveaux de participation, en particulier celui de la CNAMTS, et de faire en sorte que son mode de fonctionnement opérationnel permette à chacun des membres de contribuer pleinement à son rôle stratégique.

### **Repositionner le SICOM**

Le SICOM opère dans un environnement très dense, en ce qui concerne la communication publique en santé. Pour que son expertise puisse se déployer avec toute son efficacité, il nous apparaît opportun de le focaliser sur certaines fonctions prioritaires.

Il doit rester naturellement l'opérateur privilégié de la communication institutionnelle du ministère, en lien étroit, donc avec le cabinet du ministre et les directions d'administration centrale.

Dans la même logique, le SICOM pourra être l'opérateur, pour le compte des directions du ministère, de la mise en œuvre d'actions de communication vers le grand public concernant les droits des usagers et la politique de l'offre de soins. En revanche, le

Résumé du rapport n° 2005 035 présenté par Michel Raymond et Pierre-Louis Rémy, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

---

SICOM n'a plus vocation à intervenir dans le champ de la promotion de la santé, comme il l'a fait il y a peu pour la contraception, par exemple ; l'INPES doit être, nous l'avons dit, l'opérateur naturel de l'Etat dans ce domaine.

En outre, la mission estime que le SICOM a un rôle important à jouer d'**appui au développement d'une fonction stratégique de communication vers les usagers**, au sein du ministère de la santé. Le SICOM devrait y contribuer de trois façons :

- en assurant le secrétariat du processus stratégique de la communication publique en santé, que nous avons proposé de mettre en place, à l'initiative du secrétaire général.
- en coordonnant et impulsant le développement de baromètres propres à éclairer les administrations sur la perception des usagers sur la santé publique et le système de soins.
- en ayant une mission générale d'évaluation des actions de communication menées dans le secteur de la santé, responsabilité qu'elle devrait exercer en lien avec l'organisme émetteur de communication.

Enfin le SICOM doit poursuivre et amplifier son rôle d'appui à la fonction communication dans les services déconcentrés du ministère en charge de la santé.

Au terme de notre analyse, il faut d'abord souligner que beaucoup de choses ont été faites, que la prise de conscience de l'importance de la communication a beaucoup progressé dans les institutions publiques, que de nombreuses initiatives sont prises, souvent pertinentes.

Il reste que, de toute façon, la communication va devenir, dans le futur, toujours plus prégnante, toujours plus importante. L'organisation de l'action publique doit en tirer les conséquences, en donnant à ces questions une place stratégique, tant au niveau central, que territorial.

Ce renforcement exige de la cohérence. Mais ce souci de cohérence ne doit conduire ni à l'unité de la parole (ceci comporterait beaucoup plus de risques que d'avantages), ni au refus de la complexité, qu'il s'agit, au contraire, de mettre en lumière et d'expliquer.

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>PREMIERE PARTIE : L'ETAT DES LIEUX.....</b>	<b>5</b>
1.1 LES DIRECTIONS TECHNIQUES DE MINISTÈRES .....	5
1.1.1 <i>La direction générale de la santé (DGS).....</i>	5
1.1.2 <i>La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS).....</i>	7
1.1.3 <i>La mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT).....</i>	8
1.1.4 <i>La direction de la Sécurité Sociale, DSS.....</i>	10
1.1.5 <i>Le service de l'information et de la communication, SICOM .....</i>	11
1.2 LES AGENCES SANITAIRES .....	13
1.2.1 <i>L'INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, opérateur majeur de communication dans le champ de la santé. ....</i>	14
1.2.2 <i>Les autres agences sanitaires.....</i>	18
1.2.2.1 <i>L'institut de veille sanitaire (InVS) .....</i>	18
1.2.2.2 <i>L'AFSSAPS, agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.....</i>	19
1.2.2.3 <i>L'ANAES, agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.....</i>	21
1.2.2.4 <i>L'AFSSA, agence française de sécurité sanitaire des aliments.....</i>	22
1.2.2.5 <i>L'AFSSE, agence française de sécurité sanitaire de l'environnement.....</i>	23
1.2.3 <i>Une agence largement oubliée : l'ATIH .....</i>	23
1.2.4 <i>La perspective d'une agence de la santé au travail .....</i>	24
1.2.5 <i>La Haute Autorité de Santé, autorité indépendante en devenir.....</i>	24
1.3 LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE, CNAMTS. ....	25
1.3.1 <i>Les moyens de communication de la CNAMTS.....</i>	26
1.3.2 <i>Les principaux outils de communication de la CNAMTS.....</i>	26
1.3.3 <i>Les partenariats de la CNAMTS .....</i>	27
1.3.4 <i>La structure interne de la CNAMTS.....</i>	28
1.4 LES INSTITUTIONS EN RÉGIONS .....	28
1.4.1 <i>Les réseaux de la MILDT, de l'INPES.....</i>	28
1.4.2 <i>Les administrations publiques et l'assurance maladie.....</i>	29
1.4.2.1 <i>L'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) .....</i>	29
1.4.2.2 <i>L'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).....</i>	29
1.4.2.3 <i>La DRASS.....</i>	30
1.4.3 <i>Les outils régionaux de communication.....</i>	31
1.4.4 <i>L'émergence de la Région dans le domaine de la santé.....</i>	31
<b>DEUXIEME PARTIE : ELEMENTS SAILLANTS POUR POSER UN DIAGNOSTIC SUR LES SYNERGIES .....</b>	<b>33</b>
2.1 COMPLÉMENTARITÉ ET DIVERSITÉ DE LA COMMUNICATION EN SANTÉ.....	33
2.1.1 <i>La communication des agences sanitaires marquée par leur ambivalence, à la fois établissements publics et organismes scientifiques .....</i>	34
2.1.1.1 <i>Les Agences, experts des pouvoirs publics :.....</i>	34
2.1.1.2 <i>Les Agences : une légitimité scientifique globalement acquise.....</i>	36
2.1.1.3 <i>Les difficultés du FOPIM .....</i>	36
2.1.1.4 <i>Les agences, producteurs et diffuseurs d'information scientifique pour le grand public .....</i>	37
2.1.1.5 <i>La complexité de l'information scientifique est à expliquer, non à gommer .....</i>	38
2.1.2 <i>Les campagnes de promotion et d'éducation de la santé.....</i>	38
2.1.2.1 <i>Une volonté d'agir sur les comportements en santé.....</i>	38
2.1.2.2 <i>Un opérateur efficace, l'INPES .....</i>	39
2.1.2.3 <i>La montée en puissance de l'assurance maladie : .....</i>	39
2.1.2.4 <i>Deux acteurs majeurs, plutôt complémentaires.....</i>	40
2.1.3 <i>L'information des usagers du système de soins .....</i>	40
2.1.3.1 <i>L'information sur les droits des patients et des usagers du système de santé .....</i>	41
2.1.3.2 <i>L'information sur l'offre de soins :.....</i>	41
2.1.4 <i>La communication institutionnelle .....</i>	43
2.2 DES COORDINATIONS MULTIPLES, ET QUELQUES ABSENCES QUI INTERROGENT.....	44
2.2.1 <i>Des lieux et procédures bien identifiées.....</i>	44
2.2.1.1 <i>La réunion du lundi matin .....</i>	44
2.2.1.2 <i>La coordination de la communication des agences sanitaires par la DGS .....</i>	44
2.2.1.3 <i>Le comité stratégique DGS-INPES.....</i>	45

2.2.1.4.	La réunion mensuelle du SICOM .....	46
2.2.1.5.	Des lieux de coordination plus généralistes .....	46
2.2.2.	<i>Des coopérations structurées à l'occasion de projets</i> .....	46
2.2.3.	<i>De multiples liens et coordinations informelles et opérationnelles</i> .....	47
2.2.4.	<i>L'absence d'instance administrative, ayant une fonction stratégique, en matière de communication</i> .....	47
2.2.5.	<i>L'articulation risque sanitaire, risque professionnel</i> .....	47
2.2.6.	<i>La place de l'assurance maladie</i> .....	48
2.2.7.	<i>La coordination de la communication publique au niveau territorial</i> .....	48
2.2.8.	<i>La coordination communication-action</i> .....	48
2.2.9.	<i>La multiplication des plate-formes téléphoniques</i> .....	49
<b>TROISIEME PARTIE : REPERES POUR L'ACTION</b> .....		<b>50</b>
3.1	LA COMMUNICATION, AU CŒUR DE L' ACTION EN SANTÉ .....	50
3.2	LE FOISONNEMENT : UNE DONNÉE, INÉVITABLE, POSITIVE .....	52
3.2.1.	<i>Une exigence de cohérence et de coordination</i> .....	52
3.2.1.1	Créer un cadre de travail pour la construction de la cohérence stratégique .....	52
3.2.1.2	Des actions prioritaires .....	53
3.2.1.3	La coordination au plan local.....	53
3.2.2	<i>Une exigence de clarté</i> .....	53
3.2.3	<i>Une exigence de pédagogie</i> .....	54
3.2.3.1	Pour une pédagogie de la complexité .....	54
3.2.3.2	Pour une pédagogie du risque .....	55
3.3	RENFORCER LA DIFFUSION D'INFORMATIONS DANS TROIS DOMAINES .....	55
3.3.1	<i>La santé au travail</i> .....	55
3.3.2	<i>Le droit des usagers</i> .....	55
3.3.3	<i>L'offre de soins</i> .....	56
3.4	CONFORTER L'INPES DANS SON RÔLE D'OPÉRATEUR CENTRAL DE LA COMMUNICATION PUBLIQUE VERS LES USAGERS, DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ PUBLIQUE .....	56
3.5	REPOSITIONNER LE SICOM.....	57
3.5.1	<i>Le SICOM, opérateur pour la communication institutionnelle et informationnelle</i> .....	57
3.5.2.	<i>Un rôle d'appui à la fonction stratégique de communication en santé</i> .....	58
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>60</b>
<b>ANNEXES</b>		

## INTRODUCTION

Inscrite au programme 2004 de l'IGAS à la demande du SICOM, le service d'information et de communication du ministère de la santé, cette mission avait pour première ambition de recenser les actions de communication des opérateurs publics, en matière de santé et d'offre de soins et d'examiner les possibilités et les opportunités de renforcer les synergies entre eux. Il est apparu d'emblée à la mission qu'il convenait de resserrer la question, tant le champ de la communication en santé est large.

La communication publique, en santé, comporte, en effet plusieurs volets, qu'on peut regrouper sous trois chapitres principaux :

La communication d'information et de valorisation de l'action menée. Cette dimension touche directement à la communication du gouvernement pilotée par les ministres et leur cabinet et par le service d'information du gouvernement, le SIG. Elle obéit à des règles spécifiques et il nous a semblé qu'elle n'entrait pas dans le champ de notre mission, qui s'est limité au champ d'action administrative.

La communication de crise s'inscrit intimement dans le traitement des crises. Nous ne l'avons pas abordé directement, car ce sujet nous paraissait inséparable de celui, plus large, de la gestion des crises, dont elle est une composante essentielle.

Nous avons focalisé notre attention, et c'est déjà un sujet très large, sur la communication de service aux usagers, qui recouvre de multiples aspects, par exemple, la prévention des risques, l'évolution des comportements, à la fois de consommation courante et de produits de santé, la connaissance de ses droits, de l'offre de soins...

La communication en santé s'inscrit dans un contexte particulièrement sensible et évolutif. Les questions de santé sont une préoccupation majeure de nos concitoyens, comme en témoignent le volume des articles de presse et le temps média qui lui sont consacrés ; il y a là une montée en puissance depuis une vingtaine d'années, période ponctuée il est vrai de crises sanitaires exceptionnelles, sans oublier les préoccupations croissantes de santé liées aux conditions de travail et à l'environnement : 900 articles sont répertoriés chaque semaine par le SICOM dans les médias. Dans la presse quotidienne et magazine, les rubriques « santé » sont devenues systématiques, sans oublier, bien sûr, les périodiques spécifiquement dédiés à ce sujet ; les journalistes spécialisés dans ce domaine sont en nombre croissant.

Et de nombreux acteurs du monde de la santé, à commencer par l'industrie pharmaceutique, les professions médicales et aussi les associations d'usagers ont fait de la communication, un axe stratégique.

Le contexte de cette mission, c'est aussi l'évolution de l'organisation des pouvoirs publics, au sens large, dans le domaine de la santé, depuis une dizaine d'années, avec la création d'agences sanitaires spécialisées au niveau national, mais aussi au niveau régional, des agences régionales de l'hospitalisation et des URCAM, sans oublier les évolutions en cours avec la création de la Haute Autorité de Santé, ainsi que de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, l'UNCAM, au niveau national, des groupements régionaux de santé publique, GRSP, et des missions régionales de santé, MRS, au niveau régional.

Cette multiplication d'émetteurs publics, aux côtés du ministère de la santé, mais aussi du ministère de l'environnement pour la santé environnementale, du ministère de l'agriculture pour la sécurité alimentaire ou du ministère du travail pour la santé au travail, peut laisser craindre une parole en santé trop multiple, voire cacophonique.

Cela a été une préoccupation majeure de la mission d'analyser cette diversité d'émetteurs et de paroles émises et d'examiner quels enseignements pouvaient en être tirés et quelles recommandations faire.

Dans son analyse et ses propositions, la mission s'est efforcée de prendre en compte les impératifs de cohérence et de lisibilité pour l'utilisateur, le souci d'efficacité et de bonne utilisation des moyens et des compétences des opérateurs publics, mais aussi le respect de l'autonomie et des responsabilités spécifiques de chacun, la diversité des positionnements et des légitimités, dans le contexte spécifique de l'instabilité du savoir médical et de l'extrême sensibilité de la population dans ce domaine. Cela l'a conduit plusieurs fois à aborder des questions qui touchent à la stratégie de l'action publique en santé, tant le fond de l'action et la communication sont souvent indissociables, avec le souci prioritaire de proposer des repères pour agir à tous les intervenants publics.

Le présent rapport s'articule en trois parties :

- L'état des lieux, mise à plat de l'action des différents intervenants, directions de ministères ou mission interministérielle, agences sanitaires et caisse nationale d'assurance maladie, ainsi que le niveau régional.
- Les éléments saillants pour poser un diagnostic
- Les repères et recommandations pour l'action

## **PREMIERE PARTIE : L'ETAT DES LIEUX**

La multiplicité et la diversité des émetteurs publics en matière de santé et d'offre de soins nécessitent d'effectuer cette mise à plat factuelle. Sans chercher l'exhaustivité, la mission s'est attachée à dresser cet état des lieux des actions et des moyens des intervenants publics essentiels, en distinguant :

- les directions techniques de ministères, y compris mission interministérielle
- le SICOM
- les agences sanitaires, avec une mention particulière pour l'INPES
- la CNAMTS

La mission s'est également rendue dans une région, Rhône-Alpes, pour disposer d'un aperçu du positionnement des acteurs principaux, en rencontrant l'ARH, la DRASS et l'URCAM.

### **1.1 Les directions techniques de ministères**

#### *1.1.1 La direction générale de la santé (DGS)*

La DGS s'est dotée depuis quelques années d'une véritable cellule de communication, qui correspond à l'émergence forte de ces thèmes sanitaires dans l'opinion publique et au rôle majeur de cette direction en matière de santé.

a) la cellule de communication

- Composition : elle comprend 5 agents à temps plein, 4 cadres dont un médecin, et une assistante ; s'y ajoute la collaboration des agents des 24 bureaux de la DGS qui participent à la conception et l'élaboration de campagnes ou de supports de communication.
- Rattachement : directement au Directeur Général de la Santé, afin d'intégrer pleinement la dimension information et communication à l'action de la direction elle-même ; elle est en liaison fréquente avec les responsables de la communication au cabinet du Ministre, ainsi qu'avec le SICOM selon les besoins.
- Les missions : la cellule de communication, dans le cadre de l'action de la DGS, opère dans huit domaines de compétences :
  - Les relations avec la presse et les médias
  - La conception de dossiers de santé publique mis en ligne sur internet
  - Le service électronique d'alerte des professionnels de santé « DGS-urgent »
  - L'édition de documents papiers et multimédia
  - L'organisation d'évènements en santé publique
  - La mise en œuvre et le suivi de campagnes de communication grand public
  - La collaboration à la réalisation des supports de communication interne
  - La coordination de la communication des agences sanitaires sous tutelle de la DGS

- Budget : il n'y a pas de crédits de communication identifiés au sein du budget de la direction, l'information étant en elle-même un outil de santé publique ; les dépenses de communication sont ainsi intégrées dans les actions de santé ; c'est le cas en particulier des actions menées avec des partenaires (associations etc) ou les agences sanitaires (INPES en particulier).
- Les sites internet :  
La DGS communique par l'intermédiaire de deux sites internet :
  - Le site du ministère : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) ; ce site est géré par le SICOM, qui assure en particulier toute la partie technique ; la DGS fournit les contenus, rédigés plus spécialement par un agent de la cellule communication, médecin, en collaboration étroite avec les bureaux concernés ;
  - Le portail « [sante.fr](http://sante.fr) », géré par la DGS, axé sur le dispositif de veille et de sécurité sanitaire, et qui donne l'information et l'accès aux dix agences sanitaires sous tutelle DGS, et à de multiples autres sites.

Avec Internet, la DGS poursuit un triple objectif :

- Informer la population sur les questions de santé publique, avec statistiques, conseils et coordonnées des organismes ressources, par exemple sur les accidents de la vie courante, les téléphones mobiles, le tabac, les informations sanitaires aux voyageurs etc.
- Présenter la politique des pouvoirs publics sur certains problèmes de santé, tels que l'alcool, la démographie médicale, le droit des malades, le plan national nutrition -santé etc.
- Constituer un outil au service des professionnels de santé, praticiens ou universitaires, avec des informations médicales et pratiques validées sur des sujets précis, tels qu'infections à méningocoques, hépatite C, légionelloses, BIOTOX, rage etc.

Les dossiers internet DGS forment 70 % des dossiers thématiques mis en ligne et sont parmi les plus fréquentés du site du ministère, en raison de la forte médiatisation de ces thèmes sanitaires.

- Les numéros verts :  
Jusqu'en 2004, la DGS, plus particulièrement son bureau d'alerte, était amenée à mettre en place des numéros verts en urgence (exemples : vaccination contre la méningite dans le Puy de Dôme, épidémie de SRAS) ; cette prestation est désormais transférée au SICOM, la DGS fournissant bien sûr le contenu et les textes référents.
- Le service électronique d'alerte des professionnels de santé « DGS-Urgent » :  
C'est un service d'information d'alerte sanitaire, par mail, créé par la cellule communication avec le concours des sous-directions de la DGS, à destination de 18 000 abonnés, professionnels de santé, et un relais est assuré auprès de 60 000 abonnés supplémentaires. 30 messages ont été émis en 2004, et 27 en 2003.

- Les campagnes de communication :  
La DGS ne réalise pas elle-même de grandes campagnes de communication ; pour l'essentiel, elle délègue à l'opérateur du ministère de la santé, l'INPES, institut national de prévention et d'éducation pour la santé, établissement public qui a succédé au CFES, comité français pour l'éducation à la santé en 2002. La DGS est cependant au cœur du dispositif ; elle est consultée et suit l'élaboration des campagnes, dont l'INPES assure le pilotage, les actions, l'élaboration des cahiers des charges, les achats d'espaces.  
La DGS coopère par ailleurs avec d'autres ministères, organismes ou même entreprises privées pour certaines campagnes, comme la campagne monoxyde de carbone élaborée et cofinancée avec le ministère de l'Intérieur et Gaz de France, et le concours du SICOM pour l'achat d'espaces ; à citer également la campagne du programme national nutrition-santé (PNNS).

### ***1.1.2 La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)***

La DHOS, avec son réseau des agences régionales de l'hospitalisation, avec ses 1 000 établissements hospitaliers publics « sous tutelle », selon la culture hospitalière, communique relativement peu, et le plus souvent défensivement, lorsqu'un problème surgit dans un hôpital par exemple. Il n'y a pas vraiment au niveau de l'Etat de stratégie de communication sur le système de soins.

Selon le directeur lui-même, il y a un grand chantier à ouvrir, car le déficit de communication avec les usagers, les malades et leurs familles, est très fort, et dans plusieurs domaines :

- Les usagers (de plus en plus « clients ») du système de soins : qu'est-ce que c'est, comment ça marche, le rôle de l'Etat et de l'assurance maladie, les droits des malades : une dimension informative générale.
- L'offre de soins : soins de ville, hôpitaux et leurs spécialités
- La qualité des établissements : accréditation, évaluation

Soulignons que dans sa propre présentation, la DHOS n'affiche pas l'information du public parmi ses missions.

#### **a) La mission communication**

La mission a été créée il y a trois ans, elle est modeste ; surtout, elle est positionnée au sein de la sous-direction des affaires générales du pôle « professions de santé et affaires générales. Elle est chargée de la communication interne et externe de la DHOS, mais il est clair que son positionnement correspond davantage à la dimension interne.

- Missions  
En dehors de la communication interne (lettre « Rapid'DHOS » principalement et diffusion de dépêches d'agences, communiqués et dossiers de presse aux agents) les missions sont les suivantes :
  - préparer la stratégie qui intègre et met en cohérence toutes les actions de communication menées par la DHOS avec les grandes priorités du ministre, telles que gouvernance, cancer, périnatalité etc.
  - gérer les relations presse techniques : élaboration de communiqués, dossiers de presse, fiches argumentaires à partir des informations transmises par les sous-directions

- gérer l'interface communication avec le cabinet du ministre et le partenariat communication avec les autres directions
  - élaborer la politique éditoriale de la DHOS
  - Organiser les colloques de la DHOS, en collaboration avec le SICOM
  - Développer la coopération avec les partenaires extérieurs
  - Participer à l'élaboration de la stratégie de la campagne sur la valorisation des métiers hospitaliers
- Les colloques  
Seules véritables actions positives, et non « défensives », de communication (au-delà du contenu bien sûr), la DHOS a organisé six colloques au cours de l'année écoulée, sur des thèmes variés : hospitalisation à domicile, traumatisés crâniens et blessés médullaires, management du risque et circuit du médicament, développement des réseaux, forum hôpital local, répertoire des métiers.
  - Campagnes : la DHOS ne développe pas directement de campagnes de communication sanitaires.

b) Le projet de « classement » des hôpitaux

A la demande du ministre, un projet de « classement », ou tout au moins d'évaluation quantitative et qualitative des établissements est en préparation ; préparé avec la DRES, avec le concours de l'INSERM, et de l'ANAES, et en partenariat avec les quatre grandes fédérations d'établissements, ce projet rassemblerait une batterie d'une trentaine d'indicateurs. Un test est en cours dans 35 établissements, avec pour objectif une généralisation en 2005.

### *1.1.3 La mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT)*

Rattachée au Premier ministre par un décret du 15 septembre 1999, la MILDT coordonne les différents champs de la lutte contre les drogues, licites ou illicites ; elle propose au gouvernement les plans de lutte et impulse leur mise en œuvre en veillant à la cohérence des actions des différents ministères.

La communication fait partie intégrante des plans de lutte, et dans ce domaine de société complexe, le champ de compétence de la MILDT déborde le domaine de la santé, d'autant que près d'une vingtaine de départements ministériels sont concernés. La complémentarité et la cohérence des messages des pouvoirs publics sont essentiels à la réussite de la politique publique.

C'est à la MILDT qu'il revient donc de définir une stratégie de communication interministérielle.

Soulignons que la MILDT a différents « satellites », qui eux-mêmes ont des actions de communication propres, même si le site internet –et ceci doit être souligné positivement– est commun : « **drogues.gouv.fr** »

Ces « satellites » sont :

- L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), financé principalement par la MILDT, est un groupement d'intérêt public (GIP) regroupant l'Etat (ministères, MILDT), le réseau national Toxibase, et la fédération nationale des Observatoires régionaux de Santé. Il dispose de son propre conseil scientifique, distinct de celui de la MILDT. L'OFDT a sa propre chargée de communication, et si le contenu scientifique des études ne prête pas à débat, la coordination et les modalités de leur diffusion avec les actions de la MILDT oui.
- DATIS, Drogue Alcool Tabac Info Service, est un autre GIP, financé par la MILDT notamment, qui gère les numéros d'appels gratuits et anonymes ; à l'ancien « drogues info Service » datant de 1990, ont été ajoutés l'alcool et le tabac pour traduire l'extension du champ à l'ensemble des produits psychoactifs. A noter que le numéro unique du service national d'accueil téléphonique (le 113) a été remplacé récemment par trois numéros : **drogues info service** (0 800 23 13 13), **écoute cannabis** (0 811 91 20 20) et **écoute alcool** (0 811 91 30 30)
- Le réseau national d'information et de documentation TOXIBASE, association de service public financé par la MILDT depuis 1986, assure, avec le concours des centres associés, la diffusion sur tout le territoire de l'information et de la documentation de base, scientifique, en direction du grand public et des professionnels de santé, mais aussi de l'enseignement, du secteur social ou de l'information.

a) Les moyens humains pour la communication

Outre le service de communication de la MILDT, et les campagnes prises en charge par l'INPES, soulignons les moyens complémentaires, existant au niveau national à l'observatoire et au GIP DATIS :

- l'OFDT dispose, outre d'une chargée de communication, d'un service, le « Pôle valorisation et diffusion de l'information » doté de six agents.
- DATIS, entièrement dévoué à la communication téléphonique, a un effectif d'une centaine d'agents.

b) Le site commun « drogues.gouv.fr »

Mis en place par la MILDT en collaboration avec l'OFDT, DATIS et TOXIBASE, mais aussi l'INPES (alors CFES), ce site est un outil exemplaire concernant l'information et la prévention des drogues, en réunissant les différents partenaires, chacun ayant une responsabilité précisée sur certaines pages du site, correspondant à ses compétences.

Il faut noter que cela n'empêche pas certains partenaires d'avoir leur site propre par ailleurs ; cela va de soi pour l'INPES, dont la mission est beaucoup plus vaste. Le réseau TOXIBASE a le sien (toxibase.org), pour ses besoins propres, mais la page d'accueil renvoie au site commun

La MILDT, DATIS et l'OFDT n'ont pas d'autres sites.

c) Les campagnes de communication, avec l'INPES comme opérateur

En 1999, la MILDT a élaboré un plan triennal de communication, axé sur la volonté de rendre accessible au plus grand nombre les connaissances validées scientifiquement sur l'usage et la dépendance aux substances psychoactives.

Le CFES, comité d'éducation à la santé, devenu ensuite INPES, est l'opérateur de la MILDT, dans le cadre d'un conventionnement annuel assorti d'une subvention.

En 2000 : outre le site internet « drogues.gouv », ont été réalisées :

- une collection de 8 livrets « savoir plus » édités chacun entre 30 et 80 000 exemplaires
- l'édition du livre « savoir plus, risquer moins », tiré à 4 millions d'exemplaires
- une campagne télévisée sur le même thème

En 2001, a été menée une campagne presse, destinée aux adultes référents et renvoyant au dispositif d'information : livre d'information, numéro 113 de DATIS et site internet.

En 2002, une campagne radio en direction des jeunes concernant les consommations d'alcool, cannabis, tabac.

Pour l'ensemble de ce plan, la MILDT a versé à l'INPES 15 millions d'euros de subventions, dont 11,5 effectivement réalisés.

Un nouveau plan 2004/2008 a été élaboré, autour d'une approche par produit avec le souci d'une forte cohérence interministérielle, notamment pour bien articuler les préoccupations de santé, de prévention et d'ordre public.

La campagne « cannabis », lancée pour le volet santé en février 2005, en est le fruit ; deux autres volets suivront dans les prochains mois : l'un sur l'économie souterraine, l'autre sur le cannabis et la sécurité routière.

Vont par ailleurs être refondus en 2005, le livre « savoir plus, risquer moins », et le site internet, pour les mettre en cohérence avec les orientations de ce nouveau plan.

#### ***1.1.4 La direction de la Sécurité Sociale, DSS.***

La direction de la sécurité sociale communique peu ; elle n'est jamais l'émetteur direct d'une campagne, car celles-ci émanent le plus souvent du ministre et son cabinet ; sa communication se borne généralement à répondre aux questionnements des média.

