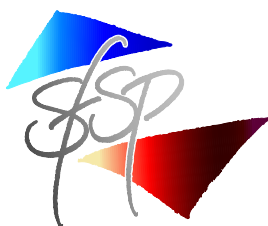




PROPOSITIONS

**Pour une stratégie de
prévention articulant la santé
dans toutes les politiques,
la promotion de la santé
et les pratiques cliniques
préventives, intégrée à la
Stratégie nationale de santé**

Juin 2014





sommaire

SYNTHESE	5
CONSTATS	10
1/ POURQUOI LA PREVENTION ?	10
1.1/ Qu'est-ce que la prévention ?	10
1.2/ Quels leviers pour la prévention ?	11
1.3/ De la prévention à la prise en compte des déterminants sociaux de la santé	12
1.4/ Quels acteurs pour la prévention ?	13
2/ La situation française	14
3/ La Stratégie nationale de santé : une opportunité exceptionnelle	16
PROPOSITIONS	17
1/ PROPOSITION 1 – ADOPTER UNE STRATEGIE DE PREVENTION ARTICULANT LA SANTE DANS TOUTES LES POLITIQUES, LA PROMOTION DE LA SANTE ET LES PRATIQUES CLINIQUES PREVENTIVES	17
2/ PROPOSITION 2 - ADOPTER UNE STRATEGIE EXPLICITE DE LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE	17
2.1/ Sensibiliser aux déterminants sociaux de la santé les décideurs et la population	17
2.2/ Objectiver les inégalités sociales et territoriales de santé et leurs déterminants	18
2.3/ Evaluer l'impact sur la santé et l'équité en santé des politiques publiques	18
2.4/ Faire de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé dès l'enfance une priorité, à travers les politiques sanitaires, sociales et éducatives	19
2.5/ Rendre effectif l'accès aux droits fondamentaux, dont font partie les soins, la prévention, la protection sociale et les mesures intersectorielles en direction des plus vulnérables	20



3/ PROPOSITION 3 - SOUTENIR LA PROMOTION DE LA SANTE DANS LES MILIEUX DE VIE	21
3.1/ Inciter un plus grand nombre de communautés de vie à s'engager dans des stratégies de promotion de la santé	22
3.2/ Développer les interventions de première ligne visant particulièrement à réduire les inégalités de santé et à combler les besoins de santé de groupes plus vulnérables, du fait de leurs conditions et modes de vie ou de leur handicap	22
3.3/ Organiser en région des modalités durables d'accompagnement à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de promotion de la santé	23
3.4/ Instituer un financement à la hauteur des enjeux et sécurisé destiné aux activités d'accompagnement et d'intervention en promotion de la santé et prévention collective	23
3.5/ Agir sur les déterminants environnementaux et liés au travail	24
4/ PROPOSITION 4 - AMELIORER L'EFFICACITE ET L'EFFICIENCE DES PRATIQUES CLINIQUES PREVENTIVES ..	24
4.1/ Accompagner les professionnels pour améliorer les pratiques cliniques préventives	24
4.2/ Améliorer l'efficacité des pratiques cliniques préventives	25
4.3/ Rationaliser l'offre en termes de bilans de santé et de consultations de prévention	26
4.4/ Accompagner la population afin d'améliorer sa capacité de choix	26
4.5/ Prendre en compte la problématique des inégalités d'accès aux pratiques cliniques préventives	26
4.7/ Faire du système de soins un acteur de la promotion de la santé	27
5/ PROPOSITION 5 - DEFINIR UNE NOUVELLE GOUVERNANCE	28
5.1/ Renforcer la recherche, l'expertise et le transfert de connaissances	28
5.2/ Développer le débat public sur la santé et élargir le champ de la démocratie sanitaire	29
5.3 Clarifier le pilotage des politiques intersectorielles et le pilotage concernant le secteur de la santé	29
5.4/ Donner une place plus importante au niveau local	30
LISTE DES SIGLES	32
ANNEXE	33
SYNTHESE DES PROPOSITIONS DE LA SFSP POUR UNE GOUVERNANCE RENOUVELEE POUR LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE	33



Synthèse

La France se situe dans une position défavorable par rapport à la moyenne européenne pour de nombreux facteurs de risque et pour certains états de santé. Cette situation est en grande partie attribuable à l'absence de politique structurée de prévention en France. Pour la première fois, avec la Stratégie nationale de santé (SNS), est reconnue la complémentarité entre interventions sur les conditions de vie et de travail, acquisition de compétences personnelles et recours à des pratiques cliniques de prévention. L'objectif de ce document est de soutenir la mise en œuvre de cette ambition à travers cinq propositions structurantes. Cette note n'aborde pas les aspects de crise, veille et sécurité sanitaire. Elle complète les propositions émises par la SFSP pour une gouvernance renouvelée pour la Stratégie nationale de santé.

Proposition 1 – Adopter une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives

La prévention a pour objectifs de prévenir l'apparition des maladies, d'en réduire les conséquences fonctionnelles et sociales et de favoriser l'égalité devant la santé, ceci en agissant sur les déterminants individuels et collectifs de santé. La Société française de santé publique (SFSP) propose de définir une stratégie explicite de prévention soutenant conjointement les trois modalités d'action que sont :

- la santé dans toutes les politiques,
- la promotion de la santé de proximité alliant l'éducation pour la santé, la mobilisation sociale et la création d'environnements favorables à la santé,
- et les pratiques cliniques préventives (ou prévention dite médicalisée).

Le service public territorial de santé, proposé dans le cadre de la SNS, doit intégrer les acteurs du dispositif de santé publique et contribuer à la coordination entre ces trois modalités d'action.

Proposition 2 – Adopter une stratégie explicite de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé

Il est nécessaire de sensibiliser la population et les décideurs aux déterminants de la santé aujourd'hui mal appréhendés. Il convient d'établir un nouveau cadre en concertation avec les professionnels qui participent à la prise en charge en santé des personnes.

Il s'agit ensuite de mettre en œuvre des leviers connus comme efficaces pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, leviers par nature intersectoriels. Il s'agit principalement des études d'impact sur la santé et des politiques sociales et éducatives de la petite enfance.

La stratégie proposée repose sur cinq axes :

- sensibiliser les décideurs, les professionnels et la population aux déterminants de la santé et aux principaux leviers d'action ;
- objectiver les inégalités sociales et territoriales de santé et leurs déterminants ;
- évaluer l'impact sur la santé et l'équité en santé des politiques publiques ;



- faire de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé dès l'enfance une priorité, à travers les politiques sanitaires, sociales et éducatives ;
- et rendre effectif l'accès aux droits fondamentaux, dont font partie les soins, la prévention, la protection sociale et les mesures intersectorielles en direction des plus vulnérables.