Pourtant, la DSS ressent aujourd'hui davantage le besoin d'une communication propre, et a déjà accru sa capacité en la matière.

##### **a) Les moyens et actions de communication**

- Les moyens humains

Une chargée de communication et un webmaster, auxquels s'ajoutent une cellule téléphonique et la réponse aux courriers, très nombreux, des particuliers, pour l'ensemble des branches de la sécurité sociale. Il n'y a pas de budget individualisé.

- L'organisation de colloques

En 2003, la DSS, en partenariat avec le CNESS, centre national d'études de la sécurité sociale, et les caisses de sécurité sociale (qui ont financé) a organisé un colloque important, sur deux jours, sur le thème bilan et perspectives sur le développement de la démarche de contractualisation entre l'Etat, les caisses nationales, et les organismes de base.

- La campagne sur la réforme de l'assurance maladie en 2004

Grande campagne de 7 millions d'euros, elle émanait du ministère de la santé et de la protection sociale, et a été pilotée par le SICOM, la DSS intervenant en accompagnement.

- Les sites internet

La DSS apporte son concours pour le contenu des sites des deux ministères : « sante.gouv » et « social.sante.gouv ».

Au-delà, la DSS a mis en place un portail, en partenariat avec les organismes de sécurité sociale : « securite-sociale.fr ».

b) Les conventions d'objectifs et de moyens (COG)

Ces conventions, passées avec les caisses nationales, n'intègrent aucun aspect de communication. La question d'intégrer cette dimension est posée, sachant qu'il faut naviguer entre l'autonomie des caisses (et leurs conseils d'administration) et le souci de coordination.

La ligne de partage empirique actuelle pourrait se définir ainsi : la DSS (ou le ministère) communique sur les textes, les réformes institutionnelles, et la CNAMTS sur les droits des usagers, le bon usage des soins.

### *1.1.5 Le service de l'information et de la communication, SICOM*

Service à part entière, entièrement dédié à la communication, le SICOM est placé sous l'autorité des ministres chargés de la santé, de la protection sociale et de la solidarité.

A noter que la création récente d'un poste de secrétaire général du ministère, destiné à mieux assurer la permanence et la coordination de l'action ministérielle, n'a pas modifié cette situation ; en effet, la communication n'entre pas dans le champ de compétences du secrétaire général, contrairement à ce qui se fait dans d'autres ministères.

Le SICOM a plusieurs missions : valoriser de l'action de l'administration (la nuance avec l'action du ministre existe, sans être toujours nette), faire connaître les politiques gouvernementales au public et aux partenaires, et créer les conditions d'une amélioration de la communication interne des services.

En dehors des affaires générales et de la communication interne, le SICOM comprend plusieurs bureaux spécialisés :

- le bureau de la communication externe
- le bureau des relations avec la presse
- le bureau de la production – diffusion
- la cellule internet – intranet

Avec l'équipe de direction, c'est près d'une quarantaine d'agents, pour un champ, bien sûr, nettement plus vaste que celui de la santé.

Pour ce qui concerne la communication envers les usagers en matière sanitaire, soulignons les actions suivantes :

- Les relations presse

Dans ce domaine essentiel, le SICOM, avec le concours des directions techniques du ministère, DGS principalement, DHOS ou DSS, est amené à répondre aux sollicitations des média, et assister le cabinet du ministre.

- Les campagnes de communication

Le SICOM, depuis sa création, s'est toujours vu confié par les ministres le pilotage de campagne de communication institutionnelle sur-le-champ de la santé et de l'assurance maladie. Citons ainsi, pour le passé, les campagnes sur le carnet de santé, ou sur la politique du médicament. Certaines campagnes sont effectuées en partenariat, notamment avec la CNAMTS, mobilisée à cet effet par le ministère.

Pour la période récente, le mouvement s'est accéléré ; l'annexe 2 donne un tableau récapitulatif des campagnes des années 2002 à 2004.

En 2002, le ministère a mené ainsi trois campagnes, l'une sur la contraception et l'IVG, l'autre sur le cancer (« le cancer, parlons-en ») et enfin une campagne spécifique, et de moindre ampleur, sur le concours de médecin inspecteur de santé publique.

En 2003, une seule grande campagne a eu lieu, sur les médicaments génériques, avec plusieurs partenaires financeurs (un fonds de concours a été créé) : la CNAMTS, la CANAM, la MSA, la Mutualité française ainsi que le FOPIM, fonds pour la promotion de l'information médicale, géré par l'AFSSAPS, dont nous reparlerons.

En 2004, une campagne majeure, celle relative à la réforme de l'assurance maladie, avec le concours des caisses nationales d'assurance maladie, et une petite campagne à la radio sur la valorisation des métiers hospitaliers.

Le coût de ces campagnes dans le champ de la santé a été le suivant :

2002 : 4 259 628 euros

2003 : 2 515 457 euros

2004 : 7 373 091 euros

Soit un total de plus de 14 millions d'euros sur trois exercices, avec une variation forte d'une année à l'autre.

Ceci appelle quatre remarques :

- ces variations sont dues à l'actualité de l'action du ministère, et à la volonté du ministre, et soulignent que le SICOM n'agit pas dans un programme pluriannuel construit et dans le cadre d'un budget régulier ; ainsi en 2004, la campagne assurance maladie a consommé près de 80 % des crédits inscrits en loi de finances initiale ; l'année précédente, la priorité était la réforme des retraites. Le budget est fréquemment abondé en cours d'exercice.
- La présence du SICOM dans les campagnes de santé publique est épisodique, l'INPES jouant un rôle dominant.
- Pour certaine campagne, le SICOM est essentiellement le support juridique et financier (campagne cancer en 2002), tandis qu'il est l'opérateur pour d'autres.
- Le montant des dépenses de ces campagnes est à relativiser, notamment si on le rapporte au budget de l'INPES, qui est de l'ordre de 93 millions d'euros, dont 43 pour les campagnes proprement dites.

- Le site internet

Le site du ministère, « sante.gouv.fr », est géré par le SICOM ; il intègre les données d'information générale sur le ministère, ainsi que l'actualité, à partir de l'activité du ou des ministres et des directions, celles-ci fournissant des textes validés (DGS notamment) ou du contenu à mettre en forme de communication.

- La téléphonie sociale

L'importance de services téléphoniques croît très rapidement, et c'est particulièrement le cas en matière de santé. C'est le cas bien sûr lors de crise sanitaire, pour le SRAS par exemple (citons à ce sujet l'article instructif de N. Postel-Vinay, chargé de communication à la DGS, et J. Chemardin, du bureau des alertes à la DGS, paru dans une revue médicale), mais aussi de façon plus large sur l'ensemble des informations à caractère sanitaire.

Les numéros verts ou indigos sont devenus des moyens essentiels de communication.

Actuellement, le SICOM gère un tel service, tandis que l'INPES en a un également, et la MILDT aussi, à travers DATIS et son important service interne.

Le SICOM vient de lancer un marché public pour la mise en place d'une plate-forme téléphonique, afin de pouvoir répondre dans des délais très brefs aux besoins de réponses téléphoniques en matière sanitaire et sociale, soit de façon régulière (réforme de l'assurance maladie, loi relative au handicap etc) soit en situation de crise sanitaire avec des pointes majeures d'appels à gérer. Opérationnelle depuis le 14 février 2005 avec « info' Métiers » (0 825 042 042, 0,15 euro TTC/mn), la plate-forme vise à informer le public sur les métiers de la santé et du travail social.

Nous pouvons distinguer trois niveaux différents d'informations :

- les crises sanitaires
- les plans d'actions
- les recommandations sanitaires

Les directions techniques sont bien sûr mises à contribution pour élaborer le contenu des réponses.

- L'état de l'opinion et l'évaluation des campagnes.

Le SICOM suit l'état de l'opinion en matière de santé, notamment à travers les études du service d'information du Gouvernement (SIG), et bien sûr des médias au quotidien, état très utile pour les réponses, et même la stratégie de communication.

Par ailleurs, il effectue des post-tests pour certaines campagnes de communications, même si ce n'est pas systématique, ne serait-ce que pour ses propres campagnes.

## 1.2 Les agences sanitaires

Les agences sanitaires nationales se sont multipliées ces douze dernières années, tandis qu'en 2005 est créée la Haute Autorité de Santé, dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie.

Dix agences sanitaires étaient jusque là sous la tutelle de la DGS, tandis qu'une, oubliée de tous, relève de la DHOS. La création de la Haute Autorité de Santé, indépendante et non pas agence sous tutelle, intégrant l'ANAES et coordonnant l'activité de tout ou partie d'autres, modifiera progressivement les équilibres, la DGS n'étant plus l'unique pôle centralisateur en matière de santé.

La multiplicité des agences répond à une volonté forte des gouvernements et des parlements successifs depuis le début des années 90, face aux enjeux sanitaires ; outre l'accroissement des moyens humains et financiers, l'autonomie et la transparence sont les caractéristiques de cette évolution, notamment sur le plan scientifique. Cette volonté d'autonomie et de transparence ne peut que se retrouver en matière de communication.

Parmi les dix agences sanitaires, nous n'avons pas traité le cas des agences très spécialisées que sont l'EFS, établissement français du sang, l'EFG, établissement français des greffes, l'IRSN, institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, ainsi que l'INCA, institut national contre le cancer, le dernier-né. Vu leurs spécificités, leur communication relève pour l'essentiel d'une démarche également spécifique, sous réserve malgré tout de l'institut contre

le cancer, qui devra inévitablement, en matière de communication, se coordonner avec la DGS et l'INPES.

Soulignons cependant sur ces agences :

- l'EFS, créé en 2000, regroupe avec un budget de 600 millions d'euros, 8 600 salariés dans 18 établissements, et dispose d'un monopole des activités de collecte, de préparation, de qualification et de distribution des produits sanguins labiles aux établissements de soins.
- L'EFG, créé en 1994, avec un budget de 28,9 millions d'euros, dispose de 181 salariés ; ses missions sont amenées à évoluer, car la loi de bioéthique du 6 août 2004 crée l'Agence de la biomédecine, qui verra le jour en 2005, et intégrera l'EFG, avec des missions élargies au domaine de la procréation, de l'embryologie et la génétique humaine.
- L'IRSN, dont la forme actuelle résulte d'un décret de 2002, a un budget de 250 millions d'euros, 15 implantations en France et 1500 experts ; il est sous la tutelle conjointe des ministres chargés de la Défense, de l'Environnement, de l'Industrie, de la Recherche et de la Santé.
- L'INCA, qui n'apparaît pas encore fin février 2005 sur le portail « sante.gouv » de la DGS a été créé par la loi du 9 août 2004 (article L.1415-2 du CSP) sous forme de groupement d'intérêt public (GIP) et a explicitement une mission d'« information des professionnels et du public sur l'ensemble des problèmes relatifs au cancer ».

Nous examinerons ci-dessous la communication des autres agences, avec une mention particulière pour l'INPES. Par ailleurs, l'agence de la santé au travail est en cours de création.

### ***1.2.1 L'INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, opérateur majeur de communication dans le champ de la santé.***

L'INPES, établissement public créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, s'est constitué à partir du CFES, comité français d'éducation pour la santé, association loi de 1901, dont la transformation avait été préconisée par un rapport IGAS de 1999 (rapport n°1999-119).

Ses missions et ses modes d'intervention sont prévues par les articles L.1417-1 et L.1417-2 du code de la santé publique.

Outre une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé et la mise en œuvre de programmes de santé publique (article L.1411-6), l'INPES a notamment pour mission d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire.

Pour cela, il anime un réseau de comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé, avec des ressources documentaires, des outils pédagogiques, des supports d'information à destination du grand public, des professionnels et des associations.

Il a pour rôle de concevoir et produire les différents supports des programmes nationaux de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, notamment les documents d'information, outils pédagogiques et campagnes de communication.

L'INPES, doté d'un budget de 93 millions d'euros et de 118 postes budgétaires en équivalents temps plein, a donc un rôle fondamental en matière de promotion et d'éducation pour la santé, rôle qui s'inscrit dans la durée, avec à la fois une dimension de proximité et une dimension de campagnes de communication nationales. A noter que certains pays, comme les Pays-Bas, ont fait un choix différent en misant tout sur la proximité et les réseaux, sans campagne media.

Signalons que la loi du 9 août 2004 a introduit une mission complémentaire pour l'INPES, en prévoyant de « *participer, à la demande du ministre chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence* ». Il y a là une novation forte, qui positionne l'INPES sur le champ de l'urgence, modifiant sans doute les équilibres dans les rôles respectifs du ministère (SICOM notamment) et de l'Institut ; c'est aussi naturellement une reconnaissance et une utilisation des capacités opérationnelles de l'INPES.

La communication, dans l'acception large que nous lui avons donnée, mobilise environ 70 % des effectifs de l'institut selon son directeur général, montrant son importance dans ce domaine.

Les programmes de travail et d'action de l'INPES sont validés lors des réunions mensuelles du comité stratégique, présidé par le DGS, et qui réunit les principaux donneurs d'ordre : SIG, SICOM, CNAMTS, MILDT notamment, avec la présence fréquente d'un représentant du cabinet du ministre. A noter que la CNAMTS ne participe qu'à un niveau modeste et ne s'est pas sentie pleinement concernée jusqu'ici, malgré sa part de financement de l'INPES, certes obligatoire, mais néanmoins élevée (51 millions d'euros en 2004) ; de même le SICOM, qui y a retrouvé sa place, ne dispose pas d'une réelle capacité d'influence. Il est vrai que les dossiers sont largement travaillés en amont, entre l'INPES et la DGS principalement.

Les principaux modes d'action de la communication de l'INPES sont les suivants, sachant que chaque programme fait appel à plusieurs d'entre eux en général :

- **Les campagnes de communication**

Elément majeur, au moins en termes budgétaires, de son activité, l'INPES déploie chaque année plusieurs campagnes media, avec une conception (et des procédures de marchés publics de trois ans en général) dans la durée, même s'il y a nécessité d'ajustements, notamment à la demande du ministère.

La durée et la continuité sont une nécessité dès lors que l'on veut influencer sur des comportements ; ainsi, il aura fallu près de 20 ans pour effacer l'image du fumeur cow-boy.

Opérateur pour le ministère de la santé (DGS), mais aussi pour la MILDT et d'autres partenaires, l'INPES assure la conception et le pilotage des campagnes de communication, la conception et le suivi de la mise en œuvre d'actions de communication média et hors média, et la mise en place de partenariats.

L'institut assume le leadership des campagnes s'il s'agit de déterminants de la santé, comme le tabac ou l'alcool, mais c'est la DGS qui est en première ligne si la campagne est liée à une pathologie, comme l'hépatite.

A cet égard, notons que l'INPES souhaite n'avoir qu'un seul interlocuteur au ministère, la DGS, afin de garantir la cohérence et l'efficacité ; on ne peut cependant exclure que l'émergence de la Haute Autorité de santé ne modifie partiellement cet état de fait.

Quelques éléments à souligner :

- les principaux thèmes des campagnes (cf. en annexe n° 3, le sommaire des campagnes de 2002 à 2004) sont : la prévention du tabac et de l'alcool, du VIH et de l'hépatite C, la prévention des accidents de la vie courante, du mélanome, de la bronchiolite, ou encore la promotion de la vaccination, l'éducation nutritionnelle ainsi que le plan canicule en 2004.

- l'INPES estime ne pas pouvoir dépasser, pour les campagnes télévisées, 7 à 8 campagnes par an sauf à risquer la saturation et le zapping, d'autant qu'il y a aussi quelques campagnes voisines, émanant de la sécurité routière ou de la CNAMTS par exemple.
- Le choix des cibles (grand public, jeunes, migrants, homosexuels...) et des media (télévision, radios généralistes, radios pour jeunes etc) est de plus en plus affiné, et doit être coordonné avec l'ensemble des autres actions, de proximité notamment.
- Les partenariats sont multiples : outre la DGS, les agences sanitaires, la CNAMTS etc.
- La signature des campagnes : ou bien l'INPES signe seule, ou ce sont tous les partenaires, ce qui peut réduire la lisibilité des émetteurs ; pour le public, il en ressort que c'est le ministère de la santé.
- le budget global de ces campagnes est de l'ordre de 43 millions d'euros en 2004, stable par rapport à l'année précédente (cf. graphique en annexe n° 4).

- **Les relations presse et l'évènementiel**

Les relations avec la presse, notamment en rapport avec les campagnes (11 dossiers de presse en 2004 par exemple), les manifestations et autres évènements constituent un moyen classique d'intervention. Soulignons que sur certaines campagnes, on estime les retombées de couverture médiatique à un coût supérieur à celui de la campagne elle-même.

- **La téléphonie « santé »**

Dans le cadre de ces programmes de prévention et d'éducation pour la santé, l'INPES s'est vu confier le pilotage de certains services téléphoniques d'information, de soutien et d'écoute en matière de santé, dans lesquels sont également inclus désormais des sites internet :

- Tabac Info Service : l'institut gère cette ligne nationale (n° 0825 309 310, payante à 0,15 euro la minute) et le site internet dédié au tabac en cours de mise en place (adresses de centres de tabacologie, système expert d'accompagnement de l'internaute...) ; la ligne téléphonique traite 50 000 appels par an.  
Une question se pose : la cohérence avec les compétences de la MILDT, et les services de DATIS financés par cette mission interministérielle.
- Les lignes et sites subventionnés par l'INPES sont notamment :
  - Sida Info Service, gratuit et 24h/24 (350 000 appels traités par an) et le site « sida-info-service.org » (400 000 visites en 2003)
  - Hépatites Info Service, gratuit, ouvert de 9 à 23 heures, 25 000 appels traités par an
  - Ligne azur (tarif communication locale, 3 500 appels par an) et le site « ligneazur.org » en direction des jeunes : prévention du VIH/sida, des infections sexuellement transmissibles, du suicide, orientation et identité sexuelle.
  - VIH info soignants (communication locale) pour les soignants confrontés aux VIH et aux hépatites ; 1 000 appels par an.
  - Fil Santé jeunes, gratuit, de 8h à minuit, 380 000 appels traités par an le site « filsantejeunes.com », 330 000 visites en 2003
  - Suicide écoute 24h/24, 15 000 appels traités par an
  - Egalement : ligne de vie (personnes concernées par VIH, hépatites, cancer...), Ligne 6 (personnes incarcérées et hospitalisées à Fresnes), Sida Info Droit, Droit des malades info, SOS suicide Phénix (numéros régionaux).
- L'INPES collabore à différents services sans les financer :
  - Drogues info services
  - Ecoute alcool et Ecoute cannabis, ouverts en décembre 2004

- Cancer info service, prix d'une communication locale, 40 000 appels traités par an.
- Maladies rares info service, prix d'une communication locale, 5 000 appels traités par an.

Historiquement développée par le secteur associatif, avant que l'Etat ne l'amplifie et la diversifie, la téléphonie s'est affirmée comme un moyen complémentaire des interventions traditionnelles, dans les domaines social, psychologique et médical ; ces services sont particulièrement adaptés aux sujets de société concernant les comportements individuels, au carrefour de l'intime et du social.

La téléphonie est désormais intégrée aux dispositifs de prévention et de soins : selon une enquête du CREDOC de 2001, 6 % des français avaient déjà fait appel, et les deux tiers se disaient prêts à le faire.

S'ils sont généralement identifiés par le grand public comme des lignes d'urgence, l'urgence ne représente en fait qu'une minorité d'appels.

Les services, désormais le plus souvent couplés avec des sites internet, sont organisés autour d'une expertise thématique (VIH, suicide, tabac, cancer, drogues, hépatites, soins palliatifs...), d'une cible de population (jeunes, personnes âgées...), et d'une écoute pour aider l'appelant à faire face, à développer et/ou restaurer son autonomie, éclairer ses choix, favoriser sa réflexion, l'accompagner vers un mieux être ou encore l'orienter vers un service spécialisé. Ils sont aussi un appui pour les professionnels de santé.

Le développement de la téléphonie santé est significatif ; pour l'INPES, le budget qui y est consacré est de l'ordre de 11 millions d'euros en 2004 .

Il est nécessaire de s'interroger sur la cohérence et l'économie de moyens possibles entre les actions de téléphonie sociale menée par l'INPES, la MILDT –DATIS et le SICOM.

- **Le site internet de l'INPES**

Le site « inpes.sante.fr » développé par l'INPES connaît une croissance très rapide, avec plus de 710 000 visites en 2004, en hausse de 54 % d'une année sur l'autre, comme le montre le graphique en annexe n° 5.

- **Les éditions de documents** de prévention, grand public ou personnes relais (professionnels de santé, de l'éducation...), la revue la santé de l'homme, les outils ou mallettes pédagogiques, affiches etc représentent plus de 60 millions de documents diffusés en 2004.

- **Le baromètre et études d'opinion**

L'INPES réalise de multiples enquêtes et études d'opinions : d'une part pour effectuer des pré tests ou post tests des campagnes afin de les valider ou évaluer, d'autre part des études exploratoires ou des sondages pour mieux préparer les programmes et adapter les contenus et messages. (cf. en annexe n° 6 les études réalisées en 2002-2003). Il y a là une connaissance de l'opinion publique dans le champ de la santé très précieuse qui mériterait sans doute d'être mieux valoriser, au-delà de l'institut, pour le ministère de la santé.

## 1.2.2 Les autres agences sanitaires

### 1.2.2.1 L'institut de veille sanitaire (InVS)

Créé par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative (notamment) au renforcement de la veille sanitaire, et se substituant au Réseau National de Santé Publique, l'Institut de veille sanitaire a parmi ses missions la possibilité d'actions de communication (article 1413-3 du CSP).

L'InVS s'est appliqué dès l'origine le principe de transparence, et toutes ses études et recommandations sont diffusées, et cette règle est clairement affichée par le Directeur général sur le site internet de l'institut.

La communication est conçue comme un élément de l'action de l'InVS, même si elle est prioritairement destinée, au-delà des autorités sanitaires, aux professionnels de santé.

Ainsi, la communication est devenue importante au sein de l'institut, et en constitue un service.

- **Les moyens du service de communication**

Le service est composé de 11 personnes à temps plein, organisé en trois pôles : le pôle édition (3 agents), le pôle BEH, bulletin épidémiologique hebdomadaire (2 agents), et le pôle communication institutionnelle (4 agents).

Le budget du service, hors charges de personnel, s'est élevé en 2003 à 1 399 893 euros, dont 1 187 115 pour les éditions et publications. Ce budget a été réduit, grâce notamment à la passation de nouveaux marchés (en 2003, il y a eu aussi des opérations exceptionnelles liées au nouveau dispositif de maladies à déclaration obligatoire), à un montant de 995 404 euros, dont 775 237 pour les éditions et publications.

- **Les publications**

L'InVS édite plusieurs types de documents

- des rapports scientifiques
- des plaquettes d'information
- des questionnaires liés aux études et enquêtes épidémiologiques ou aux résultats des systèmes de surveillance
- le BEH, bulletin épidémiologique hebdomadaire
- le magazine « Prévalence », le seul à être réalisé par un prestataire extérieur
- la lettre institutionnelle de l'InVS

La rédaction en chef est assurée par le service communication, le contenu éditorial cogéré par les scientifiques et le service communication.

- **Site internet et numéros verts**

Le site internet « [invs.sante.fr](http://invs.sante.fr) » comprend de très nombreuses données, très accessibles, de niveau national ou international.

La fréquentation a augmenté de 50 % depuis 2001, avec des pics liés au SRAS, à la canicule.

En septembre 2004, un bilan d'image a été entrepris, en vue d'une remise à plat des outils de communication.

L'InVS n'a pas mis en place de numéro vert .

- **Campagnes de communication**

L'InVS n'a jamais réalisé de campagnes de communication grand public ; il a en revanche organisé en 2003 une campagne en direction des professionnels de santé et médecins inspecteurs de santé publique, pour la mise en œuvre du nouveau dispositif de maladies à déclaration obligatoire, prévu par le décret du 6 mai 1999. Le budget global de cette opération a été de 296 356 euros en 2003 et 43 900 en 2004.

- **Les relations presse**

Elles se multiplient, avec la presse générale et la presse spécialisée ; le BEH est diffusé par voie électronique sous embargo aux journalistes, et cela produit de 5 à 10 papiers par semaine.

- **Les coopérations de l'InVS**

Un partenariat très étroit existe sur le fond, et sur le plan de la communication, avec la Direction générale de la santé naturellement. Notons que certains communiqués de presse sont signés du seul InVS, d'autres sont cosignés DGS/InVS, après des validations multiples, selon les sujets.

L'InVS travaille également en étroite collaboration avec les autres agences de sécurité sanitaire, et notamment l'AFSSA, l'AFSSAPS, et l'AFSSE en fonction de compétences respectives et des sujets d'actualité ; des études en commun donnent lieu à des rapports scientifiques co-édités.

Pour le plan national nutrition santé à partir de 2001, une très bonne coopération s'est installée, avec un livre vert InVS, AFSSA et CNAMTS.

Toutefois, les coopérations ne sont pas toujours complètes ; ainsi le récent numéro de « Prévalence » a traité des antibiotiques, mais cela ne s'est pas fait de manière réellement concertée, mais plutôt en parallèle de l'action de la CNAMTS et de l'AFSSAPS.

Il est nécessaire que le travail de fonds soit réalisé en commun, et la communication le sera également. Soulignons qu'avec la CNAMTS, un partenariat a été établi pour des échanges d'information, non pour la communication.

Avec l'INPES, la collaboration porte sur des sujets pour lesquels l'InVS a mis en place des systèmes de surveillance, permettant l'organisation de campagnes de prévention.

#### *1.2.2.2 L'AFSSAPS, agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.*

L'AFSSAPS est régie par les articles L.5311-1 et suivants du CSP, et a une mission légale d'information : « elle rend publique une synthèse des dossiers d'autorisation... ». Cette mission, initialement dirigée en direction des professionnels, est désormais également, aux termes du projet d'établissement, en direction du grand public.

- **L'agence produit deux types d'information distincts :**

- des informations à caractère réglementaire, au nombre de 100 000 par an, publiées au journal officiel et sur le site internet de l'agence ;

- des informations à usage des médecins et du grand public, qui sont mises en ligne, et, le cas échéant diffusé par d'autres canaux. Ceci concerne d'une part des recommandations de bonne pratique, au nombre d'une dizaine par an ; un partenariat a été officialisé avec l'ANAES par convention de septembre 2003, cette dernière ayant en charge les recommandations pour la pratique clinique (RPC). D'autre part, des « mises au point », qui sont des recommandations courtes (2 à 3 pages, sous forme de communiqué de presse) comme par exemple : la fièvre chez l'enfant ; la canicule, le grand froid etc.

L'AFSSAPS rencontre une difficulté particulière pour les informations d'étape sur les autorisations de mise sur le marché, ou sur leur modification, à fortiori sur leur retrait ; en effet les enjeux économiques sont souvent majeurs pour les laboratoires, qui ne souhaitent bien sûr pas qu'une information soit divulguée, tant qu'elle n'est pas définitivement validée, ce qui peut retarder certaines mesures de précaution pour la santé.

Il y a pourtant une nécessité d'informer sans attendre dans certains cas, et un nouveau décret devrait d'ailleurs permettre d'imposer une modification d'autorisation de mise sur le marché.

- **Les moyens et outils dont s'est dotée l'AFSSAPS sont les suivants :**

- Deux unités dédiées à la communication  
L'unité de la communication est une équipe de 5 personnes, qui assure, outre la communication interne, les relations presse et l'évènementiel ; l'unité internet comprend 4 personnes. Ces deux unités sont rattachées à l'adjointe du directeur général.
- Le budget global de cette activité de communication est de l'ordre de un million d'euros en 2004, dont 560 000 consacrés à la diffusion d'informations essentiellement vers les professionnels de santé, qui sont naturellement des relais en direction des patients. Ce Budget intègre le coût des 2èmes journées de l'AFSSAPS organisées durant deux jours à la Cité des Sciences et de l'Industrie en faveur des institutionnels, des professions de santé, d'associations d'utilisateurs et de la presse.