Proposition 3 – Soutenir la promotion de la santé dans les milieux de vie

La SFSP propose que la promotion de la santé et les activités d'éducation pour la santé, de prévention collective et de santé communautaire qui s'y réfèrent soient reconnues en tant que missions d'intérêt général ou de service public au même titre et avec la même légitimité que le soin. Elle propose une reconnaissance du rôle majeur des collectivités territoriales et autres structures locales, notamment associatives, dans ce champ, en lien avec les services déconcentrés de l'Etat (ex : l'Education nationale et la santé scolaire s'agissant du milieu de vie de l'Ecole et de la promotion de la santé en faveur des élèves).

Cela suppose de définir des modalités d'organisation, d'accompagnement et de financement appropriées et d'inciter les communautés de vie à s'engager dans ces stratégies. Ainsi, cinq axes sont proposés :

- inciter un plus grand nombre de communautés de vie à s'engager dans des stratégies de promotion de la santé ;
- développer les interventions de première ligne visant particulièrement à réduire les inégalités de santé et à combler les besoins de santé de groupes plus vulnérables, du fait de leurs conditions et modes de vie ou de leur situation de handicap ;
- organiser en région des modalités durables d'accompagnement à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de promotion de la santé ;
- instituer un financement à la hauteur des enjeux et sécurisé destiné aux activités d'accompagnement et d'intervention en promotion de la santé et prévention collective ;
- agir sur les déterminants environnementaux et liés au travail.

Proposition 4 – Améliorer l'efficacité des pratiques cliniques préventives

Il s'agit de mettre en œuvre un ensemble de mesures permettant d'améliorer l'accessibilité à la prévention et en renforcer l'efficacité et l'efficience. Ceci passe entre autres par une meilleure organisation territoriale, autour du médecin traitant, et par des mesures d'accompagnement des professionnels et des patients. Cette proposition comporte six axes :

- améliorer l'efficacité des pratiques cliniques préventives ;
- rationaliser l'offre en termes de bilans de santé et de consultations de prévention ;
- accompagner la population afin d'améliorer sa capacité de choix ;
- prendre en compte la problématique des inégalités d'accès aux pratiques cliniques préventives ;
- élaborer et mettre en œuvre une stratégie de prévention des événements indésirables associés aux soins [Le détail de cette mesure figure dans une note spécifique] ;
- faire du système de soin un acteur de la promotion de la santé.



Proposition 5 – Définir une nouvelle gouvernance

Il s'agit d'abord de clarifier le pilotage national des politiques de santé et des politiques intersectorielles pouvant avoir un impact sur la santé.

Une stratégie explicite de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé doit être portée au niveau du gouvernement. Le rôle des collectivités territoriales – acteurs majeurs d'action sur les déterminants de la santé – doit être renforcé et soutenu. Les contrats locaux de santé doivent être un outil au service de cette ambition. Enfin, quel qu'en soit le niveau, la décision doit être fondée sur les connaissances scientifiques articulées avec l'expérience des acteurs et les aspirations de la population. Il s'agit donc d'une part de soutenir la recherche interventionnelle en santé des populations et d'autre part de mettre en place un processus structuré de transfert des connaissances favorisant les échanges entre chercheurs, acteurs et décideurs. Cette proposition comprend quatre axes :

- renforcer la recherche, l'expertise et le transfert de connaissances ;
- développer le débat public sur la santé et élargir le champ de la démocratie sanitaire ;
- clarifier le pilotage des politiques intersectorielles et le pilotage concernant le secteur de la santé ;
- donner une place plus importante au niveau local.





Dans sa lettre ouverte adressée le 28 février 2013 au Premier Ministre et à la Ministre de la Santé, la SFSP se réjouissait « *que soit enfin décidée l'actualisation de la Loi de santé publique du 9 août 2004* » tout en s'interrogeant néanmoins « *sur l'étendue des réformes envisagées au vu de l'argumentation exposée, qui pourrait faire de la santé une affaire trop exclusivement centrée sur le système de soins* ». Elle a donc remis une première contribution au comité des sages, apportant sa vision des enjeux pour la Stratégie nationale de santé.

Suite à l'annonce de la Stratégie nationale de santé et de la préparation de la future loi de santé, la Société française de santé publique apporte des propositions sur deux axes fondamentaux pour la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé : **la gouvernance et la prévention (promotion de la santé et pratiques cliniques préventives)**. Ces propositions ont été réalisées par un groupe de travail d'adhérents de la SFSP – personnes morales et personnes physiques, sous la coordination du conseil d'administration et soumis à l'avis de l'Assemblée générale.

Ce document regroupe les propositions pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la Stratégie nationale de santé.

La synthèse des propositions de la SFSP pour une gouvernance renouvelée pour la Stratégie nationale de santé figure en annexe.

L'ensemble de ces textes est accessible sur le site internet de la SFSP : <http://www.sfsp.fr/dossiers/dossiers.php?cdossier=59>.



Constats

Les budgets santé consacrés à la prévention sont les premiers à pâtir de la crise économique en Europe. Comme le souligne l'OCDE¹, la direction des politiques prises dans certains pays soulève des inquiétudes. Par exemple, la prévention constitue souvent un moyen plus efficace d'améliorer la santé que de dépenser de l'argent dans le traitement des maladies. Toutefois, les dépenses au chapitre de la prévention ont été réduites depuis 2009 (même si elles ne représentent que 3-% des dépenses totales de santé). [...] Les coupures budgétaires touchant particulièrement les démarches collectives de prévention de l'obésité et de consommation nocive d'alcool et de tabac reflètent souvent des économies de « bouts de chandelle ». En effet, ces économies sont pensées à court terme, en dehors de toute appréhension des coûts de santé qu'elles engendrent sur le long terme, notamment pour les générations futures. De telles solutions à court terme menacent ainsi la pérennité de la réponse que peut apporter le système de soins, confronté à l'inflation des maladies chroniques évitables. Les décisions politiques face à la crise ont ainsi un impact considérable sur la santé².

1/ Pourquoi la prévention ?

1.1/ Qu'est-ce que la prévention ?

La prévention a pour objectifs de **prévenir l'apparition des maladies, d'en réduire les conséquences fonctionnelles et sociales et de favoriser l'égalité devant la santé**, en agissant sur les déterminants individuels et collectifs de santé et les inégalités de santé. Une grande partie de la mortalité prématurée, de la charge de morbidité et des dépenses de santé est liée à des facteurs accessibles à la prévention. Pour la France, les cinq principaux facteurs de risques identifiés sont les conduites alimentaires (10% de la charge de morbidité), le tabagisme (9%), l'hypertension artérielle (7,5%), le surpoids et l'obésité (7%) et l'alcool (6,5%)³.

La prévention peut être un levier majeur pour répondre aux enjeux sanitaires à venir. Par exemple, l'évolution de la prévalence de la démence est souvent considérée comme inéluctable car liée au vieillissement de la population. Pourtant, des facteurs modifiables ont un rôle protecteur vis-à-vis de la démence. La Caerphilly cohort study⁴ a montré récemment par exemple qu'un exercice physique régulier est associé à une diminution du risque de démence de près de 60% chez les hommes.

Ces données montrent que l'on ne peut pas améliorer la santé et soutenir la pérennité de notre système solidaire sans mettre la prévention au cœur des politiques de santé. Les déterminants de santé sont eux-mêmes influencés par des

¹ OCDE. Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE. Éditions OCDE. 2013.

² Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D *et al.* Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381(9874):1323-31.

³ Institute for Health Metrics and Evaluation. Global of burden of disease profile – France. [Accédé le 28 janvier 2014]. Disponible à <http://www.healthmetricsandevaluation.org/sites/default/files/country-profiles/GBD%20Country%20Report%20-%20France.pdf>

⁴ Elwood P, Galante J, Pickering J, Palmer S, Bayer A, Ben-Shlomo Y *et al.* Healthy lifestyles reduce the incidence of chronic diseases and dementia: evidence from the caerphilly cohort study. *PLoS One*. 2013;8(12):e81877.



facteurs sociaux, **les politiques de prévention doivent dépasser le périmètre des politiques de santé**⁵.

1.2/ Quels leviers pour la prévention ?

La politique de prévention doit articuler l'intervention du système de santé et d'autres interventions extérieures à ce système. Dans le premier cas, on parle de prévention médicalisée ou de **pratiques cliniques préventives**, réalisées par des professionnels de santé dans le système de soins ou dans le dispositif de santé publique (médecine du travail, médecine scolaire, protection maternelle et infantile (PMI), etc.). Dans le deuxième cas, on parle de **promotion de la santé** qui vise à accroître l'aptitude des personnes et des groupes à améliorer et maintenir leur santé, leur qualité de vie et leur bien-être et pour cela qui associe interventions centrées sur les compétences individuelles (telles que l'éducation pour la santé) et création d'environnements matériels et sociaux favorables à la santé. Les deux leviers sont absolument indissociables : si l'on ne veut pas aggraver les inégalités sociales et territoriales, les interventions sur les comportements doivent être combinées avec des mesures environnementales proches des personnes, afin qu'elles disposent des ressources nécessaires, au niveau personnel et dans leur environnement, pour promouvoir leur santé⁶.

Sur le plan économique, les interventions de promotion de la santé sont plus souvent rentables (c'est-à-dire que les coûts sont compensés par des gains) que les interventions de prévention médicalisée, qui peuvent toutefois être efficaces (c'est-à-dire que les résultats sont satisfaisants au regard des coûts). Pour prendre un exemple illustratif de ces constats, une modélisation dans le domaine de l'hypertension artérielle⁷ a montré qu'aux USA, **un dollar investi dans la promotion de la santé** (réduction de la consommation de sel) **permettrait d'éviter entre 7 et 36 dollars de dépenses de soins** (prise en charge de l'infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux) alors qu'**un dollar investi dans la prévention médicalisée** (traitement antihypertenseur) ne permettrait d'éviter que 0,7 dollar, soit un coût supérieur à l'économie générée. Cependant, dans le deuxième cas, **le coût par année de vie sans incapacité (Qalys) gagné était de 15 800 dollars**, ce qui est considéré comme efficace. Autre exemple, dans le domaine des consommations à risque, une étude menée pour l'Etat de Washington sur les retours d'investissement de politiques publiques fondées sur les données probantes, a montré que **chaque dollar investi dans le développement des « compétences de vie » permettrait d'éviter 37 dollars de dépenses publiques à venir** (réduction des comportements à risque, réduction des dépenses de santé, augmentation du niveau d'éducation, accroissement de la capacité de travail...)⁸. Le coût d'un tel programme par enfant est peu élevé (34dollars soit 25 euros par enfant), ce qui représenterait un investissement d'environ 20 millions d'euros par an, soit par exemple seulement un millième des taxes perçues sur le tabac et l'alcool. Pourtant, malgré son faible coût et sa rentabilité parfois forte, l'investissement de la collectivité nationale dans la promotion de la santé est aujourd'hui très faible

⁵ Lombrail P. Pour une stratégie nationale de santé qui ne se limite pas à l'optimisation des parcours de soins individuels. Santé publique, 2013;25(4):385-8.

⁶ Jourdan D. La santé publique au service du bien commun ? - Politiques et pratiques de prévention à l'épreuve du discernement éthique. Editions de santé, 2012.

⁷ Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, Moran A, Lightwood JM, Pletcher MJ *et al.* Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. N Engl J Med. 2010;362(7):590-9.

⁸ Washington State Institute for Public Policy. Return on Investment: Evidence-Based Options to Improve Statewide Outcomes. Washington State Institute for Public Policy. April 2012.



(environ 0,1% de la dépense de santé⁹) relativement à celui consenti pour la prévention médicalisée (qui peut être estimé à plus de 14 milliards d'euros, soit plus de 6% de la dépense courante de santé)¹⁰.

1.3/ De la prévention à la prise en compte des déterminants sociaux de la santé

Si l'on veut être encore plus efficace et particulièrement lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS), il faut d'abord **agir sur les « causes des causes »**¹¹. En effet, les recherches en santé des populations conduites au cours des dernières décennies ont permis de montrer que des déterminants macro-sociaux, économiques et culturels ont plus d'influence sur l'état de santé des populations que les comportements personnels ou les soins médicaux. En particulier, les comportements ne peuvent être interprétés en dehors des contextes sociaux dont ils sont en partie la conséquence et ce dès le plus jeune âge. Il est en effet établi que les principaux déterminants de l'état de santé se trouvent très en amont du système de soins, dans les conditions de logement, de travail, les environnements sociaux, etc. Par exemple, le système éducatif français est de plus en plus inégalitaire, avec d'une part la partie la plus favorisée de la population lui assurant une place moyenne relativement aux autres pays et d'autre part, un nombre croissant d'élèves en échec scolaire, selon le rapport PISA 2012 (OCDE). Or l'éducation reste un déterminant de santé majeur et les inégalités d'accès à celle-ci se traduisent pour une part en inégalités de santé.

Ainsi, l'amélioration de l'état de santé de la population et la réduction des inégalités afférentes, dépendent de **choix politiques qui ne relèvent pas uniquement du ministère de la Santé**. Une étude récente illustre cette analyse en objectivant l'effet des leviers sociaux sur la santé. Cette étude avait pour objectif d'expliquer la mortalité annuelle dans 15 pays européens entre 1980 et 2005 en fonction d'un certain nombre d'indicateurs macro-économiques. Les résultats sont édifiants : 100 dollars de dépenses sociales étaient associés à une réduction de 1% de la mortalité générale. Pour obtenir le même résultat par le soin, il fallait dépenser 10 000 dollars, soit 100 fois plus¹².

Depuis le rapport de la commission sur les déterminants sociaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2008¹³, une vingtaine de pays se sont lancés dans une stratégie globale de réduction des ISTS en introduisant des actions sur les déterminants sociaux de la santé (stratégie dite de « santé dans toutes les politiques »). En 2010, l'OMS a publié la déclaration d'Adélaïde¹⁴ qui « *souligne la nécessité d'un nouveau contrat social entre tous les secteurs pour promouvoir le développement humain, le développement durable et l'équité et améliorer les résultats sur le plan sanitaire* ».

⁹ Drees. Comptes nationaux de la santé 2011. Paris : Drees. 2011.