Les lettres aux professionnels de santé (une quinzaine par an) leur sont adressées soit directement par l'AFSSAPS, soit à sa demande par l'industrie pharmaceutique. Les mises au point sur des aspects ciblés de santé publique (iatrogénie médicamenteuse, expertise DHEA, actualisation de l'information Distilbène par exemple) sont également diffusées aux professionnels, mais aussi à la presse.

Les bulletins d'information destinés aux réseaux de vigilances sanitaires et aux biologistes sont également diffusés sur le site internet.

Les recommandations de bonne pratique sont diffusées dans des revues scientifiques ou professionnelles et présentées dans des colloques. A noter qu'elles sont exploitées dans le cadre de campagnes de communication ou d'actions presse ; par exemple l'antibiothérapie, l'aide à l'arrêt du tabac etc.

Le site internet de l'agence « [afssaps.sante.fr](http://afssaps.sante.fr) », ouvert en 1998, a subi plusieurs restructurations, pour mieux répondre aux besoins et attentes des professionnels, des industriels, et plus récemment des utilisateurs. Il s'agit de diffuser une information de référence sur les produits de santé et de contribuer à la promotion du bon usage de ces produits.

On dénombre près de 9 000 connexions par jour, et 12 000 personnes sont inscrites sur la liste de diffusion ouverte en décembre 2003.

- **Le fonds pour la promotion de l'information médicale (FOPIM)**

Le FOPIM avait été créé pour contrebalancer l'information diffusée par les professionnels, et notamment les laboratoires pharmaceutiques ; sa gestion avait été confiée à l'AFSSAPS. L'utilisation de ce dispositif a été très modeste, et n'a pas pleinement répondu aux attentes. A partir de 2005, les moyens du FOPIM sont transférés à la Haute Autorité de Santé.

### 1.2.2.3 L'ANAES, agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Créée en 1996, et succédant à un premier organisme datant de 1989 (l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale), l'ANAES s'est essentiellement axée sur la promotion de méthodes, outils et résultats permettant d'améliorer la qualité des soins ; elle a donc visé prioritairement les professionnels de santé, même si une évolution nette est engagée depuis 2004.

- **Trois publics cibles :**

- les professionnels de santé (exerçant en ville ou en établissement public ou privé) ;
- les institutionnels commanditaires d'études et d'outils d'aide à la décision (sociétés savantes, Etat, assurance maladie) ;
- la presse, spécialisée santé et généraliste et les média audiovisuels.

- **Cinq vecteurs de communication sont utilisés :**

- les relations presse : en 2004, l'ANAES a tenu 7 conférences de presse, diffusé 53 communiqués, et plus de 1800 articles citant l'ANAES ont été relevés ;
- l'événementiel, avec la participation à 15 salons, congrès et auditions publiques : MEDEC 2004, Hôpital Expo, Salon infirmier, journées régionales ANAES etc.
- l'édition et la diffusion : 47 travaux ont été imprimés en 2004, et 570 000 documents (recommandations, évaluations, guides méthodologiques...) diffusés par routage ou sur les salons ;
- le site internet « anaes.fr », outil majeur de diffusion des productions de l'agence, compte plus de 2 800 visites par jour, et 1 500 téléchargements ;
- la gestion de la relation « client » : le service traite 400 demandes d'information par mois, téléphoniques ou internet, portant principalement sur les établissements accrédités et sur les travaux de l'agence.

Seuls ces deux derniers vecteurs sont directement grand public.

- **Le budget de la communication**

Il s'élève à 1 080 900 euros en 2004, et les moyens humains sont de 11,8 postes ETP.

- **Une mutation engagée en direction des usagers**

En 2004, une première brochure a été conçue et réalisée directement pour les patients, suite à une demande du conseil scientifique : intitulée « mieux vivre avec votre asthme », elle constitue une déclinaison grand public des recommandations pour la pratique clinique « Education thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent » de 2001 destiné aux professionnels.

Cette évolution sera amplifiée, avec un couplage sur l'évènementiel dès 2005 ; sont prévus un document en direction des hommes (dépistage du cancer de la prostate) et deux en direction des femmes : (conseil aux femmes enceintes, grossesse et préparation à l'accouchement d'une

part, et document d'information sur les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause d'autre part).

- **Les coopérations avec d'autres organismes**

Elles ont été régulières notamment avec l'AFSSAPS, l'ANAES, ainsi que l'INSERM, et différents évènements ont ainsi été organisés en 2004 :

- audition publique « traitements hormonaux substitutifs de la ménopause » avec l'ANAES
- audition publique « vaccination contre le virus de l'hépatite B et sclérose en plaque », avec l'ANAES et l'AFSSAPS
- présentation au Sénat lors de la journée de l'asthme, de la recommandation de pratique clinique, avec l'AFSSAPS et l'ANAES
- conférences et communiqués de presse communs sur les recommandations pour la pratique clinique « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme », avec l'ANAES, l'AFSSAPS et l'INPES.

Les coopérations avec l'INPES, et la CNAMTS, potentiellement intéressantes, sont encore modestes, et supposent un vrai travail coordonné en amont.

#### *1.2.2.4 L'AFSSA, agence française de sécurité sanitaire des aliments.*

Créée par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998, l'AFSSA a pour rôle d'évaluer les risques mais non de les gérer ; outre ces analyses et évaluation des risques et les conseils au gouvernement, l'agence a une mission d'information du public avec des avis et des recommandations. Elle répond également aux saisines des associations agréées de consommateurs.

L'agence émet 350 à 400 avis par an, obligatoirement publiés.

Mais l'AFSSA a organisé une réelle stratégie de communication, initialement davantage tournée vers les professionnels.

- le service communication se compose de 4 personnes et le budget communication est de 700 000 euros HT en 2004.
- Les principales actions de communication :
  - l'évènementiel, avec une présence annuelle à 4 ou 5 salons professionnels ou grand public, tels que le salon international de l'agriculture, le MEDEC où l'agence se regroupe avec InVS, l'AFSSAPS, l'ANAES, l'INPES, mais aussi le congrès des observatoires régionaux de la santé ou le colloque du programme national nutrition santé (PNNS) en novembre 2004.
  - Elle organise de multiples rencontres professionnelles, institutionnelles ou grand public : une soixantaine depuis sa création.
  - Les éditions de rapports scientifiques, du bulletin épidémiologique et de productions diverses.
  - Soulignons l'édition d'un CD-rom ludique et pédagogique pour sensibiliser les enfants de 8 à 12 ans à la sécurité des aliments et à la nutrition. Egalement, en collaboration avec l'INPES, l'AFSSA a rédigé le contenu de deux guides grand public (« la santé vient en mangeant » et « la santé vient en mangeant et en bougeant ») ainsi que les guides spécifiques correspondants pour les professionnels.
  - Les sites internet « afssa.fr » et « afssa-jeunesse.fr »

Le premier, lancé en 2000, est le site de l'agence et un vecteur important de communication, à destination des professionnels et du grand public, grâce à son organisation en rubriques. 1 700 visites par jour.

Le second innove en s'adressant aux jeunes de 8 à 12 ans depuis 2003 ; à l'aide de jeux, d'informations, de quizz, ce site pédagogique apprend aux enfants l'alimentation saine et équilibrée, les « mauvaises bactéries », la conservation des aliments etc. Environ 1 000 connexions par mois.

- Les relations presse : 650 demandes annuelles sont traitées ; la revue de presse recense 4 000 articles dans l'année.
- Les réponses aux demandes de professionnels et de consommateurs, au nombre de 2 000 par an, dont 80 % de consommateurs, parvenues par internet ou par courrier.

### *1.2.2.5 L'AFSSE, agence française de sécurité sanitaire de l'environnement*

Créée par la loi du 9 mai 2001, l'AFSSE a pour mission, dans le but d'assurer la protection de la santé humaine, de contribuer à assurer la sécurité sanitaire dans le domaine de l'environnement et d'évaluer les risques sanitaires liés à l'environnement. Agence scientifique donc, elle a pour modalités d'action, aux termes de l'article L.1335-3-2 du code de la santé publique, entre autres, la communication : elle rend public ses avis et recommandations, elle peut mener toute action d'information... et de diffusion d'une documentation scientifique et technique... ; son rapport annuel d'activités est public, et elle contribue au débat public sur la sécurité sanitaire liée aux risques environnementaux.

Son service communication est modeste, 2 personnes, même pour une agence récente ; elle publie tous ses rapports.

Dans le cadre du programme national santé environnement (PNSE) prévu par la loi de santé publique, l'agence est chargée de coordonner, et pilote la préparation d'un portail internet « santé environnement ».

Ses coopérations avec d'autres agences ou organismes sont multiples (par décret, quinze lui apportent leur concours), et notamment dans le champ sanitaire direct : l'InVS, l'AFSSAPS, l'AFSSA, l'IRSN, mais aussi pour la sécurité sanitaire liée à l'emploi etc.

Notons que l'ANAES n'est pas citée, et qu'une coopération sur la question de l'asthme par exemple ne serait sans doute pas inutile.

Avec l'INPES, la coopération est manifestement encore embryonnaire, que ce soit pour l'expertise ou pour le travail en amont d'une campagne.

Soulignons que l'AFSSE et la future agence de la santé au travail, devront avoir une véritable collaboration en matière de communication, sans parler du fond.

### *1.2.3 Une agence largement oubliée : l'ATIH*

Il est à signaler qu'à aucun moment, nos interlocuteurs de la DHOS – et les autres également – ne nous ont parlé de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, créée par décret du 26 décembre 2000 et codifiée aux articles R.710-5-23 et suivants du code de la santé publique.

Certes, cette agence a avant tout repris tout le travail sur les statistiques du PMSI, mais son rôle potentiel en matière de communication sur le système de soins existe.

### ***1.2.4 La perspective d'une agence de la santé au travail***

Annoncée le 17 février 2005, dans le cadre du Plan santé au travail, la création d'une agence sanitaire publique consacrée à la santé au travail, comble une lacune soulignée aussi bien par le rapport annuel de l'IGAS 2004 que par le rapport d'évaluation des agences sanitaires.

Les risques sanitaires en milieu de travail sont en effet nettement moins pris en compte alors même que les salariés peuvent y être exposés d'une part de façon beaucoup plus régulière qu'ailleurs et d'autre part à des produits potentiellement plus dangereux. Rappelons que l'Europe a classé 251 produits cancérigènes, mutagènes, ou toxiques pour la reproduction.

L'agence pour la santé au travail permettra de disposer d'une expertise scientifique indépendante sur l'évaluation des risques en milieu professionnel, et notamment des risques chimiques.

En attendant la création effective de l'agence, prévue pour fin 2005, l'AFSSE est chargée de la préfiguration, en recrutant dix scientifiques dans ce domaine, l'objectif étant de 50 postes en 2009.

Par ailleurs, l'InVS verra ses moyens renforcés par le ministère du travail pour accroître le dispositif de veille scientifique et technique sur la santé en milieu de travail, en utilisant notamment toutes les remontées d'information de la CNAMTS.

Cette nouvelle agence sanitaire s'inscrit pleinement dans la continuité des précédentes, et sera donc soumise aux mêmes exigences en matière de transparence et de communication, voire davantage vu le retard pris dans ce domaine et les enjeux économiques sous-jacents.

### ***1.2.5 La Haute Autorité de Santé, autorité indépendante en devenir***

Dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie prévue par la loi du 17 août 2004, a été créée la « Haute Autorité de Santé », autorité indépendante, à caractère scientifique, dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.

Elle est chargée d'évaluer l'utilité médicale des produits, actes ou prestations de santé, et de diffuser les bonnes pratiques.

S'agissant des guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, la Haute Autorité est chargée, aux termes de l'article L.161-37, 2e du code de la sécurité sociale, « de procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines ».

Par ailleurs, l'article L.161-38 du même code prévoit que la Haute Autorité « est chargée d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique ».

Au-delà donc de ses missions de fond, la Haute Autorité de Santé a un rôle légal, précisé par le décret du 26 octobre 2004, en matière d'information du grand public.

Mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 2005, la Haute Autorité a intégré l'ANAES (290 agents), ainsi que la commission de la transparence (31 agents) et la commission d'évaluation des produits et prestations (16 agents), et certaines missions de l'AFSSAPS (8 agents), ainsi que le FOPIM, fonds pour la promotion de l'information médicale et médico-économique (5 agents) géré antérieurement par l'AFSSAPS, soit 350 salariés directs. Elle est dotée d'un budget de 59 millions d'euros en 2005.

La Haute Autorité devra travailler en étroite collaboration avec l'AFSSAPS, l'InVS et l'AFSSA.

Différente des agences sanitaires de part son statut, avec donc une légitimité différente, la Haute Autorité de Santé modifiera inévitablement, au moins en partie, les équilibres institutionnels, notamment par rapport à la DGS; au-delà, les questions qui se poseront à elles en matière de communication ne sont pas d'une nature réellement différente de celles des agences sanitaires scientifiques.

### 1.3 La caisse nationale d'assurance maladie, CNAMTS.

La mission a rencontré le directeur général de la CNAMTS et sa directrice de la communication ; nous n'avons pas rendu visite aux autres caisses nationales (CCMSA, CANAM) dans la mesure où la CNAMTS a un rôle directeur, désormais renforcé par la création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) par la loi du 17 août 2004, dont la direction est assumée par le directeur de la CNAMTS.

Etablissement public, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés gère le risque assurance maladie de la Sécurité Sociale ; elle se distingue fortement des agences sanitaires, par son antériorité, par ses missions ou encore par son conseil d'administration intégrant les partenaires sociaux.

La CNAMTS est un acteur majeur de la communication dans le domaine de la santé et de l'assurance maladie ; elle dispose de la volonté et de la légitimité pour une telle action, qui s'accroît d'année en année, étant toujours davantage au cœur de la stratégie de l'institution.

La communication a pour rôle premier d'informer l'opinion, mais au-delà il s'agit bien plus de former l'opinion, dans un domaine où la CNAMTS veut convaincre qu'il n'est « pas utile de dépenser si ce n'est pas nécessaire pour la santé ».

La CNAMTS repositionne sa stratégie, après une « erreur historique » : longtemps, elle n'a voulu agir que sur l'offre de soins, le malade n'étant pas considéré comme responsable de la situation et donc capable de faire des choix. La nouvelle orientation vise à intervenir aussi bien sur l'offre, donc en direction des professionnels de santé, que sur la demande, donc en direction des assurés, qui doivent avoir davantage d'information sur l'offre de soins (les médecins, leurs tarifs...), sur les choix possibles, sur leur propre consommation de soins.

La communication de la CNAMTS s'articule autour d'un schéma directeur défini en 2001, et dispose d'un **budget en 2005 de 23,3 millions d'euros**, dont 8 pour la communication institutionnelle. Les principales campagnes de prévention prévues en 2005 sont : la poursuite de la campagne sur le bon usage des antibiotiques (6,025 millions), la vaccination anti-grippale (2,67 millions) et la vaccination rougeole-oreillon (ROR) (2,54 millions), la polymédication des personnes âgées (2 millions).

Ceci ne prend pas en compte le financement, obligatoire, de l'INPES par la CNAMTS, à hauteur de 53 millions en 2005, provenant du fonds de prévention.

Outre ses moyens directs, la CNAMTS dispose du réseau des caisses primaires et caisses régionales d'assurance maladie, et à travers elles joue un rôle prépondérant dans les Unions Régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) ; elle a un accès possible à l'ensemble des praticiens de médecine de ville et auxiliaires médicaux d'une part, à l'ensemble des assurés sociaux du régime général d'autre part. Ces moyens permettent une démultiplication et des relais des capacités d'action, une proximité et même un accès direct aux intéressés, professionnels ou assurés.

La CNAMTS a l'ambition d'être un opérateur majeur, avec des axes de communication de plus en plus performants, utilisant les données scientifiques, mais aussi les comparaisons internationales et les données des PMSI. Il doit y avoir une « parole assurance maladie » à côté d'une « parole Etat », sans oublier la parole scientifique provenant notamment des agences sanitaires. L'intervention de l'« assurance maladie » doit devenir commune aux différents régimes pour rendre les messages plus simples et plus lisibles, et la création de l'UNCAM doit faciliter cette évolution. Elle est d'autant plus légitime, aux yeux de la CNAMTS, que l'Etat est largement dominé par la « peur du risque sanitaire », et l'assurance maladie est la mieux placée pour faire prendre en compte la dimension médico-économique. L'exemple le plus emblématique de cette évolution stratégique de l'assurance maladie est la campagne relative au bon usage des antibiotiques.

Trois ans de discussion préalable, notamment avec la DGS, des convergences avec les expertises scientifiques, la convergence de vue avec quelques grands professeurs ont permis de lancer cette grande campagne pluriannuelle, dont les résultats sont d'ores et déjà positifs : pour la santé publique, avec une diminution sensible des prescriptions, et pour les comptes de la sécurité sociale : 20 millions d'euros engagés, dont 12 de communication, pour des économies qui vont atteindre 150 millions (cf. document en [annexe n° X](#)).

### 1.3.1 Les moyens de communication de la CNAMTS

- La direction de la communication : 28 agents  
S'y ajoutent les effectifs du département politique de santé, œuvrant sur les campagnes de prévention.
- Le budget communication, en millions d'euros :  
Il est à noter que, hors INPES, le budget global de communication de la CNAMTS passe de 42,9 millions en 2002 à 35,3 en 2003 et 18,5 en 2004. En 2002, la caisse nationale a mené deux très grosses campagnes pour près de 14 millions, contre le tabac (9,9 ME) et pour le programme nutrition santé (PNNS pour 3,9 ME), campagnes transférées ensuite totalement à l'INPES. En 2003, la campagne antibiotiques (9,8 ME) notamment a alourdi le budget.

	Budget communication	dont campagnes	campagnes prévention	contribution INPES	Total CNAMTS
2002	16,25	(7,36)	26,66	50,96	93,87
2003	18,29	(1,92)	17,05	51,29	86,63
2004	7,79	-	10,74	51,29	69,82

### 1.3.2 Les principaux outils de communication de la CNAMTS

- Les campagnes presse-radio - TV  
Plusieurs types de campagne sont menés :
  - des campagnes plus institutionnelles : campagne d'image, carte vitale, la promotion des services d'accès à distance etc.
  - des campagnes « produits » : le bon usage des antibiotiques, le dépistage du cancer du sein, le bon usage des antibiotiques, le bon usage de la visite à domicile, la promotion de la prescription en molécule (co-signée avec l'AFSSAPS).
  - des campagnes de prévention : vaccination anti-grippale, vaccination ROR, dépistage des maladies génétiques, dépistage du cancer du sein, polymédication des personnes âgées etc.

- Les relations presse

Depuis 2002, la CNAMTS a développé ses relations presse, avec l'organisation et l'animation de points d'information mensuels, la formation des principaux porte-parole de l'institution à la prise de parole devant les médias, des dossiers de presse grand public, et des ateliers presse, et une valorisation régionale avec une dimension pédagogique.

- Des éditions, avec « l'assurance maladie en pratique » adressée à 12 millions d'assurés tous les deux mois.

- Des actions pédagogiques avec les associations de consommateurs et de malades sur la consommation de soins et la prévention, notamment avec l'Institut national de la consommation (INC) :

- enquête sur la connaissance des français sur le système, la consommation de soins collective et individuelle dans « 60 millions de consommateurs »
- deux émissions « consomag » sur la prévention dentaire (enfants/ado) et le dépistage généralisé du cancer du sein.

- L'information relationnelle avec les assurés :

- envoi du relevé annuel des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie, dans un but de responsabilisation
- envoi de retours d'informations personnalisés, dans un objectif de maîtrise médicalisée des dépenses sur quatre thèmes : polymédication des personnes âgées, maladies chroniques, médicaments génériques, indemnités journalières ;

- La stratégie internet

En 2002, un nouveau site a été mis en place, assurance maladie en ligne (« ameli.fr »), avec comme objectifs la rapidité de consultation et l'exhaustivité de l'information. Une réorganisation du site a eu lieu en 2004 dans le but d'avoir une meilleure gestion des actualités, d'accroître les contenus (droits, tarifs des médecins, carte vitale etc) et de mettre en place de nouveaux services en ligne pour les assurés.

Le site est visité par 1 400 000 personnes par mois, chiffre très important.

- Les outils d'évaluation

Outre des pré et post-tests des campagnes, la CNAMTS a mis en œuvre d'une part un baromètre d'image, qui concerne l'institution en tant que telle, d'autre part un observatoire des opinions : étude qualitative, dans la durée destinée à évaluer les dynamiques sur le thème de la santé et du système de soins.

### ***1.3.3 Les partenariats de la CNAMTS***

La CNAMTS travaille naturellement avec le ministère, direction générale de la santé en particulier sur ces sujets, malgré sa tendance non moins naturelle à l'autonomie ; citons en particulier le travail préparatoire à la campagne "antibiotiques". Elle estime d'ailleurs ne pas pouvoir engager de campagne sans accord de la DGS, dès lors qu'elle touche à la santé publique.

Soulignons que la convention d'objectifs et de gestion (COG), qui est pilotée par la direction de la sécurité sociale, ne traite pas des questions de communication ; il y a là une lacune à combler, pour clarifier les rôles respectifs et les collaborations, et également unifier le point de vue du ministère entre ses directions.

Une collaboration avec certaines agences, et notamment l'AFSSAPS, existe également, au cas par cas. L'intérêt serait de renforcer ces liens, avec un travail commun en amont, et jusque pour la campagne elle-même, dans la mesure où les éléments scientifiques peuvent appuyer la démarche de bon usage de soins ou de produits.

Avec l'INPES, la CNAMTS a des relations ambiguës ; elle a sa contribution financière obligatoire (53 millions en 2005), mais elle participe modestement au comité stratégique, en niveau d'implication comme en niveau de représentation (c'est le département des politiques de santé, et non la direction générale ou la directrice de la communication) ; la CNAMTS estime que l'INPES est l'opérateur de l'Etat, et que les choses sont largement prédéterminées par la DGS et l'INPES.

Une autre implication de la CNAMTS serait cependant possible et souhaitable pour participer à la définition et la conception des campagnes ; elle pourrait même éventuellement utiliser l'INPES comme opérateur pour ses campagnes de prévention, sur la base de son cahier des charges et de travaux communs préalables. En effet, il y a de fortes zones de recouvrement entre les deux organismes dans le champ des campagnes visant à modifier ou promouvoir de nouveaux comportements en santé.

#### **1.3.4 La structure interne de la CNAMTS**

L'organisation interne de la CNAMTS distingue le service de la communication, qui a notamment en charge la communication institutionnelle, et le département des politiques de santé, qui pilote les campagnes de prévention. Cela a pu poser quelques difficultés de cohérence au cours des années écoulées ; la situation semble aujourd'hui réglée, dans la mesure où le service de communication est l'opérateur des campagnes de prévention, dont le contenu est défini par le département des politiques de santé. Il y a là une synergie interne à conforter, et qu'il convient également de renforcer dans les relations avec l'INPES et avec le ministère, tant la communication est partie intégrante de la stratégie de fond en matière de prévention.

## **1.4 Les institutions en régions**

La mission s'est rendue dans une région, mais une seule, la région Rhône-Alpes, afin d'avoir un éclairage du terrain sur ces questions de communication ; il va de soi que nous ne saurions en tirer des enseignements complets ou définitifs, pour lesquels des rencontres dans plusieurs régions auraient été nécessaires, ainsi que des visites au niveau départemental également, ce qui ne rentrait pas dans le cadre de notre mission.

### **1.4.1 Les réseaux de la MILDT, de l'INPES**

Sans entrer dans le fond, rappelons qu'existent sur le terrain différents réseaux : ceux de la MILDT, avec TOXIBASE et les centres de documentation ; ceux de l'INPES, avec également un réseau de centres de documentation. Dans les deux cas, des réseaux d'associations subventionnées œuvrent et communiquent localement sur les questions de leurs compétences. La MILDT a également des correspondants administratifs au niveau départemental, avec en règle générale un sous-préfet, assisté d'un inspecteur de la DDASS ; l'INPES a également des représentations départementales, avec les comités départementaux d'éducation pour la santé, hérités du CFES.

### **1.4.2 Les administrations publiques et l'assurance maladie**

Le Préfet et la DRASS, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) sont aujourd'hui les principaux acteurs en matière de santé ; toutefois, la création des URCAM n'a pas fait disparaître les différents régimes de sécurité sociale (MSA...), ni les caisses elles-mêmes qui ont leur autonomie (CRAM, CPAM, MSA, CMR...).

Par ailleurs se mettent en place, dans le cadre des lois de santé publique et de réforme de l'assurance maladie, les groupements régionaux de santé publique (GRSP), sous forme de GIP, présidé par le préfet de région, et les missions régionales de santé (MRS), par voie conventionnelle, entre l'ARH et l'URCAM, les MRS étant dirigées alternativement par les directeurs de ces deux organismes, durant un an.

Signalons qu'au-delà de ces structures, issues du niveau national de l'Etat et de la sécurité sociale, existent des organismes associatifs, tels que les Observatoires régionaux de la santé (ORS), des sociétés savantes (Société régionale de santé publique, SRSP en Rhône-Alpes) ou le CRAES, collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé, et le centre Jean Bergeret (ex-CNDT) du réseau TOXIBASE dépendant de la MILDT, tandis que la Région, collectivité territoriale, émerge dans ce panorama.

Soulignons que la communication de crise sanitaire est automatiquement sous l'autorité du préfet du département, qui s'appuie sur la DDASS, et notamment les médecins inspecteurs.

#### *1.4.2.1 L'agence régionale de l'hospitalisation (ARH)*

Constituée sous forme de groupement d'intérêt public (GIP) entre l'Etat et l'assurance maladie, l'ARH planifie l'offre de soins à travers le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) et alloue les moyens budgétaires aux établissements de santé.

La communication n'est pas, en Rhône-Alpes, un axe stratégique de l'agence, et cela semble refléter une position assez générale.

Seule l'élaboration du SROS donne lieu à communication (présentation à la presse, brochures), tandis que la priorité a été donnée, dès le SROS 2, orientation confirmée et renforcée pour le SROS 3, à la représentation des usagers au niveau régional et à la consultation de leurs représentants : ainsi, un collectif de 45 associations (généralistes comme les UDAF, par pathologie comme celle des dialysés, ou du type Ligue contre le cancer), le CISRA, a été mis en place et structuré, et permet une consultation des usagers (sur le SROSS, sur le PRAPS etc).

Notons que l'agence est amenée à communiquer lors de difficultés d'établissements, et en particulier en cas de restructuration; il s'agit alors davantage d'une communication défensive. La question se pose de savoir si les ARH, sous l'impulsion de la DHOS, ne devraient pas communiquer régulièrement et positivement sur l'évolution du système hospitalier.

#### *1.4.2.2 L'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM)*

L'URCAM n'est pas dans le champ de la gestion de l'assurance maladie, mais dans le champ de la régulation, dans les domaines de la gestion du risque (PRAM), de la santé publique et la prévention, et la qualité des soins de ville (5<sup>ème</sup> enveloppe).

95 % de sa communication est de l'action et la communication est le moyen quasi-exclusif de son action, et pour l'essentiel tournée en direction des professionnels jusqu'à présent afin de faire évoluer les comportements des prescripteurs.

Toutefois, une évolution récente se fait jour, en direction du grand public, avec des actions de communication sur l'usage des antibiotiques, sur le diabète, ou encore sur les maladies iatrogènes.

Il s'agit alors d'inciter le public au dépistage et à la prévention.

L'URCAM, dans le cadre des travaux d'élaboration du schéma régional d'éducation pour la santé (SRES), a défini les orientations propres à l'assurance maladie, qui tournent autour de trois axes : l'éducation pour la santé (tabagisme, nutrition, et prévention de l'alcoolisme pour deux publics prioritaires : jeunes et femmes enceintes) ; éducation thérapeutique ciblée sur la prise en charge d'une pathologie (diabète, asthme, affections de longue durée...) ; et éducation à une utilisation pertinente des ressources du système de santé (actes favorisant les comportements préventifs, action dans les collèges et lycées...).