¹⁰ Alla F. La prévention dans les soins. Actualité et Dossier en Santé Publique, 2013;83 : 62-3.

¹¹ Wilkinson R, Marmot M, editors. Les déterminants sociaux de la santé: les faits. 2^e ed Copenhague : OMS Bureau régional pour l'Europe ; 2004.

¹² Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programs. BMJ. 2010 Jun 24; 340:c3311.

¹³ OMS. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. OMS, 2008.

¹⁴ OMS. Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. OMS, Gouvernement d'Australie-Méridionale, Adélaïde, 2010.



1.4/ Quels acteurs pour la prévention ?

Le **médecin généraliste**, premier recours en France en termes de soins, est un **premier acteur de la prévention médicalisée**. D'autres **professionnels de santé** interviennent également, dans leurs champs de compétences respectifs (ex : médecins d'autres spécialités, dentistes, infirmiers, pharmaciens, etc.) **dans le cadre du système de soins usuels ou du dispositif de santé publique** (santé scolaire, PMI, santé au travail, ...). La liste des interventions concernées est vaste : information, éducation pour la santé (hygiène de vie, santé buccodentaire...), counseling, bilans de santé, suivi des grossesses, de la santé et du développement des enfants, dépistage des facteurs de risque et des maladies, vaccination, contraception, chimioprophylaxie, etc. Elle concerne aussi la prise en charge des facteurs de risque (ex : hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, tabac, alcool...). On pourrait inclure dans cet ensemble la prévention tertiaire (ex : traitement médicamenteux après un événement de santé pour éviter la récurrence, éducation thérapeutique, accompagnement...), la lutte contre les soins inutiles (prévention « quaternaire ») et contre les événements indésirables liés aux soins.

Cette mission du médecin généraliste aurait dû être renforcée par le dispositif du médecin traitant, mais certains échecs sont patents, le médecin ne peut à lui seul assurer une prise en charge globale. Aujourd'hui, la prévention ne doit pas être envisagée seulement comme un acte ou une série d'actes individuels et ponctuels mais comme une intervention collective par nature, c'est-à-dire pensée et organisée à l'échelle d'une patientèle ou d'un territoire et articulée avec le soin¹⁵.

Les **parents, enseignants, travailleurs sociaux, groupes d'entraide, associations d'usagers ou d'habitants, élus, chefs d'entreprise ou responsables d'administration, syndicalistes...** sont les acteurs naturels et légitimes de la **promotion de la santé**. Ils doivent être **soutenus par des professionnels spécialisés** qui les aident à faire un diagnostic de situation, à bâtir un projet d'action et son évaluation, qui facilitent le travail en réseau et apportent les conseils méthodologiques, la formation, la documentation et les outils pédagogiques, dont ces acteurs ont besoin¹⁶. L'utilisation de nouvelles technologies de l'information doit être développée et comprise par tous.

Les premiers acteurs susceptibles d'inscrire une préoccupation santé dans les politiques sont **ceux qui décident, pilotent, mettent en œuvre ces politiques et programmes**. L'on se heurte alors à une difficulté majeure : ces politiques s'inscrivent de façon dominante hors du système de santé. Un débat existe au niveau international concernant le type d'acteur auquel confier la gouvernance des actions sur les déterminants de la santé que ce soit au niveau local ou au niveau national : faut-il en confier la responsabilité au pilote de la politique en question ou faut-il que le ministère de la Santé (ou son équivalent au niveau local) endosse cette responsabilité ? Les deux situations existent à l'étranger, la question étant plutôt de définir une répartition transparente et fonctionnelle des responsabilités et des missions.

¹⁵ Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Nancy : SFSP ; 2008:18 p. <http://www.sfsp.fr/publications/detail.php?cid=128> [consulté le 11/06/2014].

¹⁶ Ferron C. Le réseau des comités d'éducation pour la santé. In : Traité de prévention. Sous la direction de François Bourdillon. Paris : Editions Médecine-Sciences Flammarion, 2009.



Qu'il en soit ou non le pilote, le secteur de la santé est impliqué, comme pourvoyeur de données, de connaissances validées et de soutien méthodologique, en vue de renforcer le plaidoyer en faveur de la santé. En particulier, il doit participer au pilotage des politiques visant à réduire les inégalités de santé en s'appuyant sur des indicateurs pertinents pour refléter les déterminants de santé situés en dehors du champ de la santé et leur impact. Il est également incontournable pour assurer la disponibilité d'indicateurs et de données concernant les territoires et les acteurs, afin de comparer, transposer et évaluer les actions de santé. Enfin, les acteurs du secteur de la santé sont également clé pour mobiliser le secteur privé au service de la santé de la population. C'est à eux de clarifier l'articulation entre les instances de démocratie sanitaire et le travail des élus dans le sens de l'intérêt général, de veiller à l'information et à la formation des représentants des usagers et de repérer les risques de dérives (exemple : quand l'utilisateur « consommateur » est incité à décider seul de l'offre de biens de santé à caractère public). Les collectivités locales sont considérées de façon consensuelle comme étant les plus à même de conduire l'organisation en réseau intersectoriel des acteurs locaux dans le cadre de l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions. Ces stratégies, menées dans la proximité, jouent un rôle fondamental pour réduire les inégalités, tout en étant articulées à d'autres niveaux décisionnels. Ceci doit venir en complémentarité d'une action structurante de l'Etat. Elles doivent s'appuyer sur une expertise en santé publique.

2/ La situation française

En 2010, l'évaluation par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) des objectifs de santé publique, a montré que sur 17 objectifs mesurables portant sur des facteurs de risque, seuls 3 ont été atteints¹⁷. Pour de nombreux facteurs, la France se situe dans une **position défavorable par rapport à la moyenne européenne** (ex : tabac, alcool, activité physique...)¹⁸. Ceci contribue à expliquer le caractère préoccupant de certains indicateurs - tous liés à des facteurs accessibles à la prévention : une mortalité prématurée élevée, notamment chez les hommes, une espérance de vie sans maladie chronique inférieure à la moyenne européenne, de fortes inégalités sociales et territoriales de mortalité, de morbidité et de qualité de vie. Or, les marges de progrès existent. Pour prendre l'exemple du tabac (33% de fumeurs dans la population adulte française vs. 29% en moyenne européenne fin 2009¹⁹), le seul alignement sur la moyenne européenne (soit une baisse absolue de 4% de la prévalence) permettrait à terme, outre les gains en terme de santé et de qualité de vie, une réduction annuelle des dépenses d'assurance maladie d'au moins 1,4 milliards d'euros. Un tel objectif est réaliste, plusieurs pays européens ont obtenu des baisses de consommation de cet ordre de grandeur entre 2006 et 2009.

Cette situation est en grande partie attribuable aux **faiblesses de la politique de prévention** soulignées par plusieurs rapports récents, notamment un rapport de la Cour des comptes²⁰. Certes, nous avons la chance de bénéficier encore de grands services collectifs tels que la PMI, la santé scolaire et la santé au travail. Certes, nous avons au niveau national, un Institut de prévention et d'éducation pour la santé, établissement public, émetteur des campagnes nationales et producteur de

¹⁷ HCSP. Objectifs de santé publique : Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions. Paris: HCSP ; 2010.

¹⁸ HCSP. La santé en France et en Europe : convergences et contrastes. Paris : la Documentation française ; 2012.

¹⁹ Commission européenne. Eurobaromètre 2010-Tobacco. Disponible à http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf [consulté le 28 janvier 2014].

²⁰ Cour des comptes. La prévention sanitaire. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Cour des comptes : Paris ; 2011.



références scientifiques et techniques. Certes, une majorité des Agences régionales de santé (ARS) accorde à ce champ une attention bienveillante²¹. Mais à ce jour, il existe un **manque évident de synergie de ces structures et dispositifs avec les logiques territoriales**, et notamment avec les collectivités légitimes pour coordonner les actions développées sur leurs territoires. Les acteurs de la promotion de la santé se sont structurés en région. Le niveau de qualité et de professionnalisme de leurs interventions s'est accru. Des dynamiques de promotion de la santé en proximité ont émergé et sont actuellement à l'œuvre dans un certain nombre de communes, d'écoles, d'entreprises ou d'autres communautés de vie. Ces dynamiques qui, dans certains pays, constituent la première ligne d'une politique de santé et de bien-être, sont en France pourtant **peu valorisées, peu soutenues, peu financées** et ne bénéficient **pas d'une réelle reconnaissance législative ou réglementaire**.

Il n'existe **ni texte relatif à la structuration de la promotion de la santé en région, ni fonds dédié à ces activités, par nature intersectorielles**. L'investissement du secteur de la santé dans la prévention non médicalisée, qui a toujours été faible, a tendance actuellement à s'amenuiser encore. Le secteur de la promotion de la santé, qu'il soit associatif ou institutionnel subit de plein fouet les coupes budgétaires²², ce qui se traduit par des licenciements, des fermetures de structures et des pertes de compétences. Il faut souligner qu'en plus d'être inefficace, cette absence de politique est inefficace et coûteuse.

Enfin, en France, la **prise en compte des déterminants sociaux de la santé** n'est pas encore perçue comme un enjeu et est loin de faire l'objet d'une stratégie globale et coordonnée²³. Si la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé apparaît depuis une dizaine d'années comme l'un des objectifs de la politique de santé, elle reste limitée à des actions de prévention visant essentiellement les facteurs de risque individuels. La loi de lutte contre l'exclusion de 1998 et le plan national de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2012, qui introduisent la santé dans un cadre intersectoriel, restent indispensables, mais ils ne peuvent, à eux seuls, être efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé, car ils se limitent à cibler les personnes les plus fragiles et les plus démunies. Globalement, les politiques publiques s'inscrivant en dehors du secteur de la santé prennent peu en compte l'impact qu'elles peuvent avoir sur la santé des populations. Au final, c'est un système à deux vitesses qui apparaît.

Une prise de conscience se développe cependant : les travaux d'observation et de recherche se sont multipliés²⁴. Le réseau européen des Villes-Santé coordonné par l'OMS-Europe (plus de quatre-vingt villes en France) a introduit le concept de « santé dans toutes les politiques » dans les villes membres du réseau ; la région PACA a réalisé une évaluation de l'impact sur la santé de trois projets urbains (Nice, Marseille, Toulon), la Communauté urbaine de Strasbourg a inscrit un axe santé dans des documents de programmation tels que le programme de l'habitat, le plan de déplacement urbain, le programme local d'urbanisme. Mais à ce jour, il persiste un manque évident d'une politique affichée en la matière, d'une stratégie claire et d'un lieu de pilotage identifié.

²¹ Baudier F, Destaing L, Michaud C. L'éducation pour la santé dans les Agences régionales de santé en 2012 : constats et analyses. Santé Publique, 2013;25(S2):101-9.

²² SFSP. Priorité à la prévention : - 14 % ! Communiqué de presse, 17 décembre 2013. Disponible à <http://www.sfsp.fr/activites/file/CPbaissedescreditsdeprevention.pdf> [consulté le 28 janvier 2014].

²³ IGAS. Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. Rapport RM2011-061P, 2011.

²⁴ HCSP. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris : HCSP ; 2009.



3/ La Stratégie nationale de santé : une opportunité exceptionnelle

Selon la feuille de route de la Stratégie nationale de santé (SNS) publiée le 23 septembre 2013, il est acté que l'état de santé général, sur le long terme, résulte ainsi de conditions environnementales, économiques et sociales excédant largement le seul domaine sanitaire. L'approche usuelle des questions de santé, fondée sur l'efficacité et l'efficience du système de soins, doit donc être complétée par une vision qui considère qu'une bonne santé découle aussi des choix politiques en matière d'économie, d'éducation, d'environnement, de travail, mais aussi de transports, d'urbanisme, de pratiques sportives et, bien entendu, de cohésion sociale. **Pour la première fois, les déterminants de la santé sont cités dans un texte officiel.** La France rejoint ainsi les pays industrialisés qui reconnaissent, suite au rapport publié par l'OMS en 2008, puis à la Déclaration d'Adélaïde de 2010, que la lutte contre les inégalités sociales de santé doit être menée en se préoccupant de l'impact sur la santé des populations de politiques publiques et de projets locaux ne s'inscrivant pas dans le secteur de la santé. Cet impact doit prendre explicitement en compte les effets différenciés selon les groupes sociaux en se demandant systématiquement comment il affecte les groupes les plus vulnérables.

De plus, une continuité y est tracée entre création de conditions de vie et de travail favorables à la santé, acquisition de compétences personnelles, développement de comportements favorables à la santé et recours à des pratiques cliniques de prévention. Reste à faire en sorte que ces intentions se traduisent dans les faits.



Propositions

1/ Proposition 1 – Adopter une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives

Les principales thématiques caractérisant l'état de santé de la population dans notre pays sont facilement identifiables. Elles peuvent être approchées à partir des principaux facteurs de risques que sont le tabac, l'alcool, la nutrition, à partir de groupes de population, ou à partir des principales pathologies et problématiques, en premier lieu la santé mentale. Soumises elles-mêmes aux déterminants sociaux de santé, toutes ces thématiques présentent un gradient social marqué.

C'est pourquoi, il s'agirait de définir une **stratégie explicite** de prévention soutenant conjointement les trois axes que sont (1) la santé dans toutes les politiques, (2) les mesures de promotion de la santé de proximité alliant éducation pour la santé, mobilisation sociale et création d'environnements favorables à la santé, (3) les pratiques cliniques préventives (ou prévention dite médicalisée) articulant approches individuelles et collectives. Cette stratégie doit intégrer les **engagements internationaux de la France** dans le domaine (à l'exemple de la Convention cadre pour la lutte antitabac)²⁵.

Le service public territorial de santé, proposé dans le cadre de la SNS, doit intégrer les acteurs du dispositif de santé publique et contribuer à la coordination entre ces trois modalités d'action.