Les supports pédagogiques sont réalisés à partir d'expertises régionales, en complément de données nationales, de référentiels médicaux.

L'URCAM ne réalise pas de grandes campagnes, mais agit de façon très ciblée : ciblage sur les publics, ciblage sur la prévention.

A noter deux actions spécifiques portant sur l'offre de soins : une communication est prévue sur le bon usage des urgences, en s'appuyant sur l'existence de maisons médicales d'urgence en Rhône-Alpes (financée jusqu'en 2007, grâce au FAQSV, fonds d'action pour la qualité des soins de ville). Deuxième action, la publication sur le site internet de l'URCAM de la liste des médecins libéraux, avec l'indication du conventionnement ou non.

Le budget communication de l'URCAM est une mutualisation de moyens des CPAM, MSA, CMR ou de mutuelles. Il ne s'élève cependant qu'à 100 000 euros, ce qui ne permet pas d'envisager de grandes actions. A côté, existent des budgets de la CRAM, de la MSA, des CPAM etc.

#### *1.4.2.3 La DRASS*

La DRASS, service extérieur du ministère, placé sous l'autorité du Préfet de Région à la différence des autres partenaires (ARH, URCAM etc), conserve un rôle important en matière de santé publique. Le directeur en Rhône-Alpes souligne l'extrême sensibilité aux questions de santé, tant de l'opinion que des partenaires et collectivités territoriales.

Sa démarche est volontariste en dépit de la modestie de ses moyens.

Quelques observations :

- Une modestie des moyens :

Les moyens d'une DRASS sont faibles ; le budget communication en 2004 était de 22 000 euros ; la direction s'est dotée d'une chargée de communication, mais qui n'est pas une professionnelle et manque de formation. Soulignons que des possibilités de formation existent à l'ENSP, et que la DRASS ne communique que sous l'autorité du Préfet, les préfectures s'étant largement professionnalisées en matière de communication.

- La communication est orientée essentiellement par la demande locale ; notons que le réseau de chargés de communication mis en place par le SICOM a été réactivé depuis un an, et qu'il y a eu quelques réunions avec les chargés de communication de la DGS et de la DGAS, tandis que la chargée de communication de la DRASS s'emploie à coordonner ses homologues des DDASS. Par ailleurs, la DGS transmet, et c'est un progrès notable et apprécié, le calendrier des événements du mois en matière de santé.

- Les actions de communication sont orientées en direction des professionnels de santé : la lettre de la DRASSS, un guide sur l'IVG par exemple ; signalons toutefois une action grand public, avec l'édition d'un dépliant sur l'ambroisie, plante qui se développe massivement en Rhône-Alpes et provoque des allergies importantes. La DRASS gère également le site « rhone-alpes.sante.gouv.fr ».
- La faiblesse des relations avec les correspondants de l'INPES, qui s'appuie sur le réseau des CODES issus du CFES.
- La perspective de création du GRSP, avec l'élaboration du plan régional de santé publique (PRSP) fait l'objet d'une démarche active depuis septembre 2004 ; dans ce plan, figurera naturellement une dimension communication, et la question financière se posera, notamment pour l'Etat, car il est difficile d'être pilote tout en mendiant des crédits aux partenaires, qui en outre aspirent à exister.

### ***1.4.3 Les outils régionaux de communication***

Un constat s'impose : la faiblesse globale des moyens de communication au niveau régional en matière de santé et d'offre de soins, faiblesse qui provient sans doute de l'émergence somme toute récente de ce niveau pour la programmation et l'action en santé, mais aussi de la tradition de non-communication de la DHOS, et par suite des ARH.

Les données sanitaires, et les comportements n'étant pas identiques d'une région à l'autre, la question de campagnes de prévention plus régionalisées et adaptées peut dans certains cas se poser.

La formation à la communication est modeste également, en particulier au niveau des administrations d'Etat.

Du fait de la faiblesse des moyens évoqués ci-dessus, les outils de communication sont essentiellement les relations presse, favorisés par le faible nombre d'organes de presse régionaux et l'existence de la télévision régionale, et l'édition de documents, brochures et dépliants.

Notons aussi les sites internet qui prennent leur place progressivement.

A cet égard, signalons le portail « pieros.org » (Portail d'Information sur les Etudes Régionales en Observation de la Santé en Rhône-Alpes), financé par l'ARH, la DRASS, l'URCAM et l'URML, et conçu par l'ORS, et associant le Centre Jean Bergeret (réseau TOXIBASE-MILDT), et le CRAES. Par chacun des partenaires de ce portail, sont accessibles de multiples autres sites spécialisés.

### ***1.4.4 L'émergence de la Région dans le domaine de la santé.***

La loi de santé publique va dans le sens d'une implication plus grande des régions, en tant que collectivités territoriales, dans le domaine de la santé. Malgré une certaine prudence, notamment en raison des prérogatives de l'Etat et des enjeux financiers, soulignons quelques initiatives très récentes en Rhône-Alpes :

- un appel d'offre commun en 2005 pour des actions de prévention en santé publique entre la Région, l'Etat ( DRASS et DDASS) et l'Assurance Maladie (URCAM, CRAM et CPAM)
- le développement du Cancéropôle en Rhône-Alpes
- l'attribution de subventions aux associations de santé publique

- La signature d'une convention avec l'URML, l'ARH et l'URCAM (voir texte en annexe n° 8) visant à développer un système d'informations médicalisées destiné à la fois aux professionnels de santé et aux patients, dont le coût est estimé à plus de 11 millions d'euros.

A travers ces initiatives, largement partenariales aujourd'hui, c'est bien l'émergence de Région en tant qu'institution qui apparaît dans le domaine de la santé ; cette évolution, importante sur le fond, aura aussi des conséquences en matière de communication en santé.

## **DEUXIEME PARTIE : ELEMENTS SAILLANTS POUR POSER UN DIAGNOSTIC SUR LES SYNERGIES**

L'état des lieux le montre à l'évidence : le volume de la communication publique auprès des usagers, dans le champ de la santé et de l'offre de soins est important et les émetteurs sont nombreux. Dans ce contexte, sur quelles bases fonder des synergies ? Comment les renforcer, tout en respectant la légitimité et la responsabilité de chaque émetteur. Ce sont les questions auxquelles nous nous efforcerons de répondre dans cette partie.

A cette fin nous nous attacherons d'abord à comprendre la diversité de l'information émise ; car celle-ci n'est pas homogène, dans sa forme bien sûr, mais surtout dans sa nature et dans son statut. Et la recherche de synergies en communication doit en tenir compte. Ensuite nous analyserons l'état des coopérations existantes, pour en repérer les points forts et les points faibles.

### **2.1 Complémentarité et diversité de la communication en santé**

C'est moins de la forme ou même des cibles, que du contenu et du statut de l'information diffusée dont il s'agit ici. La forme relève des techniques de communication. Ce n'était ni la compétence des auteurs du rapport, ni leur mission que de porter un jugement sur cet aspect.

En ce qui concerne les cibles, il ressort de l'avis de l'ensemble des interlocuteurs rencontrés, qu'il existe une interaction forte entre la communication vis-à-vis des professionnels et celle vis-à-vis du grand public. Celui-ci est de plus en plus documenté et curieux. Et les professionnels sont de plus en plus sollicités par les patients. Les associations de patients, et de nombreux magazines spécialisés ou non diffusent au grand public une information très élaborée et documentée.

Le directeur de l'AFSSA a même souligné, qu'il constatait une demande d'information, plus forte de la part du public que des professionnels. Les directeurs de l'AFSSAPS et de l'ANAES, organismes producteurs et émetteurs d'une information souvent complexe, orientée vers les professionnels, ont mis l'accent sur l'enjeu que représentait pour leur agence l'accroissement de l'information du grand public. Le portail santé-environnement, en cours de construction, sous l'égide de l'AFSSE, s'adressera à la fois aux professionnels et au grand public. Dès lors il ne nous est pas apparu prioritaire de nous focaliser sur la distinction entre la communication vis-à-vis des professionnels et celle vis-à-vis du grand public, d'autant plus que notre mission était centrée la communication publique **aux usagers**.

En revanche, il nous a semblé tout à fait nécessaire d'essayer d'analyser celle-ci selon **la nature de l'information émise**.

La communication émise par des organismes publics dans le champ de la santé et du soin est extrêmement large et diverse. En particulier, le statut de l'information émise est très varié : schématiquement, et sans ignorer que les frontières entre les catégories ne sont pas forcément nettes, on distinguera les types suivants :

- La communication scientifique, qui touche essentiellement au savoir médical, et qui est marquée par le caractère controversé, évolutif et provisoire de ce savoir. Le critère de qualité de l'information diffusée est son degré de validation.

- La communication institutionnelle, qui vise à annoncer, à expliquer, à légitimer une action, une décision. Elle est la conséquence de choix effectués par l'organisme, l'institution qui informe. Le critère de qualité de l'information diffusée est la cohérence avec l'action menée et l'intelligibilité du message.
- La communication promotionnelle, qui vise à promouvoir un produit, un comportement, une opinion : c'est la raison d'être des campagnes de publicité, par exemple. Le critère de qualité de l'information diffusée est la capacité de conviction des messages. Dans ce qui nous occupe, il s'agit de promouvoir, de modifier et de valoriser des comportements de santé.
- La communication « informationnelle » qui a pour objectif de donner à un public des éléments d'information factuelle. Le critère de qualité de l'information diffusée est la clarté et la conformité avec la réalité.

Dans les lignes qui suivent, nous nous efforcerons de situer, en regard de cette grille, la communication des différentes instances publiques opérant dans le champ de la santé et de l'offre de soins.

### ***2.1.1 La communication des agences sanitaires marquée par leur ambivalence, à la fois établissements publics et organismes scientifiques***

#### *2.1.1.1 Les Agences, experts des pouvoirs publics :*

Le fondement de la création des agences sanitaires, en dehors du cas spécifique de l'INPES, est la volonté du législateur de disposer d'organismes autonomes, susceptible de fournir au gouvernement une expertise en matière de risque sanitaire. Leurs textes constitutifs, en particulier la loi du premier juillet 1998, et pour ce qui concerne l'AFSSA la loi du 9 mai 2001, l'explicitent bien, d'ailleurs en des termes assez différents :

Ainsi, pour l'AFSSA :

*L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments est consultée sur les projets de dispositions législatives ou réglementaires relatives à la lutte contre les maladies des animaux ou au contrôle de produits végétaux susceptibles d'être consommés par l'homme, à la qualité et à la salubrité des denrées propres à l'alimentation humaine et animale, au traitement des denrées impropres, aux importations, exportations et échanges intracommunautaires d'animaux, de produits animaux et de produits destinés à l'alimentation humaine ou animale.*

Pour l'InVS.

*L'Institut de veille sanitaire est chargé :*

*« d'effectuer la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population, en s'appuyant notamment sur ses correspondants publics et privés, participant à un réseau national de santé publique, dans le but :*

*« - de participer au recueil et au traitement des données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques ;*

*« - de rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leurs évolutions ;*

*« - de détecter tout événement modifiant ou susceptible d'altérer l'état de santé de la population ;*

« 2o D'alerter les pouvoirs publics, notamment l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé mentionnée à l'article L. 793-1 et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments mentionnée à l'article L. 794-1, en cas de menace pour la santé publique, quelle qu'en soit l'origine, et de leur recommander toute mesure ou action appropriée ;

« 3o De mener à bien toute action nécessaire pour identifier les causes d'une modification de l'état de santé de la population, notamment en situation d'urgence.

L'institut de veille sanitaire met à la disposition du ministre chargé de la santé les informations issues de la surveillance et de l'observation de la santé des populations, nécessaires à l'élaboration et à la conduite de la politique de santé. Il met également ces informations à la disposition de la Conférence nationale de santé.

Pour l'AFSSE :

« L'Agence française de sécurité sanitaire ... a pour vocation de fournir au Gouvernement, par tout moyen, l'expertise et l'appui scientifique et technique nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires ».

Pour l'AFSSAPS :

« L'agence participe à l'application des lois et règlements relatifs à l'importation, aux essais, à la fabrication, à la préparation, à l'exportation, à la distribution en gros, au conditionnement, à la conservation, à l'exploitation, à la mise sur le marché, à la publicité, à la mise en service ou à l'utilisation des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme et des produits à finalité cosmétique ou d'hygiène corporelle.

« L'agence procède à l'évaluation des bénéfices et des risques liés à l'utilisation de ces produits et objets à tout moment opportun et notamment lorsqu'un élément nouveau est susceptible de remettre en cause l'évaluation initiale. Elle assure la mise en œuvre des systèmes de vigilance et prépare la pharmacopée.

...

« Elle prend, ou demande aux autorités compétentes de prendre, les mesures de police sanitaire nécessaires lorsque la santé de la population est menacée...

En vue de l'accomplissement de ses missions, l'agence...

« 2o Recueille les données scientifiques et techniques nécessaires à l'exercice de ses missions

...

« 3o Fournit au ministre chargé de la santé l'expertise qui lui est nécessaire en ce qui concerne les produits susvisés, notamment pour en permettre le bon usage ; elle participe à la préparation des textes législatifs et réglementaires ; elle propose aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale toute mesure de leur compétence ;

De ce point de vue les Agences contribuent directement à la « bonne marche du service public », pour reprendre les termes utilisés dans la note du directeur général de la santé aux agences, relative à leur communication, déjà citée.

Ceci est renforcé par le fait que plusieurs de ces Agences exercent des missions réglementaires. C'est en particulier le cas de l'AFSSAPS en matière d'autorisation de mise sur le marché des produits de santé (AMM) et de l'AFSSA, pour ce qui concerne les produits vétérinaires. D'ailleurs la loi du premier juillet 1998, mentionne ces deux agences dans les termes de « pouvoirs publics ».

### 2.1.1.2 Les Agences : une légitimité scientifique globalement acquise

Etablissements publics, participant du service public, parfois dotés de prérogatives de puissance publique, les Agences tirent leur légitimité de leur expertise scientifique.

Cette expertise touche prioritairement deux champs :

- **celui du risque sanitaire** : c'est le cas de l'AFSSAPS, pour la pharmacovigilance et les risques iatrogènes, de l'AFSSE pour les risques sanitaires liés à l'environnement, de l'AFSSA, pour ceux qui touchent à l'alimentation, de l'InVS pour l'ensemble des risques sanitaires, dans une approche épidémiologique, donc tout à fait complémentaire de celle des autres agences. Cette information est, fréquemment produite par les agences elles-mêmes, qui disposent, à l'exception de l'AFSSE, d'un potentiel de recherche scientifique propre, ce qui ne fait évidemment pas obstacle à des collaborations avec d'autres organismes scientifiques (l'INSERM, par exemple) ou à des sous-traitances.

**Comme toute donnée scientifique, particulièrement dans le domaine médical, l'information est contingente à un contexte de validation et donc soumise à controverse. Elle est compliquée, nuancée, circonstanciée et en définitive, interprétable.** Touchant au risque, cette information fait appel à des concepts et des repères de calcul des probabilités, pas forcément simples à comprendre, a fortiori, à diffuser.

- **celui des « bonnes pratiques »** : c'est un domaine d'action privilégié de l'ANAES et de l'AFSSAPS, demain de la Haute Autorité de Santé.

Là encore les mêmes remarques s'appliquent, sur l'information produite et donc diffusable. Etant dans le champ scientifique, élaborée avec le concours de sociétés savantes, produite selon une procédure spécifique (cf. le guide méthodologique de l'ANAES, qui définit, en 35 pages les règles à appliquer « dans l'élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de soins »), elle est inévitablement, assez souvent, sophistiquée, compliquée, nuancée.

Cela ne va pas de soi de concilier un positionnement de service public d'une part, avec la logique normative qu'il induit en général, et d'autre part un champ d'action et des compétences, fondamentalement scientifiques, avec ce que cela suppose de doute et de sens du relatif. C'est d'autant plus difficile que la parole publique est susceptible de mettre en jeu la responsabilité de l'Etat, par exemple parce qu'un risque aurait été mal décrit, ou au contraire, parce qu'une indication, au bien fondé contesté, aurait eu des effets commerciaux. Il nous semble que **les Agences sanitaires ont, aujourd'hui, globalement, réussi ce défi** et acquis une légitimité incontestable, d'indépendance et de qualité scientifique.

### 2.1.1.3 Les difficultés du FOPIM

Un cas, celui du FOPIM, pourrait conduire à nuancer ce jugement. Ce « Fonds de Promotion de l'information médicale et médico-économique » à destination des professionnels de santé (FOPIM) créé par la loi N° 2000-1257 du 23 décembre 2000, géré par l'Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé, avait pour objet de financer des actions d'information et de communication en matière de bon usage des produits de santé et de stratégie, en particulier, en fournissant une information objective aux professionnels de santé sur les produits de santé admis au remboursement.

Aujourd'hui, alors qu'il a disparu dans sa forme originelle, pour être absorbé par la Haute Autorité de Santé, force est de constater que le FOPIM n'a pas été en mesure de diffuser une telle information.

Cette situation spécifique, loin de constituer un cas général, illustre la difficulté de l'enjeu de positionnement qui était celui des Agences et dont, à notre avis, elles se sont bien sorties.

#### 2.1.1.4 *Les agences, producteurs et diffuseurs d'information scientifique pour le grand public*

Une explication de cette réussite réside peut-être dans l'accent qu'elles ont mis sur leur mission de production et de diffusion d'information scientifique auprès de **tous** les publics.

Ce volet était bien sûr présent, à des degrés divers, dans les textes constitutifs :

*Ainsi, l'AFFSAPS « rend publique une synthèse des dossiers d'autorisation de tout nouveau médicament. Elle organise des réunions régulières d'information avec les associations de patients et d'usagers de la médecine sur les problèmes de sécurité sanitaire des produits de santé.*

*Elle peut être saisie par les associations agréées de consommateurs ou d'usagers ».*

En ce qui concerne l'AFSSA, le code de la santé publique précise aussi :

*« Les avis émis par l'agence sont rendus publics ».*

Il en est de même pour l'AFSSE.

Et la circulaire du directeur général de la santé relative à « l'information du ministre de la communication des agences sanitaires » confirme cette vocation des agences à diffuser largement l'information produite, dans les termes suivants « *La communication au public des connaissances et informations issues du travail des agences sanitaires est un élément important de leur action qui doit bénéficier des règles de transparence et d'autonomie* ».

Cet impératif de publicité de l'information a, nous semble t'il pris une place centrale dans la stratégie des agences, bien illustrée par le document de présentation de l'InVS, signé par son directeur général :

*« Les données de surveillance sanitaire s'adressent aux pouvoirs publics sous forme de recommandations permettant d'orienter les politiques de santé puis de les évaluer. Elles concernent également les professionnels de santé qui mettent en œuvre ces politiques. Enfin, il est nécessaire d'informer l'ensemble de la population. Cette veille sanitaire est l'expression de la démocratie sanitaire, celle du partage des connaissances, sur les dangers et les risques, pour promouvoir la santé ».*

Une enquête qualitative d'image, réalisée à la demande du directeur de l'AFSSA, que celui-ci nous a communiquée, mettait d'ailleurs bien en évidence la place centrale de la communication dans l'activité de l'Agence.

Le directeur général de l'ANAES soulignait, dans l'entretien qu'il nous a accordé que la communication était un des quatre axes stratégiques de l'Agence et une production, à part entière de celle-ci.

La plaquette de présentation de l'AFFSE exprime que « l'ensemble de ses travaux sont rendus publics ». La directrice de cette agence a tenu cependant à souligner que sur des sujets

« sensibles », parce que, par exemple, ils touchent aux intérêts de notre pays dans une négociation internationale, ce principe peut comporter des ajustements, en terme de délais.

#### *2.1.1.5 La complexité de l'information scientifique est à expliquer, non à gommer*

Bien évidemment cette information diffusée est, à l'image de l'information scientifique, nuancée, problématique, interprétable, ce qui est bien éloigné de la parole normée, souveraine, définitive, que certains pourraient attendre d'un établissement public. Ainsi le directeur général de l'AFSSA se félicitait-il que l'avis de son agence sur les OGM ait donné lieu à deux titres aux tonalités opposées, à la « une » de deux grands quotidiens nationaux.

Mais cela entraîne une difficulté et une exigence, celle de la lisibilité, car cette information n'est pas toujours facilement accessible au grand public et diffusable à celui-ci en l'état.

Cette lisibilité ne s'obtient pas en gommant la complexité de l'information, mais en l'expliquant, comme le soulignait Monsieur Etienne Caniard, que la mission a rencontré en novembre, au titre de la mission qui lui avait été confiée sur la place des usagers dans le système de soins. Et, comme le soulignait le directeur général de l'AFSSA, une façon de répondre à cette exigence, est de mettre en avant, dans la communication, les scientifiques producteurs d'information, en leur assurant, naturellement une formation adaptée

Ce défi de pouvoir, en termes simples et compréhensibles, faire appréhender la complexité des questions qui touchent au risque sanitaire et à la prise en charge médicale est, aujourd'hui, celui de la Haute Autorité de santé, qui vient d'être mise en place. Face à une attente de parole normative qu'appelle implicitement sa dénomination (même si sa mission vise prioritairement à donner des avis), face aussi à l'idée (fausse) que se fait une partie de la population que la parole scientifique aurait un caractère absolu et fixe, la Haute Autorité aura à trouver les moyens de faire auprès de tous la pédagogie de la complexité des connaissances et de l'action en santé.

### *2.1.2 Les campagnes de promotion et d'éducation de la santé*

#### *2.1.2.1 Une volonté d'agir sur les comportements en santé*

Ces actions de communication sont l'expression d'une **volonté**. Naturellement, elles s'appuient sur des données de connaissances, mais elles traduisent une volonté, un choix, un parti pris.

De multiples opérateurs interviennent dans des opérations de promotion, liées à la santé, parfois avec des restrictions liées à des dispositions légales, l'industrie agroalimentaire, pharmaceutique, les stations thermales...

Dans ce champ, la légitimité de l'action publique est celle de la santé publique, et c'est bien légitimement que le ministère de la santé, et en premier lieu la DGS, administration en charge de la santé publique a fait de la promotion et de l'éducation de la santé, un axe essentiel de cette politique. C'est aussi un levier d'action important de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) et d'ailleurs d'autres départements ministériels, dont l'action touche à la santé publique (sécurité routière, par exemple).

Une deuxième source de légitimité de l'intervention d'une communication publique sur les comportements en santé est dans la dimension économique, avec la nécessité de rechercher

les meilleures conditions d'emploi des ressources, dans le souci conjoint de la qualité des soins et de l'équilibre des comptes. La CNAMTS a la volonté de porter cette dimension médico-économique.

### 2.1.2.2 *Un opérateur efficace, l'INPES*

Pour mettre en œuvre ces actions de promotion de la santé, les pouvoirs publics s'appuient, en priorité, sur un opérateur national, structuré et efficace, on l'a vu, l'INPES, qui a pris la suite du CFES, mais avec un statut et des moyens renforcés.

Comme le précise très explicitement ses dispositions fondatrices, qui figurent dans la *loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades et la qualité du système de santé*, l'INPES a notamment pour mission « - d'assurer le développement de l'éducation pour la santé, y compris de l'éducation thérapeutique, sur l'ensemble du territoire, en tant que mission de service public répondant à des normes quantitatives et qualitatives fixées par décret ».

« Il met en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de prévention prévus par l'article L. 1417-2. »

A cette fin, en particulier, il

« 1° Constitue un réseau national documentaire spécialisé sur les théories et pratiques relatives aux domaines de la prévention et de la promotion de la santé, ouvert au grand public, aux associations et aux professionnels, et met à leur disposition des supports d'information, des outils pédagogiques et méthodologiques d'éducation pour la santé ;

« 4° Conçoit et produit les différents supports des programmes nationaux de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, notamment les documents d'information, outils pédagogiques et campagnes de communication ».

« L'institut dispose de délégués régionaux ».

Le champ d'action de l'INPES touche la plupart **des comportements de santé**, à l'exception de ce qui a trait aux médicaments. Elle a une compétence particulière dans tout ce qui a trait aux liens entre la vie quotidienne et la santé. Elle est peu présente sur la santé au travail.

L'INPES n'est pas seulement un gros opérateur de campagnes (43 millions €). C'est une de ses préoccupations et compétences majeures que de concevoir des stratégies de communication, qui s'appuient à la fois sur plusieurs types de média et sur plusieurs formes d'actions. Ainsi, par exemple, les orientations du dispositif 2005 de la campagne « alcool », présentées au comité stratégique du 22 novembre 2004 touchent à la fois à des campagnes de communication « média grand public », spots TV et insertions de messages dans les magazines, et aussi à la diffusion de documents aux professionnels, à la publication et à la réalisation d'études (y compris, mais pas seulement d'évaluation des dispositifs de communication 2004 et 2005), ainsi que l'appui à des actions de terrain, auxquelles il prête une attention particulière, avec un réseau associatif développé.

### 2.1.2.3 *La montée en puissance de l'assurance maladie :*

Les campagnes de promotion de la santé sont aussi, de plus en plus, un axe prioritaire de la politique de l'assurance maladie, qui met l'accent sur **l'évolution des comportements**. Comme nous l'a exprimé avec beaucoup de vigueur et de clarté le directeur de la CNAMTS, aujourd'hui, la stratégie de l'assurance maladie n'a pas seulement comme cible les prescripteurs et l'offre de soins, mais aussi la demande et son interaction avec l'offre, c'est-à-

dire en particulier les usagers. Et cet objectif passe notamment par des actions de communication.

L'action de l'assurance maladie se situe bien évidemment aussi dans le cadre d'une préoccupation de santé publique, mais avec une autre approche, une autre sensibilité. Le rôle des caisses étant centrée sur le remboursement des soins, l'accent est mis naturellement sur le remboursable, sur le bon usage des prescriptions, et pourquoi pas... des prescripteurs. La campagne sur le bon usage des antibiotiques est une illustration tout à fait intéressante et positive de cette approche.

#### *2.1.2.4 Deux acteurs majeurs, plutôt complémentaires*

En définitive, les deux principaux « acheteurs » de campagnes, l'INPES et la CNAMTS, apparaissent plutôt complémentaires, l'un centré prioritairement sur l'ensemble de la population et les comportements de la vie quotidienne, l'autre sur les patients (et leur entourage) et les comportements de soins.

Mais les frontières ne sont pas nettes et les champs de légitimité peuvent se recouvrir, par exemple sur les vaccinations.

Plus largement la politique de santé publique qui relève de l'Etat touche naturellement à la prise en charge des patients. Il y a un enjeu **d'articulation des paroles de « promotion » de l'Etat et de l'assurance maladie**, pour qu'elles soient reçues par les usagers, dans les meilleures conditions de cohérence et de légitimité.

Dans le même souci de lisibilité pour les assurés, il est hautement souhaitable que l'assurance maladie parle d'une seule voie, « l'Assurance Maladie », plutôt que par régime (CNAMTS, MSA, CANAM). La création de l'UNCAM devrait pousser dans ce sens, mais il est essentiel que les pouvoirs publics confortent cette cohérence, souhaitée d'ailleurs par la CNAMTS, mais qui peut quelquefois heurter la sensibilité et l'autonomie des régimes, au niveau national mais aussi au niveau local. La convention d'objectifs et de gestion peut être un outil pour cela.

#### *2.1.3 L'information des usagers du système de soins*

C'est un autre volet de la communication en santé, vis-à-vis du public, qui présente, aussi, ses caractéristiques spécifiques.

Il ne s'agit pas de convaincre ou même d'éduquer comme dans le champ de la promotion de la santé ; il ne s'agit pas d'information scientifique complexe et controversée, comme celle véhiculée par les agences. L'enjeu est ici de **porter à la connaissance** des usagers des **données de fait**, à la fois sur ses droits et sur l'offre de soins.

C'est une préoccupation générale des pouvoirs publics, que celle de la connaissance par les citoyens du droit, de leurs droits. Et il est logique que ceci s'applique particulièrement au champ de la santé, qui est à la fois une préoccupation prioritaire des gens et un domaine de responsabilité publique forte.

L'information des patients vise à rendre effectif leur droit à l'accès aux soins. C'est le premier objectif de l'information sur l'offre de soins et les conditions de leur accès. Elle a aussi pour objectif d'informer les patients sur leurs droits, quand ils sont pris en charge par le système de soins, droits que des textes législatifs sont venus, au cours de ces dernières années, renforcer. Naturellement, les pouvoirs publics n'ont pas l'exclusivité de l'information sur les droits du patient et l'offre de soins. Les associations, les médias y sont particulièrement actifs.

### 2.1.3.1 L'information sur les droits des patients et des usagers du système de santé

C'est un point sur lequel le Directeur Général de la Santé souligne que la communication publique mérite d'être amplifiée. Cette préoccupation s'est traduite, au niveau national, par la publication récente d'un « guide pour les représentants des usagers du système de santé ». C'est un premier pas, mais qui ne s'adresse pas directement au grand public. Pour toucher celui-ci, le directeur général de la santé nous a déclaré vouloir s'appuyer sur les associations d'usagers et en particulier sur le « collectif inter associatif sur la santé (CISS) », qui en fédère un grand nombre. Cette approche paraît tout à fait intéressante, en regard du triple objectif qu'on doit assigner à une telle communication : légitimité, lisibilité, capillarité.

Bien évidemment cette information nationale doit être relayée au plan local. Dans ce domaine les établissements de soins sont en première ligne, même s'ils ne sont pas les seuls concernés. Aujourd'hui, selon l'ARH Rhône-Alpes, il semble que la qualité de l'information diffusée par les établissements soit inégale. D'ailleurs le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a reconnu, quand nous l'avons rencontré que la circulaire envoyée aux établissements sur les droits des patients met prioritairement l'accent sur le fond du sujet plus que sur les modalités de communication aux usagers.

C'est sûrement un des **enjeux des prochains contrats d'objectifs et de moyens que de faire se généraliser dans les établissements une information claire et opérationnelle des patients et de leurs familles sur leurs droits.**

### 2.1.3.2 L'information sur l'offre de soins :

Alors que l'information « médiatique », dans ce domaine est très visible, l'information publique y est, aujourd'hui, à la fois très générale (cf. par exemple le volet consacré à ce domaine dans le portail de la DRASS Rhône-Alpes) et relativement discrète.

Cette situation devrait évoluer.

Comme nous l'a déclaré le directeur de l'hospitalisation et de l'offre de soins, « il est essentiel d'informer le public sur l'offre de soins ; et cela passe par des informations qualitatives ».

A travers cette expression, se révèle les deux types de raisons qui conduisent les pouvoirs publics à vouloir être plus actifs dans ce domaine.

D'abord, on l'a dit, c'est une condition pour rendre effectif le droit à l'accès aux soins. Ensuite, l'information du public sur la qualité de l'offre de soins peut aussi conduire les patients à changer leurs lieux de prise en charge et être ainsi un puissant vecteur de changement. Ceci vaut pour la médecine de ville, comme pour les établissements de soins.

- **La médecine de ville**

La loi relative à l'assurance maladie « renforce les dispositions relatives à l'information des assurés par les caisses d'assurance maladie sur l'offre de soins afin de contribuer à une meilleure utilisation de l'offre de soins par les assurés sociaux », selon les termes de l'exposé des motifs de la loi du 13 août 2004, en élargissant, dans son article 18, les informations que ces organismes sont tenus de donner aux assurés sur les médecins de ville, à « *leur adhésion aux contrats prévus aux articles L. 162-12-18, L. 162-12-20 et L. 183-1-1, leur participation à la formation continue, à la coordination des soins et à la démarche d'évaluation de la qualité professionnelle prévue à l'article L.4133-1-1 du code de la santé publique. Ils fournissent également tous éléments d'information sur les tarifs d'honoraires habituellement*

*demandés et toutes informations utiles à la bonne orientation du patient dans le système de soins ».*

Il s'agit là de données de fait, relatives à des situations et des procédures bien définies par les textes. La mise en œuvre de ces dispositions, qui reste largement à réaliser représente un enjeu très important d'information des usagers, dont il sera essentiel d'évaluer les effets.

C'est aussi un enjeu de coordination des différentes caisses. Le deuxième alinéa du même article 18 met bien en valeur ces enjeux : *« Les différents régimes d'assurance maladie assurent cette mission en coordonnant leurs actions, en veillant à mettre en commun par voie, le cas échéant, de conventions les moyens nécessaires, et en l'évaluant chaque année avec le concours de représentants des familles et des usagers ».*

- **Les établissements de soins**

L'objectif est de porter à la connaissance du public des éléments de qualité de prise en charge. Il existe déjà un matériau, dans ce domaine, qui est public, les rapports d'accréditation, qui sont consultables sur le site de l'ANAES. Mais ces rapports, issus d'une procédure rigoureuse, ne sont pas forcément facilement accessibles au grand public. Et les établissements n'en font guère de publicité. On ne peut pas dire aujourd'hui que l'accréditation, démarche obligatoire et réglementairement très encadrée ait aujourd'hui débouché sur une dynamique de communication au grand public sur la qualité de l'offre de soins hospitaliers. Il n'est pas exclu qu'à l'étranger, où c'est un processus volontaire, issu du milieu professionnel et porté par les établissements eux-mêmes, la situation ne soit pas différente.

C'est dans ce contexte qu'il faut considérer avec la plus grande attention le projet que nous a présenté le directeur de l'hospitalisation et de l'offre de soins de « mise au point d'indicateurs de qualité de prise en charge », qui devrait permettre de porter à la connaissance du public une forme de classement des établissements de soins, selon le souhait exprimé par le ministre de la santé.

La question se pose alors de savoir quel est le meilleur émetteur de ce type d'informations. Quand nous l'avons rencontré, le directeur de l'hospitalisation et de l'offre de soins a exprimé que la meilleure solution était que « la communication sur ces indicateurs viennent des établissements eux-mêmes ». C'est en effet une bonne façon pour qu'ils s'approprient ces indicateurs et se mettent en mouvement pour les améliorer, notamment en regard de ce que pourraient afficher d'autres établissements. Dans ce domaine, une présence de l'Etat en première ligne présente des inconvénients et d'abord un risque de lisibilité et de responsabilité.

Même si les précautions méthodologiques prises sont importantes, on ne peut exclure la situation de cette clinique de Nancy, évoquée dans notre entretien à la DHOS, première au classement de l'hebdomadaire *Le Point* et mise en demeure le mois suivant pour insuffisances en matière de normes de sécurité. Les deux éléments ne sont pas strictement contradictoires, mais leur lisibilité est difficile, si l'émetteur est le même. Et peut-on imaginer un patient mettant en cause la responsabilité de l'Etat, parce qu'il s'estimerait mal pris en charge par un établissement bénéficiant d'une appréciation élogieuse, émise par l'Etat. Enfin il n'est pas sûr que le processus d'allocation des ressources, qui est de la responsabilité de l'Etat, soit facilitée si la publication d'indicateurs de qualité, a fortiori d'un classement est fait sous son égide.

Ne vaudrait-il pas mieux laisser se développer des processus volontaires et autonomes, à l'image de ce qui se fait à l'étranger pour l'accréditation, ou peut-être même des démarches développées par des agences de notation indépendantes, comme cela se pratique en matière financière et plus récemment en matière sociale.

#### 2.1.4 *La communication institutionnelle*

Nous ne nous étendrons pas très longuement sur ce volet de la communication, qui n'était pas dans le champ strict de notre mission. Il concerne évidemment toutes les institutions publiques, qui ont naturellement vocation à expliquer ce qu'elles font.

Un point cependant mérite d'être noté avec attention. Un volet particulier de la communication de l'Etat sur son action concerne la gestion du risque sanitaire. Il convient, à cet égard de mettre l'accent, comme l'a fait lors de l'entretien que nous avons eu avec lui, le directeur des relations du travail, sur la distinction nécessaire entre l'**évaluation du risque** et la **gestion du risque**.

La première relève du **registre scientifique** ; et comme nous l'avons déjà dit appelle en général un discours complexe, évolutif, probabiliste, souvent avec des incertitudes. C'est le champ privilégié d'expression des agences sanitaires.

La deuxième au contraire touche à la **décision**. Il s'agit, à partir d'une **appréciation** du risque, de l'**arbitrage** éventuel entre différents risques, mais aussi de multiples autres éléments et en particulier celui des ressources disponibles, de prendre des décisions, d'agir et ensuite, naturellement, d'expliquer ce qu'on fait. Cette expression relève de l'Etat, et le cas échéant d'autres organismes publics ayant des fonctions exécutives, opérationnelles.

En ce qui concerne l'Etat, de nombreux départements ministériels peuvent être concernés, en particulier ceux en charge de la sécurité civile, de la sécurité routière, de la sécurité industrielle, de la sécurité environnementale, de la sécurité du travail, de la sécurité sanitaire... La mission a limité ses investigations aux départements ministériels dont relève directement l'IGAS, les ministères en charge de la santé et du travail, dont les chefs de file sont, pour le champ qui nous occupe, la DGS, la DHOS et la DRT. Mais les remarques et propositions que nous ferons plus loin, en matière de coordination de l'action et de l'expression publique, valent naturellement pour l'ensemble des administrations.

x  
x x

La parole publique en santé vers les usagers est multiforme. Nous avons essayé, dans ce chapitre d'en préciser les différents registres et les caractéristiques, qui y sont liées. Il reste que, particulièrement, dans notre pays, l'Etat est surexposé. Le directeur général de l'INPES a souligné, devant nous, une donnée, à vrai dire pas surprenante : dans toutes les campagnes de promotion de la santé « multisignatures », une seule est spontanément mémorisée, l'Etat, c'est-à-dire le Ministère de la santé. Et nous savons tous combien est permanente, la tentation de mettre en jeu la responsabilité de l'Etat, chaque fois qu'une situation est perçue comme dommageable. Qu'il est facile alors d'incriminer la parole de l'Etat dite ou tue.

Cette situation, difficile évidemment à gérer, ne doit cependant pas conduire, nous semble t'il, à rechercher l'unification de la parole publique, ni sa limitation, au contraire.

## 2.2 Des coordinations multiples, et quelques absences qui interrogent

### 2.2.1 Des lieux et procédures bien identifiées

#### 2.2.1.1. La réunion du lundi matin

Elle rassemble, autour du directeur de cabinet du ministre en charge de la santé, l'ensemble des directeurs du ministère et la chef de service du SICOM. Elle a donc un champ plus large que celui de la santé, mais celui-ci tient naturellement une place très importante.

Cette réunion vise à assurer la coordination des « évènements » et la cohérence de l'expression publique du ministre, des administrations centrales et des « agences », dont la programmation de l'expression publique est connue de la DGS (voir ci-dessous). Le DGS souligne que cette réunion représente un progrès réel, mais son objectif est centré sur les évènements. Elle a une visée très opérationnelle, plutôt que stratégique; et, naturellement, elle est centrée sur les interventions programmées, dans un champ, la santé, où la gestion de l'inattendu, de l'inopiné tient une place importante.

Naturellement, il existe d'autres coordinations au niveau du cabinet du ministre, et notamment du conseiller, en charge de cette responsabilité. Nous ne les explicitons pas, car nous ne les avons pas approfondies, l'examen de l'action du cabinet du ministre, en matière de communication n'entrant pas dans le champ de notre mission ; et cette action varie selon les cabinets.

#### 2.2.1.2. La coordination de la communication des agences sanitaires par la DGS

La DGS a pour objectif que puisse être anticipée l'expression publique des agences : aussi après avoir rappelé les principes de transparence et d'autonomie, la circulaire susmentionnée souligne qu'« *Il convient néanmoins que le ministre et son administration puissent être avertis en temps utile des prises de positions publiques des agences.*

*Dans cet esprit, figurent ci-dessous les modalités d'échanges d'information entre la DGS et les agences qu'il vous est demandé de respecter pour la bonne marche du service public* ». La DGS organise ainsi la transmission régulière, à sa destination, par les Agences, d'informations sur les évènements programmés. La circulaire précise ainsi que :

**« Chaque semaine la cellule communication de la DGS fait parvenir à vos chargés de communication respectifs, sous forme de tableau, le calendrier des évènements auxquels participent la DGS et les agences. Ce tableau doit être enrichi par vos informations et vous permet de connaître le calendrier partagé. Ce tableau est transmis de façon hebdomadaire au Sicom, qui le transmet au cabinet du ministre, complété d'éléments en provenance d'autres directions.**

Ce tableau est le support principal pour le repérage des évènements donnant lieu à communication ». Il comprend les informations suivantes :

« 1) *Evénements en santé publique :*

*Un agenda des évènements en santé publique présente les évènements externes auxquels la DGS et les agences participent ou qu'elles organisent (colloque, séminaires, congrès, salons).*

2) *Communication médias*

*Communiqués de presse.*

*Rendez-vous ou interviews presse et thèmes des interviews.*

*Conférences de presse organisées par la direction ou par les agences.*

3) *Editions écrites*

*Faire la liste des publications à venir prochainement, et après impression envoyer quelques exemplaires par courrier (Cellule Communication DGS, 8, avenue de Ségur 75007 Paris).*

4) *Mises en lignes Internet*

*Signalement des mises en ligne importantes (sortie de rapport par ex). »*

Au-delà de ces procédures de circulation de l'information, la cellule communication de la DGS organise tous les deux à trois mois une réunion de travail avec les chargés de communication des agences, pour préparer en amont les grands évènements.

Ceci a pour objet de bien prendre en compte tout ce qui a un retentissement médiatique : conférence de presse, communiqués de presse, interviews, interventions lors de colloques, réunions publiques, remise de rapports, publications etc.

Par ailleurs, le conseiller technique au cabinet du ministre réunit tous les 15 jours les chargés de communication des agences, avec la DGS bien sûr.

La circulaire DGS traite aussi des situations d'urgence, mais sur un mode, évidemment moins structuré, qui laisse largement ouvertes les conditions de mise en œuvre :

*« Les urgences sanitaires ne sont évidemment pas concernées par le tableau prévisionnel hebdomadaire. De même, les sollicitations spontanées des agences par des journalistes ne peuvent pas être anticipées. Il convient alors de prévenir simultanément le cabinet du ministre et la DGS. En dehors des heures ouvrables, ce sont les personnes d'astreinte qui doivent être prévenues.*

*Il faut dans ce cas privilégier les outils de communication rapide : messages électroniques ; téléphone ; fax. Dans toute la mesure du possible, il faut s'assurer qu'au moins une personne de chaque structure a effectivement reçu l'information ».*

### 2.2.1.3. *Le comité stratégique DGS-INPES*

Il réunit autour du DGS et de ses collaborateurs, le directeur et les principaux responsables de l'INPES, la MILDT, l'institut du cancer (INCA), le SICOM, le service d'information du gouvernement (SIG) et des représentants de la CNAMTS. Y participent également, mais de façon non systématique, des membres du cabinet du ministre. Enfin les prestataires de l'INPES (agences de communication, instituts de sondage...) sont invités, en tant que de besoin.

A travers les compte-rendus, établis par la DGS, que la mission a examinés, il apparaît que ces réunions sont l'occasion d'aborder l'ensemble des actions de communication menées par l'INPES.

Ce comité, examine, en amont, les priorités d'action de l'INPES, et en aval valide les campagnes, mais aussi les autres actions de communication, de sensibilisation, de mobilisation. Aux yeux du DGS, qui a renforcé le rythme de ces comités (qui se tiennent, aujourd'hui, approximativement chaque mois), ce comité joue un rôle d'autant plus essentiel, que l'INPES est l'outil majeur de la communication en santé publique de la DGS, et aussi de la MILDT. D'autres participants, en particulier le directeur général de la CNAMTS, qui, il est vrai est représenté à un niveau relativement modeste, ou la chef du service du SICOM ont un point de vue plus nuancé. En tout état de cause, compte-tenu de la place de l'INPES dans la

communication publique, en matière de promotion de la santé, ce comité, avec une composition et un mode de fonctionnement, peut-être un peu remaniés, apparaît comme un lieu de coordination privilégiée, de la communication de promotion de la santé.

#### *2.2.1.4. La réunion mensuelle du SICOM*

Le Sicom réunit chaque mois les chargés de communication des directions d'administration centrale du ministère de la santé. Il est à noter que les « communicants » du secteur travail n'y participent pas. Il réunit également périodiquement le réseau des chargés de communication des DRASS et des DDASS.

#### *2.2.1.5. Des lieux de coordination plus généralistes*

Il existe de nombreux autres lieux de coordination entre les opérateurs du champ de la santé, qui n'ont pas de vocation spécifique, en matière de communication mais qui sont ou peuvent être l'occasion d'aborder ces sujets.

Il n'est pas question de les détailler tous ; nous en évoquerons deux, qui ont été mentionnées par nos interlocuteurs.

Le directeur de la Sécurité sociale a pris l'initiative de réunir périodiquement le directeur général de la santé, celui de l'hospitalisation et de l'offre de soins, et le directeur de la CNAMTS. Il nous a déclaré que ces réunions pourraient permettre d'aborder des questions de coordination de stratégie de communication, entre le ministère et la CNAMTS, étant souligné qu'il n'existe pas, aujourd'hui, beaucoup de lieux qui permettent un tel échange.

Les réunions de sécurité sanitaire du mercredi sont l'occasion d'aborder des problèmes de communication (cf. par exemple la réunion du 15/09/04 au cours de laquelle est abordée, en points divers, la question de la communication du rapport de l'InVS, « canicule et pollution photochimique »... Cette possibilité est d'ailleurs explicitement mentionnée dans la circulaire du DGS aux agences, qui précise : « *Chaque mercredi, dans le cadre des réunions de sécurité sanitaire présidée par le DGS, de brèves mises au point peuvent être faites sur les communications à venir dans le domaine de la sécurité sanitaire* ».

### ***2.2.2. Des coopérations structurées à l'occasion de projets***

C'est évidemment une forme fréquente, opérationnelle et efficace de coordination. Les exemples sont très nombreux de travail en commun entre différentes agences, l'InVS et l'AFSSA (par exemple sur « morbidité et mortalité dues aux maladies infectieuses d'origine alimentaire en France), l'ANAES et l'AFSSAPS, l'INPES et les différentes agences sanitaires. Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) a aussi été l'occasion de coopérations approfondies, notamment entre l'AFSSA, l'InVS, l'INPES, la DGS...

La coopération se construit, en général, dans le travail sur le fond. La communication commune, par exemple à travers une publication cosignée, présentée, ensemble, à la presse en est le débouché naturel.

Les coopérations de la CNAMTS avec les agences existent, l'AFSSAPS par exemple, mais pourraient sans doute encore être amplifiées.

### ***2.2.3. De multiples liens et coordinations informelles et opérationnelles***

Au-delà des occasions et des lieux, plus ou moins institutionnalisés de travail en commun, il y a bien sûr, les comportements et les réflexes. A cet égard, la mission a été heureuse de constater que les coopérations et coordinations informelles étaient nombreuses, tant au niveau des administrations centrales, que des agences.

Ainsi, par exemple, le directeur général de la santé nous a déclaré inviter systématiquement son collègue de la DHOS à rencontrer avec lui la presse, chaque fois qu'il a des éléments concernant l'offre de soins (ainsi sur l'affaire de la clinique du sport). De même, les responsables de communication de l'AFFSA, de l'AFSSAPS, de l'ANAES et de l'InVS se rencontrent, informellement, de façon régulière.

Ce contexte, très positif, de coopération, ne doit pas masquer quelques insuffisances ou difficultés, que la mission a pu relever. Nous mettrons l'accent sur six points, qui, à nos yeux, méritent attention.

### ***2.2.4. L'absence d'instance administrative, ayant une fonction stratégique, en matière de communication***

Il y a forcément une stratégie de communication du ministre en charge de la santé, construite avec son cabinet. Mais ce volet n'entraîne pas dans le champ de la mission.

En revanche nous avons constaté qu'au niveau des directeurs d'administration centrale, en charge de la santé et de l'offre de soins, il n'existait pas de lieux ou de procédures de construction d'une stratégie de communication, alors que ce champ est de plus en plus central pour l'action (voir troisième partie de ce rapport). Comme nous le disait l'un des premiers interlocuteurs que nous ayons rencontré, en octobre, le directeur de l'hospitalisation et des soins :

« Il y aurait besoin de définir une stratégie de communication en santé du ministère, par les directeurs concernés... ; la réunion hebdomadaire actuelle de programmation et coordination des actions de communication est très utile, mais ne remplit pas ce rôle », mais un rôle de coordination opérationnelle des événements et des intervenants.

Ajoutons que, comme toute stratégie, la communication en santé doit avoir pour elle la durée et la cohérence, même si bien sûr, elle devra intégrer la volonté de chaque ministre, et les urgences du moment.

### ***2.2.5. L'articulation risque sanitaire, risque professionnel***

Comme nous l'avons déjà exprimé, il n'est pas forcément aisé, pour le grand public de comprendre qu'un produit serait nocif dans son usage courant, et pourrait cependant être employé dans un usage professionnel. Bien sûr, cela peut se concevoir, si les conditions d'utilisation, de protection ne sont pas les mêmes. Mais cela suppose une extrême attention, au plan de la communication. Il n'est pas sûr qu'aujourd'hui, malgré la bonne volonté de tous les protagonistes, il existe une coordination suffisante entre les deux administrations en charge de la gestion de l'un et l'autre risque, la DGS et la DRT, qui relèvent, il est vrai, de deux départements ministériels différents, assez souvent, sous la responsabilité de ministres différents. La création de l'agence pour la santé au travail, avec son rôle d'expertise du risque, est à conforter par une amélioration de la coordination des administrations.

### ***2.2.6. La place de l'assurance maladie***

Nous avons limité nos investigations à la CNAMTS, mais nous pensons que nos analyses valent pour les autres régimes, d'autant plus qu'aujourd'hui, plus encore qu'hier, la CNAMTS joue un rôle directeur à travers l'UNCAM, les URCAM...

Même s'il existe des liens institutionnels, par exemple la présence de la CNAMTS au conseil d'administration et au comité stratégique de l'INPES, ou la présence du directeur de la Sécurité Sociale comme commissaire du gouvernement auprès de la CNAMTS, même s'il existe des coopérations opérationnelles, par exemple la participation de l'AFFSAPS à la préparation de la campagne de la CNAMTS, relative à la consommation des antibiotiques, il nous semble que l'assurance maladie est un opérateur largement indépendant en matière de communication publique en santé. Cette situation pourrait se concevoir si le champ d'action et donc d'expression de l'assurance maladie était autonome, ce qui ne nous semble pas le cas, et de moins en moins, comme nous l'avons souligné, en particulier, dans les points 2123 et 2124 de cette partie.

Ce sujet national vaut aussi, nous allons le voir, au plan local.

### ***2.2.7. La coordination de la communication publique au niveau territorial***

La communication publique s'exerce aussi, naturellement, au niveau local, celui de la proximité. La diversité des objets de communication et des émetteurs se retrouvent, nous l'avons vu au plan local ; et la nécessité de coordination aussi.

Au niveau territorial, le préfet a vocation naturelle à coordonner l'action des administrations de l'Etat ; il est le principal « communicateur public », plus encore peut-être quand il y a crise. Et la DRASS (ou la DDASS) se réfère toujours à lui, avant de communiquer.

Mais ni l'ARH, ni la sécurité sociale ne dépendent de lui. En outre les délégués régionaux de l'INPES, et leur réseau local tirent leur capacité d'action de leur rattachement national. Leur relation avec les services déconcentrés de leur administration de tutelle sont marqués par cette donnée, comme c'est souvent le cas pour les représentations régionales des établissements publics. Il faut aussi évoquer dans leur champ spécifique de compétence, les réseaux régionaux de la MILDT, ainsi que les différents acteurs associatifs.

Chacun de ces acteurs agit dans ce champ de la santé, avec, semble t'il, une assez grande autonomie. Ce n'est pas forcément une difficulté, si la légitimité de l'émetteur est claire et la cohérence des messages assurée.

Ce n'est pas forcément toujours le cas. Ainsi nous avons ainsi constaté que l'URCAM Rhône-Alpes avait ainsi réalisé une brochure sur le risque iatrogène. L'initiative est tout à fait intéressante et positive. Mais la DRASS ne semble pas y avoir été associée, ni même informée préalablement à la diffusion.

Les services de prévention des CRAM, ou professionnels, comme dans le BTP par exemple, mènent aussi, dans le domaine de la santé au travail, des actions de communication spécifique, le cas échéant, en lien avec la DRTEFP.

### ***2.2.8. La coordination communication-action***

Une campagne de communication grand public est un outil pour faire évoluer les comportements. Mais, en général, elle ne se suffit pas à elle-même. Pour réussir il faut, parallèlement intervenir sur d'autres cibles, d'autres registres.

Si l'objectif de l'assurance maladie de voir évoluer la consommation d'antibiotiques semble se concrétiser, c'est que, à côté d'une campagne de communication grand public efficace, se

sont développées, en même temps, des actions auprès des professionnels, les médecins, non seulement d'information et de sensibilisation, mais aussi de mise à disposition de ceux-ci d'outils adéquats (tests de l'origine infectieuse).

Quand l'ensemble des actions relève du même opérateur, la coordination est assez naturelle. L'INPES veille ainsi, dans ses campagnes à mettre en place des actions d'information et de sensibilisation, ciblées sur les professionnels.

La coordination demande une attention particulière, un effort particulier, quand elle met en jeu plusieurs intervenants. Ainsi les campagnes « antitabac », nécessitent, pour atteindre des résultats opérationnels, que conjointement existent, en volume suffisant, des consultations de « sevrage tabagique », ce qui implique notamment que les hôpitaux et leur tutelle soient associés suffisamment en amont à l'opération. Cela n'a pas toujours été le cas, semble t'il.

### ***2.2.9. La multiplication des plate-formes téléphoniques***

Ce sujet a fait l'objet de deux rapports spécifiques de l'IGAS en 1998. Il ne nous a pas paru opportun, dans le cadre de la mission, beaucoup plus générale, qui était la notre, de procéder à une remise à plat de ces dispositifs, qui montent très largement en puissance, avec des coûts élevés, et sont de plus en plus couplés avec le développement des sites et de l'utilisation d'internet. Il nous semble, cependant que la multiplicité des pilotes, des organismes opérateurs, avec une grande diversité de modes de gestion n'est pas obligatoirement gage d'économie et de cohérence. C'est pourquoi nous suggérons que ce sujet fasse rapidement l'objet d'un examen et surtout de décisions. Une mission spécifique rapide préalable est souhaitable.

## TROISIEME PARTIE : REPERES POUR L'ACTION

### 3.1 La communication, au cœur de l'action en santé

Comme dans tous les domaines de la vie économique et sociale, la communication est au cœur de l'action en santé.

**L'action publique** ne peut ignorer les stratégies de communication de tous les acteurs de la santé, ni bien sûr, les réactions de l'opinion publique aux événements et aux messages qu'elle reçoit. Elle doit les prendre en compte; bien plus elle doit les anticiper ; elle **doit développer une stratégie de communication**, intégrée à l'action.

Une bonne illustration de cette approche a été fournie par la direction générale de la santé, au moment même où nous rencontrions son directeur général : à l'occasion de l'identification d'un risque d'infection nosocomiale au genou, dans un établissement de soins, la DGS a construit conjointement une stratégie d'action, de prise en charge des patients concernés, et une stratégie de communication, qui prenait en compte à la fois ces patients, les professionnels et l'opinion publique.

Il faut reconnaître que, pour les administrations sanitaires, centrales et locales, l'apprentissage de la communication a plus souvent été, au départ, subi, en réaction à un événement, en général désagréable, que construite, avec le choix du moment, des cibles et des objectifs.