2/ Proposition 2 - Adopter une stratégie explicite de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé

2.1/ Sensibiliser aux déterminants sociaux de la santé les décideurs et la population

La prise en compte des déterminants sociaux de la santé s'inscrit dans une logique transversale à l'ensemble des problématiques : le consensus politique et sociétal reste fragile. C'est pourquoi, il est essentiel de sensibiliser les décideurs, les professionnels et la population au fait que **le système de soins n'est pas le principal déterminant de la santé d'une population** qui relève principalement d'autres déterminants sur lesquels de nombreuses politiques publiques ont un impact. Cette sensibilisation peut se faire dès l'école primaire, devenant partie intégrante de l'éducation pour la santé²⁶. Elle relève également d'une politique de la parentalité, les parents étant les premiers éducateurs de leurs enfants. Il s'agit également d'utiliser tous les leviers permettant le déroulement de débats publics : les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA)²⁷ pourraient ainsi

²⁵ Charpak Y. Notre Europe de la santé. SFSP, Santé publique, 2014 ;26(1) :148-10.

²⁶ Breton E. Du changement de comportement à l'action sur les conditions de vie. Santé publique, 2013 ;25(S2):119-23.

²⁷ C'est le cas par exemple de la CRSA d'Ile de France qui a créé un groupe de travail sur les inégalités sociales de santé autour de la naissance.



s'emparer de cette thématique et donner leur avis sur la réduction des inégalités de santé. Les Agences régionales de santé devraient montrer l'exemple en rendant compte de leurs actions sur ce thème au sein des Comités de l'administration régionale (CAR), en auditionnant des responsables de politiques publiques en région comme la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRRECTE), la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), etc.

2.2/ Objectiver les inégalités sociales et territoriales de santé et leurs déterminants

Il s'agit, au-delà des indicateurs de santé, d'assurer le suivi d'un certain nombre d'**indicateurs de déterminants sociaux de la santé**. En Angleterre, M. Marmot²⁸ propose ainsi une batterie d'indicateurs permettant de suivre les différentes mesures mises en œuvre dans la stratégie de réduction des inégalités sociales de santé, tels que par exemple, le pourcentage de femmes âgées de moins de 18 ans exclues du système scolaire ou de l'emploi par rapport à l'ensemble des femmes de ce groupe d'âge.

2.3/ Evaluer l'impact sur la santé et l'équité en santé des politiques publiques

Concernant les projets de loi, il faut noter que le principe de ce type d'évaluation a été introduit par la révision constitutionnelle. **L'ensemble des politiques nationales doit systématiquement intégrer une préoccupation santé et inégalités de santé** dans ses différents dispositifs. Si les politiques publiques doivent ainsi garder un accès universel (principe constitutionnel adossant une préoccupation éthique et pragmatique de non stigmatisation), il s'agit aussi d'assurer un équilibre des services qu'elles mettent en œuvre en faveur des populations qui en ont le plus besoin. Le comité interministériel, prévu dans le cadre de la SNS, devrait réunir l'ensemble des ministres concernés et suivre le degré d'avancement des mesures prises dans la stratégie globale de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Il s'agit surtout de **développer, au niveau local**, en lien avec les collectivités locales, **des évaluations d'impact sur la santé (EIS) de projets** concernant des aménagements urbains, des projets de logements, de transport, etc. Pour contribuer effectivement à la réduction des inégalités sociales de santé, ces EIS doivent systématiquement décrire les effets potentiels des projets sur la santé, selon les catégories sociales, afin d'influencer ces projets tout en soutenant le processus de décision. **Les collectivités doivent être accompagnées** dans ce processus. Ceci passe par le renforcement de pôles d'expertise régionaux (à l'exemple des pôles de compétences) et le développement d'outils adaptés, à l'exemple du document récemment publié par l'Inpes²⁹.

²⁸ Marmot M. Fair society, healthy lives, 2010.

²⁹ Inpes. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêt d'une approche locale et transversale. Saint-Denis: Inpes, 2013.



2.4/ Faire de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé dès l'enfance une priorité, à travers les politiques sanitaires, sociales et éducatives

Agir dès l'enfance en **articulant politique de santé et politiques sociales** est particulièrement important : les inégalités de santé dans l'enfance sont notamment intolérables, non seulement parce qu'elles ont des **conséquences immédiates**, mais aussi parce qu'elles entraînent des **effets néfastes à long terme** sur la durée et la qualité de vie des personnes devenues adultes, et ensuite sur les générations suivantes. **Ce sont des actions efficaces** au vu du nombre d'années de vie en bonne santé qu'elles peuvent épargner pour un investissement modéré s'il est précoce³⁰. De plus, ces inégalités dépendent de facteurs qui échappent à toute responsabilité individuelle et représentent pour cela une injustice sociale supplémentaire.

Quelques grands principes d'action sont à fixer pour orienter la construction de cette stratégie sociale et de santé en faveur de l'enfance. A l'instar des préconisations de l'OCDE ou de l'UNICEF, s'il n'est pas souhaitable de renoncer au principe d'universalisme de l'action publique, quand il s'agit d'assurer des services et des prestations devant bénéficier à tous les enfants, quel que soit leur milieu d'origine, **cet universalisme doit pouvoir être proportionné** en fonction des besoins différents des enfants et de leurs familles. Certains milieux et certains temps de la vie exigent en effet des **interventions renforcées et/ou qualitativement adaptées** à leur situation économique, sociale et culturelle, particulière³¹.

Un exemple emblématique en est la politique concernant les modes d'accueil des enfants : comme le montrent des expériences étrangères, les modes d'accueil collectif des enfants peuvent contribuer à réduire les inégalités sociales de santé^{32, 33}. Or, cette préoccupation n'est pas suffisamment prise en compte, l'objectif prioritaire étant de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle. Le résultat en est une approche essentiellement quantitative, profitant d'abord aux catégories sociales plus favorisées. Ainsi, **les modes d'accueil du jeune enfant devraient bénéficier davantage aux familles les plus défavorisées**, ne serait-ce que parce qu'ils offriraient l'opportunité d'un environnement socialisé propice à l'épanouissement des enfants concernés ou parce qu'ils permettraient de soulager des parents en difficulté sociale et familiale. Afin d'avoir un effet sur la santé des enfants issus de milieux défavorisés, il conviendrait certainement de favoriser leur accueil dans des dispositifs d'accueil collectif. Cela pourrait être une priorité figurant dans les contrats enfants jeunesse.

Par ailleurs, les modes d'accueil collectif devraient proposer des solutions souples, diversifiées, accordant une importance plus grande à **l'accompagnement du développement** psycho-affectif et aux activités d'éveil et de stimulation des capacités cognitives de certains enfants, tout en restant vigilant quant au stress qui pourrait en découler et aux risques de disqualification parentale. Des activités de

³⁰ Marmot M. Universal health coverage and social determinants of health, The Lancet - 12 October 2013 (Vol. 382, Issue 9900, Pages 1227-1228)

³¹ Lopez A, Moleux M, Schaezel F, Scotton C. France C. Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - santé physique, santé mentale, conditions de vie et développement de l'enfant. Paris : IGAS ; 2011.