Dans un champ hypersensible comme celui de la santé, il est inévitable pour les pouvoirs publics de devoir effectuer de la communication défensive. Ce dont il faut s'efforcer, c'est de trouver la place et les moyens d'une communication offensive et de savoir articuler les deux. C'est le sens d'une stratégie.

- **Renforcer les compétences en communication**

Celle-ci doit prendre en compte la grande diversité des supports existants : campagnes, relations presse, communication directe, centres d'appel, sites web, publications, événements (colloques, salons...); et bien sûr aussi, l'interaction entre ces différents supports: par exemple campagne et numéro vert, campagne et relation presse... Ceci implique la nécessité **d'une compétence en ingénierie de la communication**, pour « mailler » et mettre en résonance les différents supports, pour définir le support pertinent : ainsi, il semble que les conseils utiles pour faire face à la canicule aient été sur le site Web de la DGS ; cela n'a visiblement pas suffi.

Car, même si une évolution s'est fait jour dans les dernières années, en particulier à la DGS, il reste beaucoup à faire. Le directeur des relations du travail soulignait, lors de notre rencontre, combien il sentait sa direction vulnérable, en matière de communication ; et le directeur de l'hospitalisation et des soins affirmait : « nous ne savons pas bien nous y prendre. Nous n'avons pas l'initiative, nous sommes sur la défensive, alors que les associations d'utilisateurs prennent de plus en plus de place (quasi inexistantes, il y a cinq ans, elles sont, aujourd'hui, présentes partout) ».

Cette orientation est d'autant plus essentielle que de plus en plus, comme nous l'avons vu, l'action publique vise à faire évoluer les comportements, dans le champ de la santé publique, de la consommation de soins, de la lutte contre les toxicomanies...

- Professionnaliser la communication

C'est pourquoi, il nous apparaît prioritaire de **renforcer les compétences et les fonctions de communication des administrations centrales et des administrations locales, sur le plan qualitatif et quelquefois quantitatif.**

Ce sont d'abord les directeurs d'administration centrale et leurs principaux collaborateurs qu'il faut conforter, dont il faut renforcer la capacité de communication. Il est souhaitable, particulièrement dans le champ complexe et sensible de la santé, que l'expression publique soit prioritairement le fait de ceux qui ont la responsabilité et (ou) l'expertise. C'est pourquoi, il faut développer des actions de formation de bonne qualité pour ces responsables et leurs principaux collaborateurs. Il faut aussi, bien sûr, développer, vigoureusement, les fonctions spécialisées en communication, mais prioritairement en rôle d'appui.

Il ne suffit pas d'accroître les compétences individuelles en communication. Il faut aussi **faire de la communication une fonction cœur des administrations sanitaires.**

Cela passe par la mise en place, au sein de chaque administration de **procédures et d'une organisation**, qui conduise à prendre en compte une dimension communication, dans chaque programme, dans chaque action. La fonction communication doit être rattachée directement à la direction, ce qui n'est pas le cas à la DHOS par exemple.

Cela nécessite aussi de disposer d'outils, pour suivre l'état de l'opinion, par rapport à ces domaines d'action.

Dans ce domaine, il existe déjà des outils, développés en particulier, par le SICOM (baromètre hebdomadaire presse, revue d'actualité santé sur Internet...), par le SIG (baromètre de la communication gouvernementale...), par l'INPES... Ils portent prioritairement sur la perception et les réactions à l'action gouvernementale et sur les événements pour les deux premiers. Il faut d'abord veiller à une bonne qualité de diffusion et d'appropriation de ces éléments, ce qui implique que soit partagée largement (c'est-à-dire notamment à différents niveaux de la hiérarchie) la conviction que ces éléments sont très précieux pour l'action.

Ils pourraient aussi être utilement complétés par des analyses qualitatives et quantitatives de l'action publique quotidienne (par exemple, la perception des conditions de prise en charge à l'hôpital), dans une perspective positive de valorisation du service public, alors que la communication publique est trop souvent défensive.

Bien sûr ces orientations doivent être déclinées au plan local, dans les DRASS et les DDASS. Car, même si on ne peut méconnaître le rôle du préfet et sa primauté dans la communication publique au niveau du département, il est essentiel que dans le champ de la santé publique, soit renforcée la « communication au long cours de proximité », dans laquelle DRASS et DDASS ont un rôle essentiel à jouer.

Cela vaut aussi pour les ARH, dans le champ spécifique qui est le leur, l'offre de soins, dans un contexte, où, comme nous l'a affirmé le directeur de la DHOS : « Pendant longtemps, les ARH n'ont pas communiqué, vis-à-vis des usagers. Cela change. Dans les contrats d'objectifs que nous établissons avec eux, il existera un volet communication vers les usagers ».

## 3.2 Le foisonnement : une donnée, inévitable, positive

Dès qu'on tente de répertorier les différents éléments de communication publique en santé, on a le sentiment d'un foisonnement. On est devant une multitude d'émetteurs, aux logiques différentes, devant une grande diversité de messages, mais on ne peut parler cependant, nous semble t'il, d'une communication cacophonique.

Faut-il s'inquiéter de ce foisonnement et rechercher les conditions d'une expression plus unifiée des pouvoirs publics, en matière de santé.

Nous ne le pensons pas.

D'abord les coordinations souples et multiples qui existent aujourd'hui permettent, même s'il y a des améliorations à faire, nous semble t'il, d'éviter les incohérences ou les contradictions.

De toute façon, ce foisonnement est inévitable à partir du moment où le législateur a choisi, dans le champ de la santé, de multiplier les organismes, en les dotant, chacun de la personnalité morale et en leur assignant des fonctions spécifiques de communication. Le statut spécifique de la CNAMTS et des autres caisses de sécurité sociale n'est pas compatible avec le renoncement à une autonomie de parole. La création de la Haute Autorité de santé, indépendante et dotée de missions de communication, renforce cette situation.

Et ce foisonnement protège l'Etat. Si celui-ci devait être le gardien de la « parole publique » vers les usagers, il prendrait une responsabilité, très difficile à exercer et qui l'exposerait à l'extrême : soit parce qu'il n'aurait pas assez communiqué et on lui reprocherait sa censure ou son silence, soit parce qu'il aurait exprimé des propos qui, même nuancés ou conditionnels seraient considérés comme préjudiciables à telle catégorie ou intérêt.

Pour que ce foisonnement ne soit pas cacophonie, trois conditions nous semblent devoir être remplies.

### 3.2.1. Une exigence de cohérence et de coordination

La diversité n'interdit pas la cohérence. Elle est même nécessaire. Comme on l'a analysé dans la deuxième partie, de multiples formes de coordination existent dont il faut se féliciter. Nous avons aussi mis l'accent sur quelques insuffisances, qui appellent des initiatives.

#### 3.2.1.1 Créer un cadre de travail pour la construction de la cohérence stratégique

Il faut d'abord renforcer la cohérence stratégique dans la durée de la communication publique en santé vers les usagers et mettre en place un pilotage stratégique qui fait défaut aujourd'hui. A cette fin, la mission propose que se réunissent à intervalles réguliers, en comité de pilotage stratégique, les directeurs d'administration concernés, le DGS, le DRT, le DHOS, le DSS, ainsi que le président de la MILDT, auxquels il est proposé d'adjoindre le directeur de l'UNCAM et le directeur de l'INPES.

Il apparaît cohérent avec l'organisation actuelle du ministère que le Secrétaire Général, récemment mis en place prenne l'initiative de telles rencontres, dont il assurerait la présidence.

Transversalité, cohérence et durée étant nécessaires, une telle initiative relève bien des missions d'intérêt général du Secrétaire Général.

Le SICOM, repositionné comme indiqué plus loin, assurerait le secrétariat permanent de ces réunions, et apporterait de la matière à partir des analyses de l'opinion et des actions et campagnes de communication.

La question se posera de la place de la Haute Autorité de santé, dans ce processus de travail, qui la concerne à l'évidence.

Les agences sanitaires, selon les besoins et les thèmes, pourraient aussi être invités à participer à certaines réunions.

### *3.2.1.2 Des actions prioritaires*

- La cohérence entre sécurité au travail et sécurité sanitaire  
Une telle démarche devrait en particulier faciliter la cohérence, indispensable, entre l'expression sur la sécurité du travail et sur la sécurité sanitaire.
- La coordination et la complémentarité des initiatives de communication de l'Etat, y compris l'INPES, et de l'assurance maladie. Il serait d'ailleurs très opportun que ce dernier point soit traité dans la convention d'objectif et de gestion, qui devrait comporter ainsi un volet « communication » explicite.
- La question des plates-formes téléphoniques  
Dans le cadre de ce comité stratégique, devrait utilement être traitée la question de la mise en cohérence de l'organisation des numéros verts ou autres, afin de rechercher cohérence, efficacité et économies de moyens.
- La qualification de la fonction communication, avec notamment de la formation, dans les administrations centrales et les services déconcentrés, ainsi que dans les agences régionales de l'hospitalisation. La question des moyens sera aussi à traiter.

### *3.2.1.3 La coordination au plan local*

Il est opportun de renforcer aussi la coordination au niveau local. Cela pourrait se faire, nous semble t'il, autour de deux pôles :

- Celui de la santé publique, où les groupements régionaux de Santé, prévus par la loi du 9 août 2004, présidés par le préfet, en charge de la santé publique dans la région, ont vocation naturelle à l'impulsion et la coordination.
- Celui de l'offre de soins, où il s'agit d'abord d'expliquer la politique menée, les priorités retenues et de donner des repères pratiques aux usagers. Dans ces domaines, c'est l'assurance maladie (URCAM et CPAM) et les ARH (avec les établissements de soins) qui jouent un rôle directeur. Ce devrait être une des missions prioritaires de la mission régionale de santé, mise en place par la loi du 13 août 2004, qui réunit URCAM et ARH.

## **3.2.2 Une exigence de clarté**

Les paroles multiples sont d'autant plus facilement audibles que le positionnement et la légitimité de leurs émetteurs sont clairs. Cette exigence de clarté s'applique, en particulier, dans deux domaines, d'ailleurs pas totalement indépendants.

- **Bien distinguer communication sur l'évaluation du risque et communication sur la gestion du risque.**

L'évaluation relève de scientifiques. Les exigences qu'il faut poser à leur égard sont celles de la compétence scientifique et de l'indépendance. Le corollaire est naturellement que l'information qu'ils produisent soit transparente et largement accessible. Les agences sanitaires ont, nous semble t'il, bien su se positionner dans ce champ. C'est un acquis. Il est important qu'il demeure. En revanche, ce ne peut pas être le registre de communication de l'Etat.

La gestion du risque implique arbitrage et décision. Ce qui est attendu du « gestionnaire du risque », c'est l'autorité et donc la légitimité et la responsabilité. C'est pourquoi la gestion du risque et donc l'expression publique sur celle-ci relève d'une autorité publique, et en premier lieu de l'Etat.

Certaines agences sanitaires, ont l'a vu, sont ambivalentes, en particulier l'AFSSAPS, mais aussi l'AFSSA, à la fois agences scientifiques et autorités publiques. Il est essentiel que dans leur communication publique, elles prêtent une attention particulière au statut de leur parole, selon la nature de l'information délivrée.

La Haute Autorité, à la fois Autorité, mais exprimant des avis, et instance scientifique aura aussi à trouver sa place entre ces deux problématiques. C'est un enjeu essentiel.

- **Ne pas occulter l'interaction entre la légitimité scientifique et la légitimité économique**

L'exigence de clarté nous apparaît également essentielle, dans l'identification des éléments qui fondent le discours public sur les « bons » comportements, le « bon » usage des soins. En particulier il nous semble important que ne soit pas occultée l'interaction entre la légitimité scientifique et la légitimité économique, très prégnantes l'une et l'autre dans le discours public sur la santé.

Il nous semble que la crédibilité de la parole publique est affaiblie, si un discours fondé, ce qui est tout à fait légitime, par des considérations médico-économiques est présenté comme justifié sur le terrain exclusivement scientifique. C'est aussi, nous semble t'il un enjeu pour la Haute Autorité, que de favoriser la clarté, dans ce domaine. Et cela facilitera l'ajustement, indispensable, des expressions du ministère de la santé, d'une part, et de l'assurance maladie, d'autre part, dans le champ de la santé publique.

### ***3.2.3 Une exigence de pédagogie***

La santé est un sujet compliqué, qui concerne, et de quelle façon, tout le monde. Il est essentiel, y compris dans la communication « grand public », de **ne pas gommer cette complexité, mais de l'expliquer.**

#### *3.2.3.1 Pour une pédagogie de la complexité*

De ce fait la communication en santé porte très fortement une exigence de pédagogie : Pédagogie sur le savoir médical, sa complexité, ses immenses zones d'ombre, son caractère évolutif.

Pédagogie du rôle et des limites de la science, dans la décision publique et même dans la décision médicale. Comme toute activité, le soin consomme des ressources et donc, se heurte

à la limitation des ressources et est partie prenante des mécanismes de répartition des ressources. C'est évident quant il s'agit de greffes et de recherche d'organes, mais cela vaut aussi, plus généralement, pour les médicaments coûteux et pour toute l'économie de la santé. L'interaction entre le scientifique et l'économique ne doit pas être occultée, mais abordée de front dans la communication publique.

Le sujet est très difficile, il est essentiel. Il ne relève évidemment pas en priorité du corps médical, mais implique toute la société. La Haute Autorité de Santé, en particulier, peut contribuer à l'éclairer. Mais c'est aussi et surtout un enjeu majeur du débat public et démocratique. A cet égard, il faut se réjouir que la loi du 9 août 2004 ait affirmé que  
« La politique de santé publique concerne :  
..... l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires..... »  
A nous tous de la faire vivre.

### 3.2.3.2 *Pour une pédagogie du risque.*

La pédagogie doit porter aussi (et la loi précitée l'explique clairement) sur **le risque** et son corollaire, **la précaution**. La société sans risque est une illusion, dépourvue de sens. Et chaque démarche de précaution, évidemment tout à fait indispensable, dans l'absolu, doit s'arbitrer avec d'autres exigences de précaution et avec d'autres impératifs. Par exemple, au nom de la légitime prévention de la maladie de Kreutzfeld-Jacob, dont l'occurrence du risque existe, mais est très faible, doit-on systématiquement promouvoir des dispositifs médicaux jetables si ceux-ci rendent les manipulations plus difficiles, avec les risques de mortalité qui en découlent. Ces questions sont redoutables, mais incontournables. On ne peut les laisser au seul débat discret d'experts. C'est un enjeu de communication publique, un enjeu immense de pédagogie.

## 3.3 **Renforcer la diffusion d'informations dans trois domaines**

Globalement l'expression publique, en matière de santé est abondante. Comme nous l'avons souligné, les agences ont bien trouvé leur place. L'INPES est particulièrement actif. Et l'assurance maladie est, légitimement, de plus en plus présente dans la communication publique.

Trois champs, cependant, apparaissent moins couverts et mériteraient donc, sans doute, un effort accru de communication aux usagers, **la santé au travail, les droits des usagers, l'offre de soins**.

Comme on l'a noté dans la deuxième partie, des projets sont en cours dans ces trois domaines. Il faut s'en réjouir.

### 3.3.1 *La santé au travail*

Ce sera, à notre sens un des enjeux de l'agence pour la santé au travail, qui sera prochainement mise en place, que de développer la communication publique dans ce champ.

### 3.3.2 *Le droit des usagers*

En ce qui concerne les droits des usagers, il y a de gros efforts à faire, les initiatives prises jusqu'à maintenant étant limitées, et focalisées prioritairement sur les représentants des

usagers. Dans ce domaine, la mission estime que l'Etat a intérêt à s'appuyer, sans naturellement que ce soit un canal unique, sur les associations d'usagers.

Les établissements de soins, parce qu'ils sont très directement concernés par le sujet, et parce qu'ils sont un lieu privilégié de rencontre avec les usagers ont aussi un rôle important à jouer dans ce domaine. C'est même un devoir. C'est pourquoi, la mission propose que les conventions d'objectifs et de moyens qu'ils passent avec les ARH traitent systématiquement de ce sujet, et de façon approfondie.

Les sites internet et plate-formes téléphoniques sont aussi des outils privilégiés, sachant que le ministère et la CNAMTS (ou l'UNCAM) doivent être les maîtres d'ouvrage, ce qui n'exclut pas de déléguer à un opérateur, en veillant à l'économie de moyens.

### **3.3.3 L'offre de soins**

Sur l'offre de soins, différents projets sont en cours de mise en œuvre à la DHOS et à la CNAMTS, en particulier. Cela est tout à fait opportun. Il est en particulier réellement utile que soit donnée aux usagers une information sur la qualité de l'offre de soins.

En ce qui concerne la médecine de ville, l'assurance maladie dispose, depuis la loi du 13 août 2004, des outils juridiques pour assurer cette information. L'enjeu est donc celui de la mise en œuvre, et en particulier ceux de la lisibilité pour l'utilisateur de l'information diffusée, et celui de la coordination des différents émetteurs potentiels de cette information au sein de l'assurance maladie.

En ce qui concerne l'évolution de l'offre hospitalière, il s'agit d'abord d'expliquer la politique menée, les priorités retenues. Dans ces domaines, au-delà du renforcement de l'expression centrale, notamment celle de la DHOS, il faut développer la communication au plan local, celui de la proximité avec l'utilisateur. Les ARH sont donc en première ligne.

Pour communiquer sur la qualité des établissements de soins, la mise au point d'une batterie d'indicateurs est évidemment utile. La question de savoir qui doit valider la définition de ces indicateurs, et qui doit les diffuser est essentielle. Pour ce qui concerne la définition, la mission pense que la Haute Autorité de Santé pourrait exercer une fonction directrice. La diffusion pourrait relever d'abord des établissements eux-mêmes. La mission estime que l'Etat ne devrait pas être en première ligne, les inconvénients et risques étant beaucoup plus importants que les avantages. En tout état de cause, il paraît important de considérer ces indicateurs comme évolutifs dans le temps.

Une démarche d'agrégation des indicateurs, pour aboutir à des appréciations synthétiques de qualité, pour utile qu'elle puisse paraître, présente des difficultés méthodologiques fortes. Il y a beaucoup de risques pour l'Etat à se mettre en avant dans ce domaine, et sa responsabilité pourrait être engagée. L'Etat en effet définit le cadre de fonctionnement, nomme les dirigeants, et exerce la tutelle sur les établissements ; par l'intermédiaire des ARH, il leur alloue les moyens. Les risques sont d'ordres multiples : juridiques et financiers bien sûr, mais aussi médiatiques, sans parler des risques politiques.

La mission recommande de favoriser les initiatives indépendantes.

## **3.4 Conforter l'INPES dans son rôle d'opérateur central de la communication publique vers les usagers, dans le champ de la santé publique**

L'INPES, on l'a vu est aujourd'hui le premier acheteur public d'espace dans le champ de la santé. Il possède une expertise très grande dans le montage de campagnes, et notamment, ce

qui est essentiel, dans l'agencement des différentes formes et supports de communication. Il a développé une compétence dans le champ de la mobilisation et de l'éducation des usagers, en matière de santé. Il possède naturellement aussi l'expertise technique et juridique indispensable en matière de marchés publics.

Dès lors il apparaît naturel de conforter le rôle directeur de l'INPES, en matière de communication publique auprès des usagers, dans le champ de la promotion de la santé. Cela veut dire par exemple que si, à l'avenir, il devait y avoir une campagne du ministère sur la contraception, l'opérateur devrait en être l'INPES. De même, il faut souhaiter que, comme le fait la MILDT, la CNAMTS se rapproche de l'INPES autant qu'il est possible, chaque fois qu'elle souhaite monter des campagnes vers les usagers, qui touchent aux comportements de santé. La question est ouverte de savoir si l'INPES devrait aller également dans le champ de la santé au travail. A l'inverse, la communication institutionnelle sur les réformes relève du SICOM (et le cas échéant du SIG).

Cette orientation aurait naturellement pour corollaire un renforcement du comité stratégique de l'INPES. Il s'agit moins de modifier sa composition de principe, que de renforcer les niveaux de participation, en particulier celui de la CNAMTS, et de faire en sorte que son mode de fonctionnement opérationnel permette à chacun des membres de contribuer pleinement à son rôle stratégique.

La CNAMTS aurait pleinement intérêt à apporter son point de vue et ses analyses, très en amont, pour la définition des projets de thèmes de campagnes et des cibles visés.

Une telle évolution donnerait tout son sens à la contribution, importante, de la CNAMTS au budget de l'INPES.

## 3.5 Repositionner le SICOM

Ce rapport le met assez bien en évidence, le SICOM opère dans un environnement très dense, en ce qui concerne la communication publique en santé. Pour que son expertise puisse se déployer avec toute son efficacité, il nous apparaît opportun de le focaliser sur certaines fonctions prioritaires.

### 3.5.1 *Le SICOM, opérateur pour la communication institutionnelle et informationnelle*

Le SICOM doit rester naturellement l'opérateur privilégié de la communication institutionnelle du ministère, en lien étroit, donc avec le cabinet du ministre et les directions d'administration centrale. Nous ne développerons pas ce volet, que notre mission n'avait pas vocation à aborder directement.

Dans la même logique, il apparaît naturel que le SICOM soit l'opérateur du ministère dans la mesure où celui-ci déciderait de mener des actions de communication « informationnelle » en direction du grand public, qui toucheraient les droits des usagers et la politique d'offre de soins. Dans ces cas, aussi, le SICOM interviendrait comme maître d'œuvre, la maîtrise d'ouvrage revenant aux directions centrales compétentes.

En revanche, le SICOM n'a plus vocation à intervenir dans le champ de la promotion de la santé, comme il l'a fait jusqu'en 2002 pour la contraception, par exemple ; l'INPES doit être, nous l'avons dit, l'opérateur naturel, dans ce domaine.

### ***3.5.2. Un rôle d'appui à la fonction stratégique de communication en santé***

Au-delà de ces fonctions d'opérateur, de prestataire au service du maître d'ouvrage, le SICOM a un rôle important à jouer d'appui au développement d'une fonction stratégique de communication en santé vers les usagers, au sein du ministère de la santé, que nous avons suggéré.

Le SICOM devrait y contribuer de plusieurs façons :

- **Le secrétariat du processus stratégique de communication en santé**

D'abord, il lui revient assez logiquement le secrétariat du processus de construction de la cohérence stratégique de la communication publique en santé, avec son comité de pilotage, que nous avons proposé de mettre en place, sous l'impulsion du secrétaire général du ministère (cf. paragraphe 321). En effet, pour durer et donner des résultats, ce processus a besoin d'une mémoire et d'un gardien de son rythme, et d'être alimenté en données et analyses.

- **L'analyse et l'évaluation des opinions et éléments de communication en santé**

La prise en compte de la communication comme un élément stratégique de l'action dans les champs de la santé et de l'offre de soins se fera d'autant plus que l'ensemble des responsables de l'action, au plan national, comme sur le terrain sera imprégné régulièrement d'éléments d'analyse et d'évaluation des opinions et des éléments de communication en santé.

Les outils que le SICOM a mis au point, tels que le « baromètre image presse du secteur sanitaire et social » ou la « revue d'actualité santé sur Internet » sont, à cet égard des outils utiles qu'il faut conserver, et dont il faut peut-être même développer la diffusion. Il convient aussi d'élargir ces baromètres, et d'utiliser pleinement les baromètres et analyses des autres opérateurs, CNAMTS et INPES en particulier, de telle sorte que les responsables d'administration disposent d'une bonne vision de la perception des usagers sur la santé publique, sur le système de soins.

La mission propose une responsabilité globale du SICOM dans ce domaine, et elle est convaincue que suivre, sur le long cours et avec une bonne diffusion, cette perception de l'opinion en santé permettrait d'améliorer l'efficacité de l'action publique au quotidien.

Il ne s'agit pas, bien sûr, de faire double emploi avec le suivi de la perception de l'activité gouvernementale, piloté par le SIG, qui est d'une autre nature, et cette responsabilité globale n'empêcherait pas les différents intervenants dans le champ sanitaire de mener des études d'opinion spécifiques.

Mais le caractère transversal, régulier et systématique du SICOM constituerait un « plus » incontestable, plus encore s'il est assorti du souci d'une large diffusion à l'intérieur de l'administration. Bien sûr il faudrait que le SICOM en ait les moyens humains et budgétaires, quitte à s'appuyer, chaque fois que c'est possible sur d'autres acteurs du champ, en particulier l'INPES.

- **L'évaluation des actions de communication en santé**

Dans le même esprit, la mission recommande de confier au SICOM une responsabilité générale d'évaluation des actions de communication menées dans le secteur de la santé. Bien sûr le SICOM devrait exercer cette responsabilité en lien avec l'organisme émetteur de communication et cette démarche ne ferait pas obstacle, ni double emploi, aux actions spécifiques d'évaluation du type pré ou post-tests.

Mais l'existence d'un évaluateur permanent, et global, disposant d'une méthode et d'une grille d'analyse constantes, et intéressé aussi à mesurer les éventuelles interactions, dans l'opinion, des différentes actions de communication menées, est souhaitable, plus encore dans la mesure où, comme nous l'avons dit, un certain foisonnement de la communication publique en santé est à la fois inévitable et positif.

Il va de soi que l'ensemble de ces éléments rassemblés par le SICOM constitueront une matière précieuse pour le processus stratégique, dont il est question plus haut.

### **3.5.3. L'animation et l'appui aux services déconcentrés**

Enfin le SICOM doit poursuivre et amplifier son rôle d'animation et d'appui à la fonction communication dans les services déconcentrés du ministère en charge de la santé, y compris des agences régionales de l'hospitalisation. Animation du réseau, formation et professionnalisation, ainsi qu'appui aux ARH, sont des enjeux pour l'avenir.

## CONCLUSION

Traiter de la communication publique vers les usagers en matière de santé et d'offre de soins a conduit la mission à aborder des questions très difficiles, notamment celles qui touchent au risque, à l'articulation du scientifique et du médico-économique, au statut des acteurs, à la nature de l'information... C'est indispensable, tant la communication est au cœur de l'action en santé.

Au terme de notre analyse, il faut d'abord souligner que beaucoup de choses ont été faites, que la prise de conscience de l'importance de la communication a beaucoup progressé dans les institutions publiques, que de nombreuses initiatives sont prises, souvent pertinentes.

Il reste que, de toute façon, la communication va devenir, dans le futur, toujours plus prégnante, toujours plus importante. L'organisation de l'action publique doit en tirer les conséquences, en donnant à ces questions une place stratégique, tant au niveau central, que territorial.

Ce renforcement exige de la cohérence, et donc de l'organisation et de la professionnalisation. Mais ce souci de cohérence ne doit conduire ni à l'unité de la parole, qui comporterait beaucoup plus de risques que d'avantages, ni au refus de la complexité, qu'il s'agit, au contraire, de mettre en lumière et d'expliquer.

Puisse ce rapport apporter d'utiles repères pour agir, à tous ceux qui sont confrontés à cette complexité.