³² Feinstein L. Inequality in the early cognitive development of British children in the 1970 cohort. *Economica* 2003; 70: 73-98.

³³ Geoffroy MC, Côté SM, Guiguère CE, Dionne G, Zelazo PD, Tremblay RE, *et al.* Closing the gap in academic readiness and achievement: the role of early childcare. *J Child Psychol Psychiatry*, 2010;51(12):1359-67



développement/renforcement des compétences parentales pourraient être également proposées dans ces lieux d'accueil. Certaines familles pour lesquelles un accueil dans une crèche serait particulièrement bénéfique pour l'enfant, pourraient se le voir proposer dès la grossesse. Le dispositif d'information et d'inscription devrait être facilité en concevant notamment un guichet unique entre les différentes autorités publiques compétentes auxquelles les parents s'adressent.

De la même façon, **tout en maintenant une orientation de la PMI ou des services de santé scolaire ouverts à l'ensemble des publics concernés**, il s'agit de **les intensifier et de porter une attention renforcée** aux suites données aux actions menées au profit de populations d'enfants issus de milieux défavorisés ou présentant des risques de santé plus élevés : entretien prénatal précoce, visites à domicile, guidance parentale dans le respect de l'autonomie et des compétences des personnes, repérage et prise en charge précoce des troubles sensoriels, de l'apprentissage du langage et psychomoteurs, conventions avec les organismes d'assurance maladie pour permettre aux familles, notamment les plus modestes, un recours facilité à des prises en charge dont certaines sont hors nomenclature (consultations psychologiques, psychomotricité, orthophonie)... Autrement dit, il s'agit de développer une **prévention « prévenante »**³⁴. Enfin, l'École a la responsabilité particulière, en liaison avec la famille, de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés et de favoriser leur développement harmonieux. Elle participe également à la promotion de la santé en assurant aux élèves une éducation pour la santé, en articulation avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. L'objectif est de développer une véritable culture de santé (Health Literacy), c'est-à-dire de permettre aux élèves d'acquérir des connaissances fiables, développer leur esprit d'analyse et de critique, leur apprendre à connaître et à utiliser le système de santé, et les amener par la même à adopter des comportements favorables à leur santé en favorisant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité. En matière de santé, le rôle de l'École est ainsi d'accompagner les élèves dans leur apprentissage de la liberté et de la responsabilité, en leur donnant les moyens de décider par eux-mêmes. Rendre opérationnels ces principes nécessite de **clarifier les missions de l'École en matière de santé et de construire une politique de promotion de la santé et de pratiques cliniques préventives coordonnée avec les autres acteurs de santé** au niveau national, régional et local³⁵.

2.5/ Rendre effectif l'accès aux droits fondamentaux, dont font partie les soins, la prévention, la protection sociale et les mesures intersectorielles en direction des plus vulnérables

La condition des personnes en situation d'exclusion doit continuer à faire l'objet de mesures spécifiques **tant en termes d'accès aux droits, en premier lieu à la protection sociale, que de mesures intersectorielles**. Par exemple, les obstacles à l'accès aux soins et à la prévention sont bien connus :

- foisonnement de textes inutiles à remplacer par des « recommandations » plus simples et évolutives ;
- suspicion de l'assurance maladie, des ARS et autres « payeurs » envers les usagers ;

³⁴ Collectif pas de 0 de conduite. La prévention prévenante en action. Paris : Erès, 2012.

³⁵ HCSP. Avis relatif à la politique de santé à l'école. Paris : HPST, 2011.



- variabilité du « panier de soins » selon les modes de protection sociale avec une part de plus en plus importante prise en charge par les mutuelles inaccessibles aux plus pauvres ;
- dépassements systématiques non remboursés de certaines spécialités ;
- manque d'information adaptée au niveau socio-culturel de la population...

Ce sont les plus démunis qui comprennent le moins bien le système et qui en sont le plus exclus alors que ce sont eux qui en ont le plus besoin. En relation avec les caractéristiques locales et la nature des problèmes rencontrés, des **dispositifs de soutien aux professionnels de santé de premier recours** pourraient être déployés pour les aider à trouver les orientations appropriées à l'égard de personnes présentant des difficultés sociales très complexes.

3/ Proposition 3 - Soutenir la promotion de la santé dans les milieux de vie

Les propositions suivantes reprennent celles du « *Manifeste pour une reconnaissance et un financement fiable de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé, de la prévention collective et de la santé communautaire* »³⁶.

Ce manifeste, dont la Société française de santé publique est l'une des signataires, a été élaboré par plusieurs associations ou organismes qui œuvrent dans les domaines de la promotion de la santé, de la santé publique, de l'éducation pour la santé, de la santé communautaire, de la prévention des conduites à risque, de la santé sexuelle et des politiques territoriales de santé. Ces associations ou organismes interviennent auprès de la population générale, des jeunes scolarisés ou auprès de populations vulnérables. Elles accompagnent également des intervenants de première ligne et des élus locaux en leur apportant documentation, formation et soutien méthodologique.

Les conditions de réussite des interventions de promotion de la santé ont été bien documentées au cours de ces dix dernières années³⁷. Elles incluent la **structuration de l'intervention autour des déterminants de la santé** et l'utilisation d'une **combinaison de stratégies** pour agir sur ces déterminants. Cette combinaison vise simultanément à améliorer l'**accessibilité des services** et à créer un **environnement physique favorable** (ex : restauration collective, pistes cyclables, environnements sûrs et respectueux des équilibres naturels, accès aux services d'aide à l'arrêt du tabac, accès à la contraception...), à renforcer un **environnement social soutenant** l'effort des personnes et des groupes dans l'amélioration de leurs conditions de vie (ex : soutien des réseaux associatifs, de la démocratie sanitaire et participation de la société civile à l'élaboration des politiques, engagement d'élus, de responsables d'établissement ou d'entreprise) et à accroître les **ressources individuelles** des personnes (ex : développement des compétences psychologiques et sociales, accompagnement des changements...).

Elles nécessitent l'**implication de l'ensemble des parties prenantes** (partenaires et intervenants des différents secteurs concernés, mais aussi populations concernées par l'intervention) dans la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions. Enfin, l'expression d'une **volonté politique forte** qui apporte soutien, engagement et ressources dans la durée, est aussi un gage de succès. Les

³⁶ Manifeste pour une reconnaissance et un financement fiable de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé, de la prévention collective et de la santé communautaire. Accessible à http://media.wix.com/ugd/c60b0b_9be4d626ccb24d9eae4470615b765573.pdf (accédé le 10 février 2014)

³⁷ Blum-Boisgard C, Demeulemeester R, Jourdain A, Moisson JC, Vérité, E. Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ? Santé Publique, 2005;17(4):569-82.



bénéfices de ces interventions, rapportés aux ressources engagées, apparaissent d'autant plus importants qu'elles sont **intégrées dans un programme global**, de type villes, écoles, entreprises, hôpitaux ou lieux de soins ou de prise en charge promoteurs de santé, plutôt que morcelées par problème de santé ou par facteur de risque ou de protection.