Michel RAYMOND

Pierre-Louis REMY

## **ANNEXES**

## **LISTE DES ANNEXES**

**Annexe n° 1** : Principales personnes rencontrées

**Annexe n° 2** : Campagnes du SICOM 2002-2004

**Annexe n° 3** : Sommaire des campagnes INPES 2002-2004

**Annexe n° 4** : Evolution des types de dépenses de l'INPES

**Annexe n° 5** : Evolution de la fréquentation du site internet INPES

**Annexe n° 6** : Etudes d'opinion réalisées par l'INPES

**Annexe n° 7** : Campagnes de prévention de la CNAMTS

**Annexe n° 8** : Interventions de la Région Rhône-Alpes en santé

**Annexe n° 1 : Principales personnes rencontrées.**

## ANNEXE N° 1

### Principales personnes rencontrées

- **Direction générale de la santé (DGS)**
  - M.W. DAB, directeur général
  - M. Postel-Vinay, responsable de la communication
  
- **Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)**
  - M. E. COUTY, directeur
  - Mme A. BELHEUR, responsable de la communication
  
- **Direction de la Sécurité Sociale (DSS)**
  - M. D. LIBAULT, directeur
  - Mme GAILLARD, responsable de la communication
  
- **Direction des Relations du Travail (DRT)**
  - M. COMBREXELLE, directeur
  
- **Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies (MILDT)**
  - M. D. JAYLE, président
  - Mme A. MORACCHINI, responsable de la communication
  
- **Service d'Information et de Communication (SICOM)**
  - Mme A. PLASSART, chef du service
  - M. J-E. PAILLON, adjoint à la chef de service
  - M. F. DELALANDE, chargé de mission
  
- **ANAES, agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé**
  - M. A. COULOMB, directeur général
  - Et ses collaborateurs
  
- **INPES, institut national de prévention et d'éducation pour la santé**
  - M. P. LAMOUREUX, directeur général
  - Et ses collaborateurs
  
- **AFSSA, agence françaises de sécurité sanitaire des aliments**
  - M.M. HIRSCH, directeur général
  - Et ses collaborateurs
  
- **AFSSAPS, agence nationale de sécurité sanitaire des produits de santé**
  - M. J. MARIMBERT, directeur général
  - Et ses collaborateurs
  
- **AFSSE, agence française de sécurité sanitaire environnementale**
  - Mme FROMENT-VEDRINE, directrice générale
  - Et ses collaborateurs

- **InVS, Institut national de veille sanitaire**
  - M. le Professeur G. BRÛCKER, directeur général
  - Et ses collaborateurs
  
- **CNAMTS**
  - M. F. Van ROEKEGHEM, directeur général
  - Mme A. DENIS, directrice de la communication
  
- **M. Etienne CANIARD, auteur du rapport sur les droits des usagers du système de santé**
  
- **Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes (ARHRA)**
  - M. P. VANDENBERGH, secrétaire général
  
- **DRASS Rhône-Alpes**
  - M. P. ALEGOET, directeur
  - Et ses collaborateurs
  
- **URCAM Rhône-Alpes**
  - M. G. DORME, directeur

**Annexe n° 2 : Campagnes du SICOM 2002-2004.**

2002

Intitulé campagne	Marché ou convention	Commanditaire	Annonces	Partenaires	Période de diffusion des supports media et hors media	Supports	Evaluation	Montant des factures payées en €	Nature des crédits	Part du montant par rapport à la base LFI	Commentaires
Campagne d'information et de communication sur la contraception et la prévention de l'interruption volontaire de grossesse. "La contraception. Ne laissez pas l'imprévu décider à votre place."	Marché 01 11084 Titulaire du marché : DDB&CO Sous-traitants: _ Optimum Media Direction (affichage et radio) _ DDB Ciel et Terre (mailing)	Cabinet	Ministère de la santé (SICOM)	_ Ensemble des associations féministes et familiales; _ TV : France 2, "Un gars, une fille"; _ Presse écrite : "Vies de famille" (journal de la CAF)	jan-02	_ Affichage 4x3 (3 affiches différentes); _ 3 spots radio de 30" en métropole, 2 spots radio dans les DOM; _ Mémo contraception diffusé à 7,4 millions d'exemplaires; _ Brochure adressée nominativement à 90000 professionnels de santé; _ 2000 kits de communication diffusés aux 100 comités de pilotage départementaux	Réalisation d'un post-test par le SIG.  Facture de 49502,30 euros à verser au SIG.	<b>2895133,96</b>  <b>dont:</b> <b>DDB&amp;CO : 1277148,55</b> <b>Optimum : 1249063,24</b> <b>DDB Ciel et terre : 368922,17</b>	LFR	33,0%	
Campagne "Le cancer, parlons-en"	Convention 02 11 0001 de partenariat art. 3 CMP avec : TF1 Publicité et TF1 Publicité Production	DGS SICOM	TF1	Ligue contre le cancer	17 avril au 17 mai 2002	_ Série de 17 films de 20", hors écran publicitaire, avant les journaux de 13h et de 20h, soit 29 diffusions	Aucune évaluation n'a été faite.	<b>1267542,96</b>  <b>dont :</b> <b>achat d'espace : 911645,02</b> <b>production : 355897,94</b>	Report de crédits	43,8%	Le SICOM a essentiellement servi dans cette campagne de support juridique et financier.

Campagne d'information sur le prochain concours de Médecins Inspecteurs de Santé Publique (épreuves en juin 2002)	Achat d'espace direct auprès des supports	DAGPB	SICOM		22 avril au 18 mai 2002	_ Achat d'espace dans presse médicale et généraliste, 2 annonces (Le Quotidien du médecin 9 parutions, Le Monde 3 parutions); _ Dépliant présentant le métier de médecin inspecteur	Pas d'évaluation faite.	<b>96951,35</b>  <b>dont : achat d'espace : 66871,35 relations presse : 30080</b>  <b>Les dépliants n'ont pas été budgétés dans cette campagne.</b>	LFI	1,1%	Le bureau de presse du SICOM s'est occupé de l'achat d'espace.
---	---	-------	-------	--	-------------------------	--	-------------------------	---	-----	------	--

N.B. : Une campagne de valorisation du métier d'infirmière avait été envisagée en 2002, mais a été abandonnée du fait notamment du changement ministériel. La procédure s'est arrêtée à la phase d'ouverture des plis ds candidatures.

LFI 2002

#####

Total 2002

#####

48,6%

2003

Intitulé campagne	Marché ou convention	Commanditaire	Annonces	Partenaires	Période de diffusion des supports media et hors media	Supports	Evaluation	Montant des factures payées en €	Nature des crédits	Part du montant par rapport à la base LFI	Commentaires
Campagne d'information et de communication sur les médicaments génériques	Marché 02 11030  Titulaire : Saatchi et Saatchi  Sous-traitant : Zenith Media (conseil media et achat d'espace)	Ministère de la santé : Cabinet SICOM	CNAMTS CANAM MSA Mutualité Française FOPIM (Fonds de promotion de l'information médicale)	Ordre national des pharmaciens SIG DSS	janvier-avril 2003	_ Film TV : 1 spot de 30", plus de 150 diffusions sur TF1, France 2, France 3, France 5 et Canal 33; _ Guide de poche de 8 pages, "Tout savoir sur les médicaments génériques", tiré à 7 millions d'exemplaires; _ Mailing pharmaciens et médecins; _ Affichette médecins et pharmaciens, 3 variantes, 30x40 cm	Le SICOM a fait réaliser un post-test par l'institut Synovate- Démoscopie en février mars 2003. 2 échantillons : grand public + professionnels de santé. Coût : 62072,40 euros TTC.	<b>2515457,10</b> <b>Un fonds de</b> <b>concours n°</b> <b>35-1-6-937 a</b> <b>été créé pour</b> <b>financer la</b> <b>campagne</b> <b>Montant des</b> <b>participations</b> : <b>SICOM :</b> <b>755520,10</b> <b>CNAMTS :</b> <b>760000</b> <b>Mutualité :</b> <b>183000</b> <b>CANAM :</b> <b>15245</b> <b>MSA : 76224</b> <b>FOPIM :</b> <b>725530</b>	LFR + Fonds de concours	28,7%	Un fonds de concours a été créé pour financer la campagne. Avance de trésorerie nécessaire. Campagne lancée par le précédent ministre et reprise par le ministre suivant.

LFI 2003

#####

Total 2003

#####

28,7%

2004

Intitulé campagne	Marché ou convention	Commanditaire	Annonceurs	Partenaires	Période de diffusion des supports media et hors media	Supports	Evaluation	Montant des factures payées en €	Nature des crédits	Part du montant par rapport à la base LFI	Commentaires
Campagne d'information et de communication sur la réforme de l'assurance maladie	MA04000080  Titulaire : Publicis Consultants  + Ph Consultants pour le contrôle des coûts  + Aegis Media pour l'achat d'espace et le conseil	Ministère de la santé : Cabinet SICOM	SIG DSS CNAMTS et autres caisses d'assurance maladie	Ordre national des pharmaciens CSRP (Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique)	juin-novembre 2004	Phase 1 : - campagne dans presse quotidienne nationale et régionale, 2 annonces différentes; _ document à destination des médecins et des pharmaciens, 16 pages, avec lettre du ministre (185500 exemplaires médecins, 29400 exemplaires pharmaciens); _ création d'un site Internet, avec newsletter; _ plateforme téléphonique jusqu'au 31 octobre 2004. Phase 2: _ document de 32 pages à destination des professionnels de santé; _ 29300 affiches pour les pharmaciens; _ 19 873 500 exemplaires de mémos assurance maladie à destination du grand public; _ 10,8 millions d'exemplaires de la lettre ministre via la CNAM; _ CD pour les mal et non voyants; _ campagne radio; _ mailing à 183500 médecins et 29300 pharmaciens.	Campagne en cours. Le post-test de l'annonce presse "Pour qu'il n'existe jamais une médecine à deux vitesses" a été réalisé pour le SICOM par l'institut BVA. Coût : 22185,80 euros TTC.  Post-tests prévus (BVA): _ mi-novembre 2004, sur le courrier adressé aux médecins et pharmaciens _ début décembre 2004, sur le mémo grand public distribué en pharmacie et sur la lettre ministre aux assurés  Pas de post-test pour la campagne radio, ni pour l'opération presse	<b>6609171 (montant estimé)</b>  <b>dont :</b> <b>Achat d'espace : 350000 (montant estimé)</b> <b>Hors achat d'espace : 3109171 (montant estimé)</b>  <b>Prise en charge budgétaire de la répartition des pharmacies pour le mémo par la CSRP.</b>	Dégel de crédits reports gelés	79,3%	

Campagne radio de valorisation des métiers hospitaliers (hôpitaux publics et cliniques)	Titulaire : Maison de la Radio  + Aegis Media pour l'achat d'espace	Ministère de la santé : Cabinet	SICOM DHOS	Fédérations hospitalières	4 au 14 octobre 2004	Spot radio de 30", diffusé sur Europe 2, RFM, les Indépendants, RTL, RTL2, MFM, NRJ, Chérie FM, Nostalgie, RMC Info, France Inter, France Bleue	Post-test en cours, réalisé pour le SICOM par l'institut BVA. Coût : 40 723,80 euros TTC.	<b>763920,06</b>  <b>dont : Conception du message : 14401,63 Achat d'espace : 749518,43</b>	LFI	9,2%	
			LFI 2004	#####			<b>Total 2004</b>	#####		88,5%	

**Evolution du coût des campagnes du champ santé**

	2002	2003	2004
<b>Coût des campagnes en €</b>	#####	#####	#####
<b>Evolution en %</b>		-40,9%	193,1%
<b>Part de la base LFI en %</b>	48,6%	28,7%	88,5%
<b>Base LFI</b>	#####	#####	#####

**Annexe n°3 : Sommaire des campagnes INPES 2002-2004.**

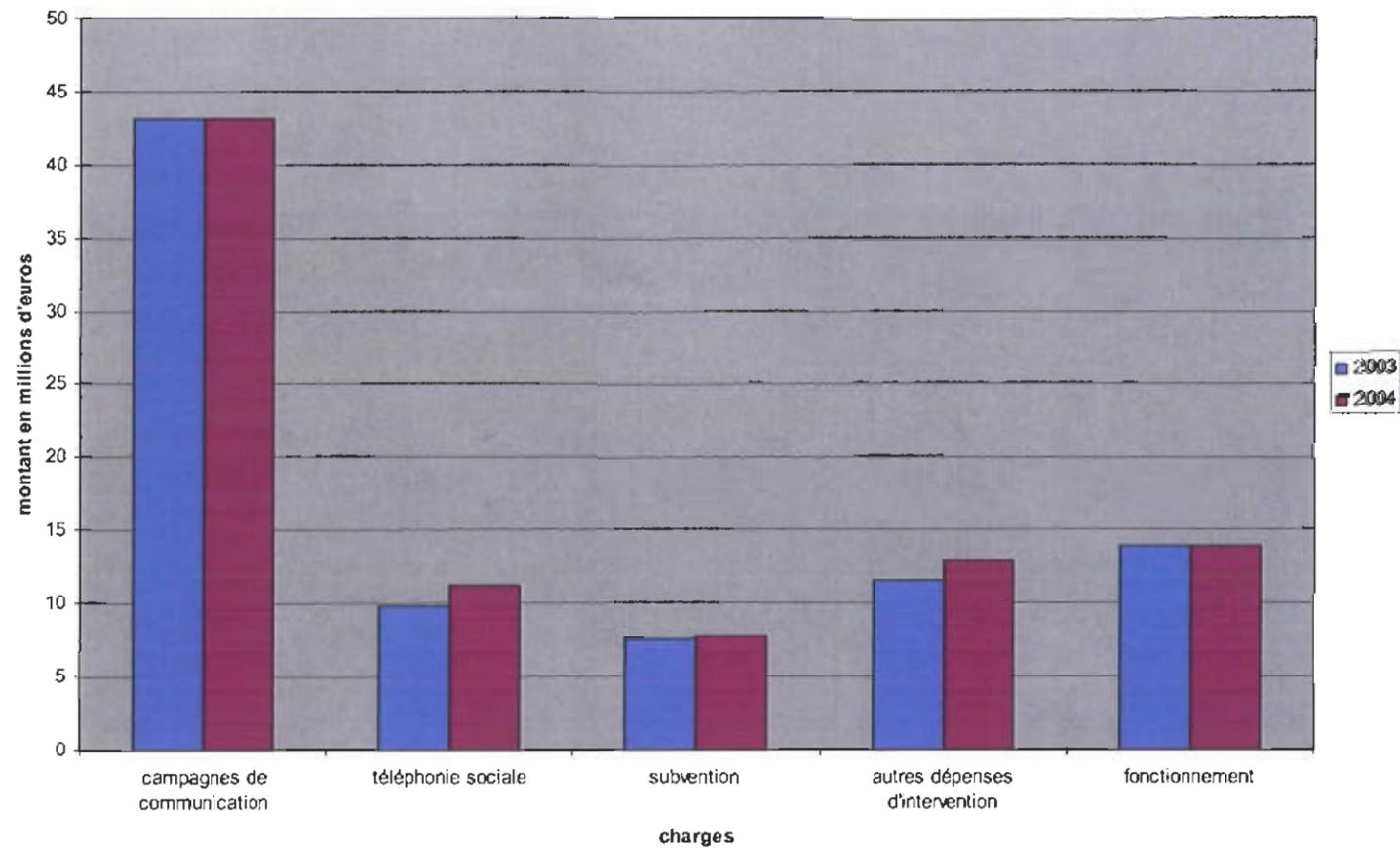
## Sommaire

<b>Année 2002.....</b>	<b>p. 3</b>
Programme de prévention du tabagisme.....	p. 4
Programme de prévention de la consommation excessive d'alcool.....	p. 7
Programme de prévention du VIH.....	p. 9
Programme de prévention de l'hépatite C.....	p. 17
Programme de prévention des accidents de la vie courante.....	p. 19
Programme de promotion de la vaccination.....	p. 22
Programme d'éducation nutritionnelle.....	p. 24
<b>Année 2003.....</b>	<b>p. 26</b>
Programme de prévention du tabagisme.....	p. 28
Programme de prévention de la consommation excessive d'alcool.....	p. 32
Programme de prévention du VIH.....	p. 34
Programme de prévention du mélanome.....	p. 39
Programme de prévention de la bronchiolite.....	p. 39
Programme de prévention des accidents de la vie courante.....	p. 40
Programme d'éducation nutritionnelle.....	p. 44
<b>Année 2004.....</b>	<b>p. 46</b>
Programme de prévention du tabagisme.....	p. 47
Programme de prévention de la consommation excessive d'alcool.....	p. 52
Programme de prévention du VIH.....	p. 55
Programme de prévention du mélanome.....	p. 64
Plan canicule.....	p. 65
Programme de prévention des accidents de la vie courante.....	p. 66
Programme d'éducation nutritionnelle.....	p. 73
Calendrier des campagnes média.....	p. 74

**Annexe n° 4 : Evolution des types de dépenses de l'INPES.**

# L'évolution des dépenses 2003-2004

*prévisionnel 2004*



DEPENSES INPES 2002 à 2004

DEPENSES	2002	2003	2004
Diffusion	1 166 503,39	1 929 089,00	3 827 889,22
Impression et maquettage	2 442 863,35	2 321 536,19	4 896 303,90
téléphonie santé	232 776,93	9 723 508,28	9 559 999,03

**DEPENSES REALISEES PAR L'INPES ET LE CFES en 2002, 2003, 2004 au titre des  
campagnes de communication (valeur en €)**

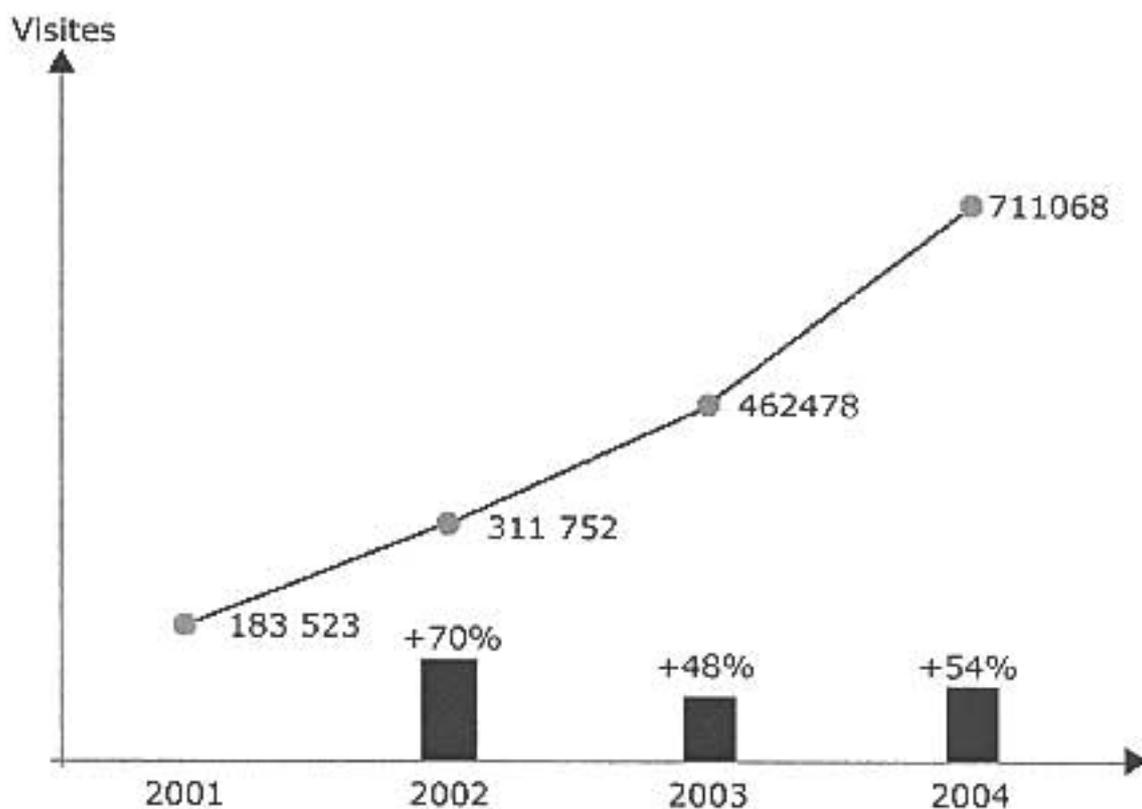
	2002 inpes	2 003	2 004
<b>achat d'espace</b>			
sida	4 588 151,56	9 341 674,78	6 714 800,25
tabac	5 365 678,94	12 839 243,75	13 067 536,56
alcool	2 622 586,36	2 581 301,36	4 449 529,08
toxico	1 005 075,62	-	-
avc	2 703 602,11	4 399 752,00	1 565 904,08
nutrition	1 224 693,75	2 908 093,70	4 291 900,56
vhc	3 046 033,85	-	98 408,00
vaccination	1 319 514,27		
professionnels de santé			32 799,00
communication institutionnelle			35 421,00
cancer		691 375,31	
bronchiolite		467 373,30	292 818,86
<b>total achat d'espace</b>	<b>21 875 336,46</b>	<b>33 228 814,20</b>	<b>30 548 917,39</b>
<b>Honoraires et frais techniques</b>	<b>2002 inpes</b>	<b>2 003</b>	<b>2 004</b>
drogue	309 016,03		150 000,00
tabac	1 676 936,72	22 559,83	1 983 000,00
alcool	289 931,19		708 000,00
avc			1 469 000,00
vhc	461 429,73		
vacc	1 152 024,00		
vih	1 836 455,92		3 552 000,00
nutrition	1 347 337,74	16 342,23	1 468 400,00
préservatif		883 998,76	
<b>total honoraires et frais techniques</b>	<b>7 073 131,33</b>	<b>922 900,82</b>	<b>9 330 400,00</b>

	2002 CFES
<b>honoraires</b>	
drogue	156 198,85
vaccination	48 417,00
tabac	660 253,06
alcool	151 065,21
sida	176 681,29
AVC	60 768,91
VHC	13 619,82
<b>frais techniques et achat d'espace</b>	
drogue	246 802,19
vaccination	
tabac	104 171,84
alcool	30 333,08
sida	180 575,63
AVC	128 793,04
VHC	

**Annexe n° 5 : Evolution de la fréquentation du site internet INPES.**

## Éléments sur l'audience du site internet INPES

En 2004, l'audience du site de l'INPES a continué sa forte croissance : plus de 710 000 visites (+ 54%) et près de 7 millions de pages vues (+ 42%).



Parmi les données les plus significatives, on peut retenir :

- Pages vues/visite significative (> 1 page) : 10,2
- Durée moyenne de visite : 6' 16"

Les 10 rubriques les plus visitées (% pages vues) ont été :

Catalogue	32,4 %
Tabac	5,1 %
Actualités	4,5 %
Emploi	3,7 %
Baromètres	3,2 %
Alcool	2,8 %
Santé de l'homme	2,8 %
INPES	2,5 %
Nutrition	2,5 %
Espace Presse	2,1 %

**Annexe n°6 : Etudes d'opinion réalisées par l'INPES.**

### Etudes réalisées en 2003 par le service DAS

Type	Thème	Intitulé	Institut	Annee	Mois
Posttest	TABAC	Posttest de la campagne radio sur le tabac 2003	INPES	2003	Novembre
Etude exploratoire	HEPATITE C	Campagne Hépatite C 2001 : Evaluation des documents diffusés : médecin pôles de référence, médecins réseaux.	Georges chélochine	2003	Janvier
Posttest	SIDA	Posttest de la campagne télévisée 2002 sur le SIDA auprès du grand public	BVA	2003	Janvier
Posttest	SIDA	Posttest de la campagne presse et télévisée sur le Sida 2002 auprès des hommes ayant des pratiques homosexuelles	BVA	2003	Janvier
Posttest	SIDA	Posttest de la campagne télévisée 2002 sur le SIDA auprès des personnes originaires d'Afrique Sub-Saharienne	BVA	2003	Janvier
Etude exploratoire	TABAC	Enquête sur la prévalence du tabagisme	Ipsos	2003	Décembre
Posttest	A.V.C.	Posttest de la campagne d'incitation au port du casque dans la pratique du vélo	BVA	2003	Octobre
Etude exploratoire	EDUCATION POUR LA SANTE	Etude exploratoire des modes d'information des médecins généralistes et des officinaux appliqués à l'éducation pour la santé	Axone Santé	2003	Février
Posttest	MAL DE DOS	La brochure "sport, ados et dos" résultats d'étude	WSA	2003	Février
Posttest	ALCOOL	Posttest de la campagne télévisée 2003	BVA	2003	Novembre

Posttest	SIDA	Posttest de la campagne d'information radio 2003 sur le SIDA auprès des jeunes	BVA	2003	Septembre
Prétest	SIDA	Prétest de communication sur le préservatif Population "femmes" "hommes" "migrants"	Louis harris	2003	Septembre
Etude exploratoire	PERSONNES AGEES	Etude exploratoire sur les connaissances, représentations et perceptions à l'égard des soins palliatifs et de l'accompagnement	CREDOC	2003	Septembre
Etude exploratoire	RESEAU	Base de données du réseau des comités d'éducation pour la santé 2003	BVA	2003	Décembre

**Annexe n° 7 : Campagnes de prévention de la CNAMTS.**

**Accompagnement de la délivrance, à titre anonyme et gratuit\*, de la  
contraception d'urgence aux mineures en officine  
dans le cadre de la Loi du 13 décembre 2000.**

Objectifs	Partenariats	Budget affecté
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information des pharmaciens sur la délivrance d'un médicament de contraception d'urgence aux mineures ( lettres d'information)</li> <li>- Information des jeunes filles sur l'existence du dispositif ( carte d'information disponible dans les points d'accueil des jeunes, et établissements scolaires)</li> <li>- Information des jeunes filles sur la bonne utilisation de ce type de contraception ( brochure remise par le pharmacien avec le médicament)</li> </ul>	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens ( Comité d'éducation Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française - Cesspharm)	2001 : 106 714€ 2002 : 00 2003 : 210 000€ 2004 : 105 000 €

*\*La mesure de gratuité est financée sur le FNPEIS.*

Dépistage organisé du cancer du sein/campagne d'information.

Objectifs et Contenu	Partenariats	Budget affecté
<p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagner et promouvoir le programme de prise en charge à 100 % des actes de mammographie "rendez-vous santé plus" initié dans le cadre du dépistage organisé.</li> <li>- "Recruter" et fidéliser les femmes de 50 à 74 ans visées par le programme.</li> <li>- Sensibiliser les professionnels de santé en tant que relais auprès de leurs patientes à la mise en place de ce dispositif.</li> </ul> <p>Campagne TV, radio, presse grand public, presse professionnelle, campagne affichage, dépliants d'informations grand public et professionnels de santé, site internet pour les professionnels de santé et site internet dédié aux acteurs de terrain (structures de gestion en charge du programme – Caisses d'Assurance Maladie).</p>	<p>Ministère de la Santé Caisses Nationales d'Assurance Maladie (MSA/CANAM). Ligue Nationale Contre le Cancer (prestataire de service). Agence de communication DDB and CO.</p>	<p>2002 : 3.811.225 € 2003 : 1 500 000 € 2004 : 1.200.000 € 2005 : pas de financement prévu.</p>

**Tabagisme/campagne d'information.**

<b>Objectifs et Contenu (2002)</b>	<b>Partenariats (2002)</b>	<b>Budget affecté</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Sensibiliser la population aux méfaits du tabagisme.</li><li>- Inciter à l'arrêt du tabac.</li><li>- Campagne TV, radio, presse, affichage et dépliants d'information.</li></ul>	Ministère de la Santé, CFES (ex INPES).	2002 : 9.909.186 € Depuis 2003, la mise en œuvre et le suivi de la campagne d'information a été confiée à l'INPES, sous l'autorité de la DGS.

**Nutrition/campagne d'information.**

<b>Objectifs et Contenu</b>	<b>Partenariats</b>	<b>Budget affecté</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Sensibiliser la population au Programme National Nutrition Santé (PNNS) initié par le Ministère de la Santé.</li><li>- 1<sup>er</sup> volet abordé en 2002 : augmenter la consommation de fruits et de légumes.</li><li>- Campagne affichage, dépliants d'information grand public.</li></ul>	Ministère de la Santé. CFES (ex INPES).	2002 : 3.963.664 € Depuis 2003, la mise en œuvre et le suivi de la campagne d'information a été confiée à l'INPES, sous l'autorité de la DGS.

## Vaccination antigrippale

Objectifs et Contenu	Partenariats	Budget affecté à la campagne de communication et d'accompagnement des professionnels de santé
<p><b>Objectifs :</b></p> <p>2002 : poursuite de la campagne des années précédentes, visant à inciter les personnes âgées de 65 ans et plus à se faire vacciner</p> <p>2003 : mise en place d'une nouvelle campagne (poursuivie en 2004 et 2005) visant à maintenir le réflexe vaccinal chez les plus âgés, et à inciter les populations ayant la couverture vaccinale la plus faible (les 65-69 ans et les personnes jeunes atteintes de certaines ALD) à se faire vacciner.</p> <p><b>Moyens :</b> Campagne TV, radio, affichage, dépliants d'informations grand public et professionnels de santé, site internet pour le grand public et site internet les professionnels de santé. Partenariat avec de nombreuses associations de malades</p>	<p>Depuis 2003, agence DDB Paris</p>	<p>2002 : 1.318.542 €</p> <p>2003 : 3.225.724 € 2004 : 2.230.000 €</p>



**Annexe n° 8 : Interventions de la Région Rhône-Alpes en  
santé.**

**DELIBERATION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL REGIONAL**

**LA STRUCTURATION DES ACTEURS DE SOLIDARITE**

La commission permanente du Conseil régional en sa réunion du 16 décembre 2004,

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU le budget de l'exercice 2004,

VU le contrat de plan 2000/2006 signé entre l'Etat et la Région Rhône-Alpes,

VU la délibération du Conseil régional n° 04.00.186 des 28 et 29 avril 2004 donnant délégation à la commission permanente,

VU la délibération des 23 et 27 avril 1999 définissant les modalités de soutien à l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés,

VU le rapport n°04.16.738 de Monsieur le Président du Conseil régional,

VU l'avis des commissions Solidarités et santé, Transports, déplacements et technologies de l'information et de la communication,

APRES avoir délibéré,

**DECIDE**

**I. CANCEROPOLE**

1) Pour la plate-forme grenobloise du cancéropôle Rhône-Alpes (document joint en annexe I):

- d'attribuer à l'Université Joseph Fourier (38) une subvention de 230 000 € et correspondant 42 % d'une dépense subventionnable de 548 000 € TTC en autorisation de programme (chapitre 903) pour la réalisation de travaux nécessaires à l'accueil d'une équipe de recherche et à l'extension de locaux pour les plates-formes de pré incubation du cancéropôle à l'Institut Albert Bonniot (38).
- d'attribuer au CHU de Grenoble (38) une subvention de 300 000 € et correspondant à 54.55 % d'une dépense subventionnable de 550 000 € TTC en autorisation de programme (chapitre 903) pour l'achat d'un spectromètre de masse destiné à permettre l'identification de marqueurs protéiques pour le centre de protéomique clinique du cancéropôle.
- d'attribuer au CHU de Grenoble (38) une subvention de 69 760 € et correspondant à 100 % d'une dépense subventionnable de 69 760 € TTC en autorisation de programme (chapitre 903) pour la réalisation de travaux nécessaires à l'installation de divers équipements, dont le spectromètre.

2) Pour couvrir divers frais de fonctionnement liés au démarrage du cancéropôle :

- d'attribuer à agence Rhône-Alpes pour le développement des technologies médicales et des biotechnologies (l'ARTEB) une subvention de 100 000 € et correspondant à 11.3 % d'une dépense subventionnable de 885 000 € TTC en autorisation d'engagement (chapitre 961) pour ses missions d'animation, de coordination et d'ingénierie des partenariats du cancéropôle en 2204.
- d'attribuer à la Fondation Rhône-Alpes Futur (FRAF) une subvention forfaitaire de 50 000 € correspondant à une dépense subventionnable TTC en autorisation d'engagement (chapitre 961), pour la prise en charge à ce stade des missions jusqu'ici assumées par l'ARTEB.

## **II. COORDINATION DES ACTEURS DE SANTE**

- d'approuver le projet de convention multipartite entre le Conseil Régional Rhône-Alpes, l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie et l'Agence Régionale d'Hospitalisation de Rhône-Alpes, figurant en annexe II.
- d'attribuer dans le cadre de cette convention au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble (38), une subvention de 1 276 000 € et correspondant à 100% d'une dépense subventionnable de 1 276 000 € T.T.C. en autorisation de programme (chapitre 903) pour l'industrialisation de prototypes, la construction et le déploiement des outils, et l'achat de matériels dans le cadre des volets PEPS, DPPR et ODYSSEE
- d'attribuer dans le cadre de cette convention au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble (38), une subvention de 300 000 € et correspondant à 100% d'une dépense subventionnable de 300 000 € T.T.C. en autorisation d'engagement (chapitre 961) pour la mise en place et le fonctionnement, pendant l'année 2005, de l'équipe projet chargée d'animer la plateforme régionale d'échange des données médicales basée au CHU de Grenoble
- d'attribuer au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble (38) dans le cadre de cette convention, une subvention de 698 000 € et correspondant à 100 % d'une dépense subventionnable de 698 000 € T.T.C. en autorisation de programme (chapitre 908 - ligne fonctionnelle « Technologies de l'information et de la communication »), pour le développement industriel de prototypes, le déploiement et l'achat de matériels dans le cadre des volets STIC et TRAJECTOIRE.
- d'attribuer au Collectif Inter Associatif sur la Santé en Rhône-Alpes (CISRRA) à Vernaison (69), une subvention forfaitaire de 10 000 € et correspondant à une dépense subventionnable TTC en autorisation d'engagement (chapitre 961) pour les actions d'animation et d'information auprès des usagers.

## **III MISE EN RESEAU ET PROFESSIONALISATION DU MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES.**

- d'attribuer dans le cadre d'une convention conforme au modèle type adopté par délibération n°02.11.458 de la commission permanente du 20 juin 2002, à l'association MADO à Annonay (07), une subvention forfaitaire de 50 000 € et correspondant à d'une dépense subventionnable TTC en autorisation d'engagement (chapitre 961) pour la mise en œuvre finale du réseau de santé.

#### **IV. STRUCTURATION ET PROFESSIONNALISATION DES ACTEURS DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES**

- d'attribuer à l'Association Familiale de l'Isère Pour Enfants et Adultes Handicapés Intellectuels (AFIPAEIM), une subvention de 15 290 €, et correspondant à 20% d'une dépense subventionnable de 76 450 € HT, en autorisation de programme (chapitre 904) pour l'équipement du Centre d'Aide par le travail des Ateliers Sud Isère de La Mure (38),
- d'attribuer au Centre Départemental d'Aide par le Travail une subvention de 12 182 € et correspondant à 20% d'une dépense subventionnable d'un montant de 60 908 € HT en autorisation de programme (chapitre 904), pour l'extension du Centre Départemental d'Aide par le Travail (42),

#### **V. HUMANISATION DES ANCIENS LITS D'HOSPICES**

- d'attribuer à la maison de retraite départementale de Saint-Just Saint Rambert (42), une subvention de 338 894 € et correspondant à 15 % d'une dépense subventionnable d'un montant de 2 259 294,75 € TTC, en autorisation de programme (chapitre 904), pour les travaux relatifs à l'humanisation de 57 anciens lits d'hospice transformés – 2<sup>ème</sup> tranche
- d'attribuer à l'hôpital départemental Dufresne – Sommeiller de La Tour (74), une subvention de 380 512 € et correspondant à 15 % d'une dépense subventionnable d'un montant de 2 536 752 € TTC en autorisations de programme (chapitre 904), pour les travaux relatifs à l'humanisation de 64 anciens lits d'hospice transformés – 1<sup>ère</sup> tranche.
- d'attribuer au centre hospitalier de Tullins, une subvention de 38 874 € et correspondant à 15% d'une dépense subventionnable d'un montant de 259 163.30 € TTC, en autorisation de programme (chapitre 904), pour l'équipement mobilier de 85 anciens lits d'hospice transformés au sein du centre hospitalier de Tullins (38),
- par dérogation aux règles financières adoptées par délibération les 20, 21 et 22 décembre 2000, la subvention accordée à l'hôpital local Dona Vierna de Bourg Saint – Andéol (07) pour les travaux relatifs à l'humanisation de 96 anciens lits d'hospice, relève des dispositions spécifiques suivantes :
  - caducité : prorogation d'un an à compter du 17 juin 2005.

Le Président du Conseil régional

Jean-Jack QUEYRANNE

# PROJET DE CONVENTION

## ENTRE

La Région Rhône-Alpes,

L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML),

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM),

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Rhône-Alpes (ARHRA),

## PREAMBULE

Depuis plusieurs années, chacune des institutions présentes à cette convention a développé un certain nombre d'initiatives convergentes pour le développement d'un système d'informations médicalisées destiné à la fois aux professionnels de santé et aux patients.

La Région a développé dans un premier temps, d'une manière générale, les infrastructures nécessaires au développement des nouvelles technologies de communication. Aujourd'hui, elle souhaite s'investir plus particulièrement dans le domaine de la télésanté.

L'URML soutient le développement d'un projet basé sur le système de la « ligne de vie et des épisodes de soins », qui devrait permettre à terme, l'échange de données médicales sécurisées entre professionnels de santé et patients à partir des consultations de médecine de ville.

L'URCAM, contribue au développement des réseaux de santé en ayant le soin de faciliter et rationaliser la communication et l'échange d'informations entre leurs acteurs libéraux, hospitaliers et médico-sociaux. Elle soutient l'émergence de solutions industrielles et pérennes de systèmes d'informations inter-opérables et garantissant la circulation de l'information au plan régional.

L'ARHRA, enfin, a œuvré dans le sens de la constitution d'un système d'information hospitalier en s'appuyant principalement au départ sur les trois CHU et le centre Léon Bérard (CLB). L'ambition est de construire une plate-forme régionale dont les fondements sont déjà au stade des réalisations. Cette plate-forme comprend trois niveaux : l'identification régionale de patient, une plate-forme d'échange de données médicales entre réseaux de soins et un Dossier Patient Partagé Réparti permettant l'échange d'un dossier médical structuré entre les différents systèmes.

Ces différentes initiatives s'inscrivent désormais dans un cadre national qui prévoit d'ici à 2007 la constitution d'un dossier médical personnel.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il est apparu utile aux différents acteurs de regrouper leurs initiatives afin d'assurer une meilleure convergence de leur action. Pour cela, ils conviennent de préciser ensemble leur objectif commun, les moyens de leur mise en œuvre et le suivi de leurs actions.

## **ARTICLE 1 : OBJECTIFS**

Le développement d'un système d'informations médicalisées inter-opérable avec ceux existant et à venir par tous les acteurs de santé (hôpitaux, médecine de ville, réseaux de soins, patients) apparaît aujourd'hui aux quatre signataires de la convention comme un objectif prioritaire pour répondre aux besoins de santé de la population.

Cet outil est indispensable pour permettre de construire et développer un système de santé centré autour du patient. Il permet d'assurer une prise en charge globale, continue et coordonnée du patient, quels que soient les professionnels et institutions de santé parties prenantes. Il est ainsi un facteur essentiel de la coordination de la prise en charge du patient et de la sécurité des soins.

Ces objectifs s'inscrivent dans la démarche impulsée au plan national consistant à mettre en œuvre, d'ici 2007, un dossier médical personnel permettant de recenser les actes effectués pour un même patient. Ce dossier, propriété du patient, permet de connaître son parcours et vise à optimiser sa prise en charge par les professionnels de santé qu'il sollicite.

Les signataires considèrent que le développement d'un tel système suppose le respect d'un certain nombre de principes qui seront repris par ailleurs dans la partie du schéma régional d'organisation sanitaire arrêté par l'ARH pour la période 2005/2010 traitant de la télésanté :

- ✓ **mutualisation des services communs indispensables pour partager et favoriser la communication d'informations à caractère médical entre les professionnels de santé libéraux et hospitaliers**
- ✓ **construction et mise en œuvre d'un dossier médical partagé au niveau de la région**
- ✓ **mise en place d'une offre régionale de service d'hébergement et d'exploitation des systèmes informatiques des réseaux de santé**
- ✓ **mutualisation des moyens consacrés au financement des systèmes d'information**
- ✓ **interopérabilité et cohérence dans la mise en œuvre et dans l'utilisation des différents outils informatiques**
- ✓ **complémentarités avec le dossier médical personnel (D.M.P.) prévu par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.**

Afin de parvenir à cet objectif, les signataires souhaitent unir leurs efforts en vue de constituer une plate-forme régionale d'échanges des données médicales.

## **ARTICLE 2 : LE DISPOSITIF**

Les différents éléments de la plate-forme régionale dénommée "SANTE-RA.fr » peuvent être déclinés de la manière suivante :

L'architecture cible s'appuie sur un service d'identification du patient commune à la région Rhône-Alpes (projet STIC : serveur télématique d'identification communautaire). Le projet STIC affecte à chaque patient une identification unique, tout en laissant à chaque utilisateur son propre système d'identification des patients. Ce dispositif résout le problème de l'identification du patient au niveau régional. Il a vocation à être utilisé par tous les acteurs et à s'étendre ensuite au niveau national dans le cadre du développement du dossier médical personnel. Sa généralisation par l'industrialisation peut être lancée rapidement.

Elle s'appuie ensuite sur un service d'authentification forte à base de carte à puce, en particulier la carte CPS. Une plate-forme d'échanges (projet PEPS : plate-forme d'échanges entre professionnels de santé) permet aux professionnels d'adresser et de consulter des informations sur un patient suivi en réseau. Cette plate-forme peut être utilisée pour des échanges "ville/hôpital", mais aussi pour des réseaux thématiques. Les informations peuvent être structurées (réseaux cancérologie, réseau diabète, ...etc) ou sur le mode messagerie dès lors que celles-ci sont homologuées par le Groupement d'Intérêt Public « Carte Professionnelle de Santé » (GIP CPS).

Afin d'aller vers un dossier patient unique, quelques établissements de santé ont lancé un projet DPPR (Dossier Patient Partagé Réparti). Ce projet vise à offrir à chaque professionnel de santé muni des habilitations nécessaires et authentifié à l'aide d'une carte CPS, la possibilité d'accéder à l'ensemble des informations enregistrées sur ce patient dans la région. Cet accès en lecture s'effectue par l'outil DPPR qui va "butiner" sur les différents systèmes d'information des hôpitaux adhérents du projet. L'information n'est pas stockée à un endroit unique mais reste dans les systèmes d'information de chaque établissement.

Ce système a vocation à s'inter-opérer avec la médecine de ville à partir du projet « ligne de vie et épisodes de soins du patient », développé par l'URML.

Enfin, l'initiative gouvernementale en faveur du déploiement du Dossier Médical Personnel conforte la démarche régionale en ce qu'elle doit contribuer à la structuration du gisement des données de la médecine de ville.

## **ARTICLE 3 : LA MISE EN ŒUVRE**

Afin de développer cette plate-forme régionale, les signataires/financeurs décident de constituer un comité de pilotage composé de deux représentants de chacune des institutions signataires. Il est chargé de la conduite de l'opération. A ce titre, il est l'instance politique et stratégique assurant :

↗ le pilotage et le suivi de la mise en œuvre du chantier

↗ la commande des travaux

↪ la gestion financière

↪ la communication

↪ le bilan

Pour la conduite du chantier, le comité de pilotage s'appuie sur une équipe opérationnelle. Cette équipe doit demeurer une structure légère avec une direction collégiale composée de professionnels consacrant une part de leur temps à la mission régionale. C'est une administration de mission dont le travail est fondé sur le plan d'actions décidé et validé par le comité de pilotage. Cette équipe a un rôle d'impulsion qui, au niveau local, peut assurer uniquement des missions de conseil et d'assistance.

Elle élabore, conduit et assure :

- *des propositions de plans d'actions*
- *des cahiers des charges*
- *des appels d'offres*
- *la validation fonctionnelle et organisationnelle*
- *le suivi de la mise en œuvre sur le terrain et l'évaluation*

Le fonctionnement de cette équipe suppose des mises à disposition partielles d'experts ayant des compétences pouvant contribuer au développement et la mise en œuvre du plan d'actions selon des modalités d'indemnisation à définir par les signataires de la présente convention.

Enfin, pour la mise en œuvre effective, il est fait appel à des ressources externes au travers de la désignation de chefs de projet qui :

- . mettent en œuvre le cahier des charges
- . réalisent des projets
- . en assurent le déploiement (notamment pour l'hébergement, la réalisation de la maintenance des outils, les services associés autour du fonctionnement des outils).

Pour l'ensemble du dispositif de mise en œuvre le comité de pilotage mettra au point un règlement intérieur qui précisera de manière plus détaillée les rôles respectifs et les modalités de fonctionnement de chacun des niveaux définis ci-dessus

#### **ARTICLE 4 : LE FINANCEMENT**

La réalisation de la plate-forme régionale nécessite qu'un plan d'action hiérarchisé soit établi, s'appuyant notamment sur les travaux du SROS Télé santé, sur le bilan des systèmes d'information existants en région réalisé par l'URCAM et sur le cahier des charges du DMP.

Un chiffrage des actions de ce plan permet de planifier les actions dans le temps en fonction des moyens alloués par chacun des financeurs.

Ces moyens basés sur une mutualisation entre les signataires sont déterminés annuellement pour chacun des acteurs ainsi que la déclinaison du plan par un avenant à la convention.

## ARTICLE 5 : EVALUATION ET AUDIT

L'évaluation régulière des projets est une composante essentielle de la politique régionale en matière de télésanté. Ce travail d'évaluation porte à la fois, à court terme, sur l'avancement des projets afin de garantir la conformité des actions aux objectifs politiques assignés, et à plus long terme, sur l'impact de ces projets sur la coordination de la prise en charge du patient et de la sécurité des soins.

Cette dimension est déjà présente dans les projets lancés tels que le STIC qui a fait l'objet d'une évaluation par une société extérieure. Elle pourra être renforcée par l'apport méthodologique de compétences universitaires ou de sociétés de service.

A titre indicatif, sont retenus les items d'évaluation suivants :

- ❶ La réalisation des outils
- ❷ Le déploiement des outils
- ❸ La satisfaction des utilisateurs
- ❹ Le respect des bonnes pratiques
- ❺ Les coûts d'exploitation
- ❻ Les études d'impact

A partir de ces évaluations, un bilan annuel est réalisé en fin d'exercice permettant de préparer l'avenant de l'année n + 1.

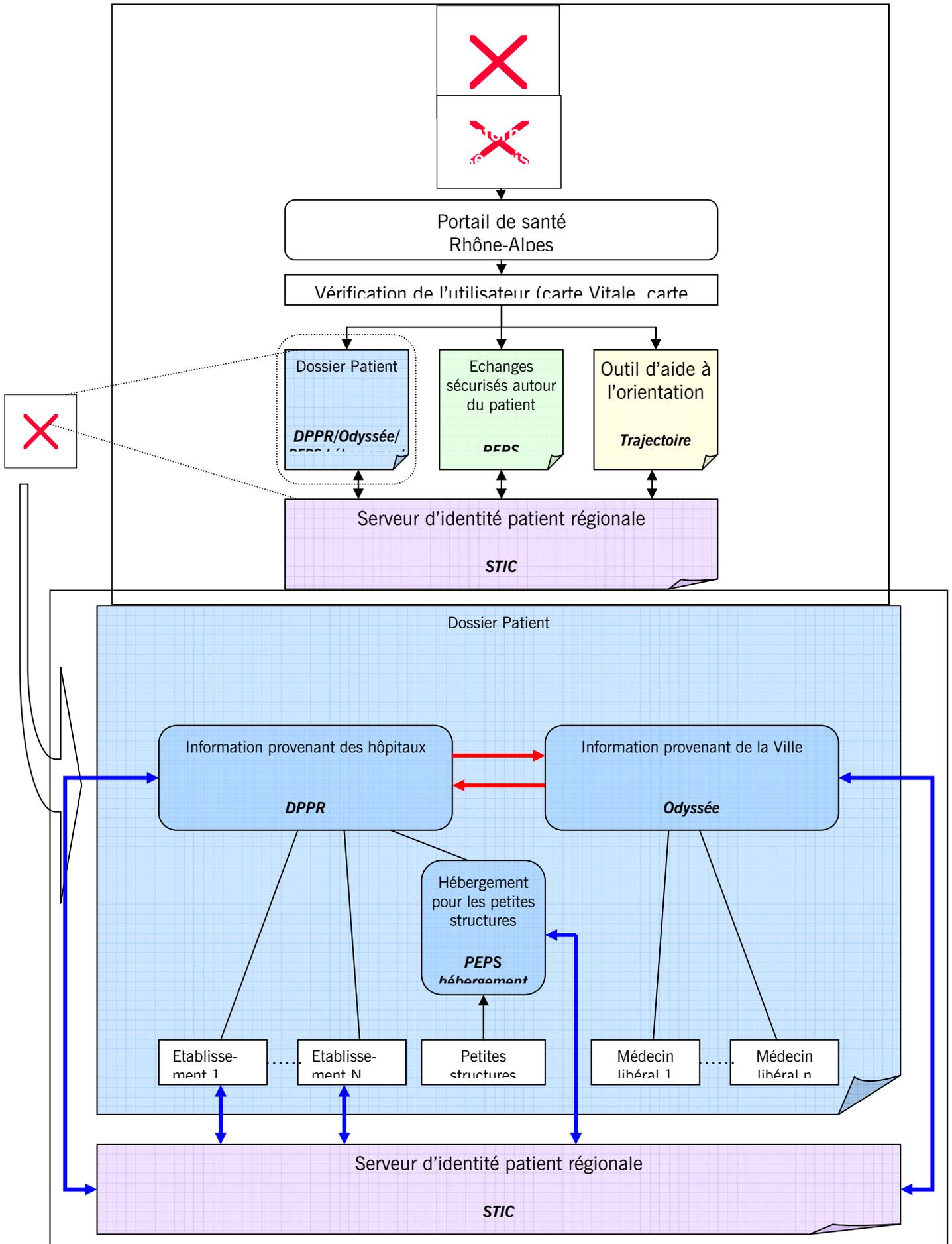
## ARTICLE 6 : DUREE

La convention est passée pour une durée de trois ans et s'inscrit dans le cadre du projet national DMP et dans celui du SROS Télésanté dont le terme est septembre 2010. Elle pourra être revue à tout moment à la demande d'un des partenaires.

Fait à Charbonnières le,

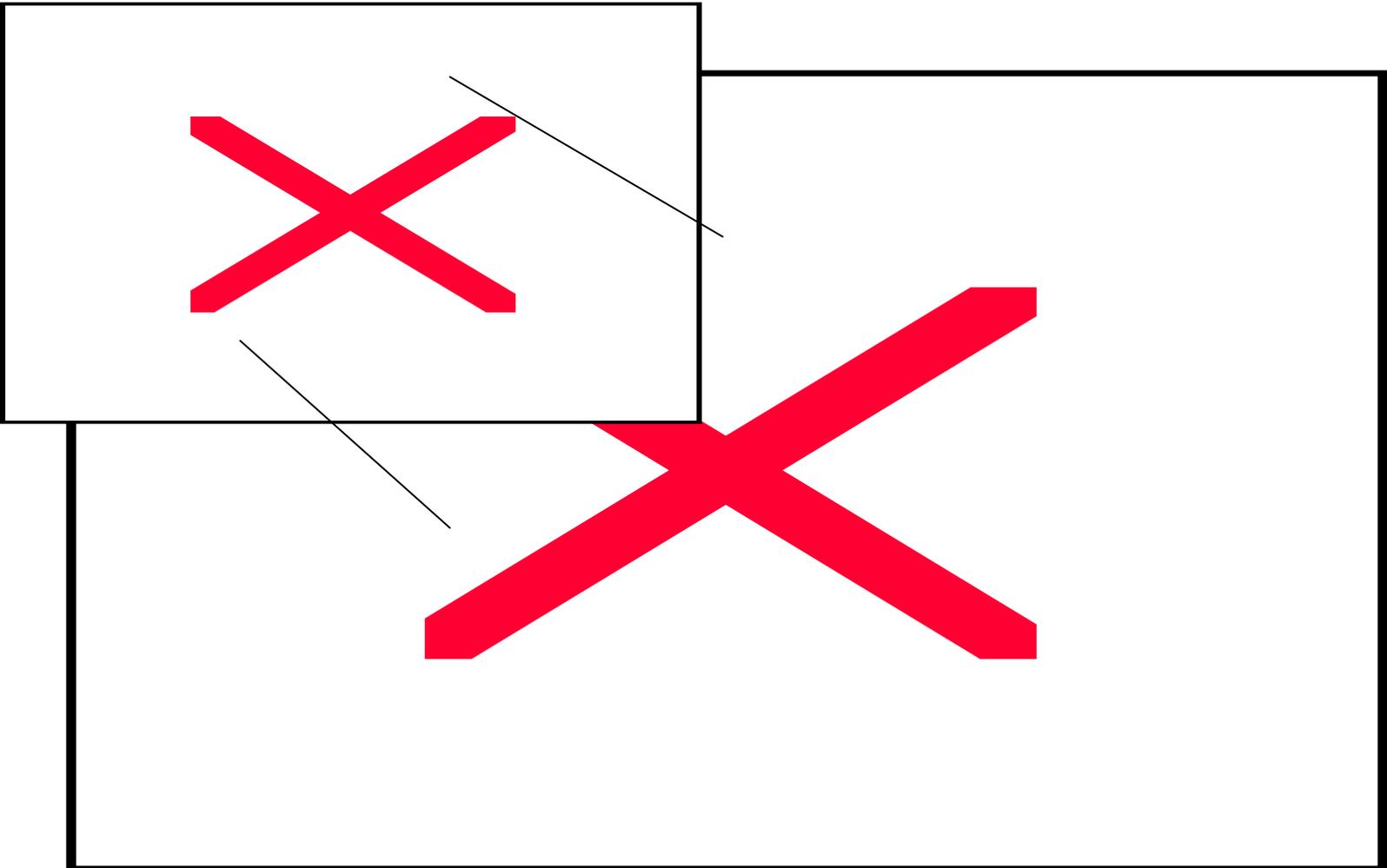
Pour le Conseil régional Rhône-Alpes	Pour l'Union régionale des Médecins Libéraux
Pour l'Union régionale des Caisses d'Assurances Maladie	Pour l'Agence régionale de l'Hospitalisation de Rhône-Alpes

☒ Intégration des différentes briques du projet régional :



<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>	<del>X</del>
<b>REPARTITION FINANCIERE DES INVESTISSEMENTS – DES COÛTS D'EXPLOITATION ET DES COÛTS HUMAINS</b>						

Les chiffres présentés pour la part ARH, URCAM et URML ne sont pas définitifs, ils devront être affinés et validés dans le cadre de l'écriture du SROS3 Système d'information.



<b>Coût du projet déjà réalisé</b>	<b>2 199 K€</b>
<b>Coût du projet à réaliser</b>	<b>8 928 k€</b>
<b>Coût total du projet de 2001 à 2007 :</b>	<b>11 127 K€</b>

~~×~~ ~~×~~ **TYPES D'INVESTISSEMENTS** ~~×~~ ~~×~~ ~~×~~

	<b>R&amp;D + prototypes</b>	<b>Structures</b>	<b>Déploiements</b>	<b>Exploitation</b>
<b>PROJETS</b>	A faire une seule fois	A faire une fois et à faire évoluer à long terme	A faire N fois ou à industrialiser pour que le N fois coûte moins cher.	Coûts récurrents (10 à 20% par an des investissements centraux). L'exploitation locale reste à la charge des établissements
<b>STIC</b>	530 K€ Création du serveur		A faire (Voir document ci-dessous pour propositions)	A assurer : - Cellule qualité centrale - Hébergement serveur - Evolutions logiciel
<b>Réseau haut débit</b>		.Site sans lien internet .Zones non accessibles en ADSL .Certaines solutions FT non compatibles avec le pjt régional		
<b>PEPS</b>	Réalisation CHUG sur fonds propres. Il faut : solidifier la solution la rendre compatible avec le STIC et le DPPR		A faire (Voir document ci-dessous pour propositions)	A assurer : - Hébergement serveur - Evolutions logiciel
<b>Carte à Puce patient</b>	Expérience sur la cancérologie en attendant la VITALE 2			
<b>DPPR</b>	Site central + 5 pilotes 500 K€		A faire (voir document ci-dessous pour propositions)	A assurer : - Hébergement serveur - Evolutions logiciel
<b>Trajectoire</b>	Prototype ONCORA et HCL déjà fait. Solution régionale à construire			
<b>Salle blanche</b>		Mise en place de la salle blanche		Exploitation de la salle Hot line centralisée

--	--	--	--	--

A faire une seule fois

A faire N fois ou de façon récurrente