Les mesures proposées ci-après s'inscrivent, dans le cadre d'une reconnaissance de la promotion de la santé et des activités d'éducation pour la santé, de prévention collective et de santé communautaire qui s'y réfèrent, en tant que mission d'intérêt général ou de service public au même titre que les soins ou la prise en charge médico-sociale ; mission qui bénéficierait, à ce titre, de modalités d'organisation et de financement appropriées.

3.1/ Inciter un plus grand nombre de communautés de vie à s'engager dans des stratégies de promotion de la santé

- En reconnaissant, au-delà de la déconcentration régionale, le **rôle majeur des collectivités et autres structures locales**, notamment associatives, dans la promotion de la santé dans les lieux de vie. Dans les domaines de l'environnement de la vie quotidienne, les municipalités et les régions ont un rôle essentiel pour améliorer l'accessibilité des transports publics, favoriser les déplacements doux et générant de l'activité physique, améliorer l'accessibilité des lieux publics, rendre le cadre de vie plus convivial, diminuer certaines pollutions comme le bruit. A ce titre, les **contrats locaux de santé** devraient être un outil privilégié de déploiement des stratégies de promotion de la santé dans les territoires.
- En envisageant des modalités d'**implication de tous les acteurs concernés** et plus particulièrement les habitants-usagers **dans la gouvernance d'une politique locale de santé et de bien-être** qui dépasse le cadre de l'accès aux soins.
- En faisant en sorte que les ARS inscrivent systématiquement un **volet « promotion de la santé » dans les contrats locaux de santé**. Cette préoccupation devrait aussi être inscrite à l'agenda des conférences de territoires.
- En faisant de la **commission de coordination des politiques publiques** dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, le **garant d'une dynamique intersectorielle** de promotion de la santé et de prévention collective dans tous les milieux de vie.

3.2/ Développer les interventions de première ligne visant particulièrement à réduire les inégalités de santé et à combler les besoins de santé de groupes plus vulnérables, du fait de leurs conditions et modes de vie ou de leur handicap

- En dégageant des **crédits pérennes** pour les associations mettant en place des interventions auprès de ces populations, suivant les principes de la promotion de la santé.



- En incitant au développement de projets de **recherche-action** et de **formations actions**, associant professionnels et populations dans l'élaboration des réponses aux besoins de santé spécifiques de ces populations.
- En dotant toutes les ARS de moyens pour faire un état des lieux et mettre en place un **observatoire de l'évolution des inégalités de santé sur leurs territoires** (mission pouvant être confiée à des structures existantes).

3.3/ Organiser en région des modalités durables d'accompagnement à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de promotion de la santé

Ceci concerne également les interventions de prévention, d'éducation pour la santé ou de santé communautaire qui s'y réfèrent, en instituant une **organisation régionale de promotion de la santé** bénéficiant d'une **reconnaissance légale** (issue de la mutualisation des compétences existantes). Cette organisation régionale aurait pour missions :

- d'**accompagner** les communautés de vie dans l'élaboration de stratégies de promotion de la santé ;
- d'exercer une fonction d'**expertise** et de **conseil** en promotion de la santé et prévention ;
- de développer l'**offre de services** aux acteurs locaux professionnels et bénévoles (information, accompagnement méthodologique, formation, documentation, évaluation) ;
- de participer au développement de la **recherche interventionnelle** en santé des populations ;
- de participer, au besoin, à l'**animation de projets locaux** ;
- de **fédérer** les compétences et ressources régionales en promotion de la santé.

3.4/ Instituer un financement à la hauteur des enjeux et sécurisé destiné aux activités d'accompagnement et d'intervention en promotion de la santé et prévention collective

Il s'agit en particulier de créer un **fonds dédié** à ces activités (et/ou sanctuariser les fonds existants) et augmenter progressivement la part de la dépense de santé accordée à la prévention. Pour une inscription des projets dans la durée, il est nécessaire de généraliser le principe de la **convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens** comme vecteur d'attribution et de contrôle du financement de ces projets. Il faut adosser ces financements de projets, sur la base de conventions pluriannuelles, à des dotations pérennes finançant les acteurs chargés de missions permanentes de promotion de la santé et de prévention collective, services publics ou d'utilité sociale et associations.

Les projets susceptibles de faire l'objet d'un subventionnement doivent être sélectionnés sur des **critères intégrant les connaissances dont nous disposons** sur l'efficacité des interventions en promotion de la santé, critères validés et partagés entre commanditaires et porteurs de projets et stables dans le temps, sur la base de références nationales, voire internationales.



3.5/ Agir sur les déterminants environnementaux et liés au travail

Il s'agit de réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact et les inégalités environnementales et de corriger les défaillances de l'environnement du cadre de vie et de travail par un ensemble de mesures aux niveaux national, régional et local pour protéger les consommateurs et les travailleurs et réduire les inégalités environnementales. Il s'agit notamment de :

- **réduire les expositions** responsables de pathologies à fort impact sanitaire ;
- **réduire les inégalités environnementales** : les populations les plus fragiles sont les plus exposées (habitat insalubre, surexposition, milieux de travail, points noirs environnementaux) ;
- **protéger les consommateurs** en veillant au respect de la sécurité de la chaîne alimentaire et de l'étiquetage nutritionnel des aliments, notamment en le complétant d'un étiquetage simple, compréhensible et intuitif³⁸ ;
- **lever les barrières architecturales**, obstacles aux déplacements et aux relations sociales notamment des personnes à mobilité réduite, **aménager l'espace urbain** pour le rendre plus convivial pour tous ;
- **sécuriser les dispositifs de surveillance et d'alerte** en les rendant indépendants des lobbies et poursuivre les **recherches en santé environnementale et au travail**.

Dans le domaine de la santé au travail, il s'agit de **modifier en profondeur la médecine du travail** qui doit devenir un service de santé au travail visant à adapter les postes de travail aux travailleurs grâce aux recherches ergonomiques, de lutter contre la souffrance au travail et de réduire au maximum les contraintes physiques, les expositions dangereuses, les horaires perturbateurs. Il est important également d'améliorer le système de qualification des maladies professionnelles. Pour ce faire, il est essentiel de conférer une **indépendance aux personnels de la santé au travail et d'augmenter les pouvoirs des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail**.

4/ Proposition 4 - Améliorer l'efficacité et l'efficience des pratiques cliniques préventives

4.1/ Accompagner les professionnels pour améliorer les pratiques cliniques préventives

Il faut renforcer les actions auprès des professionnels (telles que des actions d'accompagnement, de formation, de diffusion de référentiels validés et adaptés à la pratique, d'échanges d'expériences entre pairs, etc.) afin d'améliorer leurs pratiques préventives. En particulier, **l'éducation pour la santé** (quelle qu'en soit la forme et le niveau, posture éducative, éducation thérapeutique...) doit prendre toute sa place au sein des pratiques cliniques préventives. Il s'agit également de **faire évoluer les attitudes vis-à-vis de la prévention** qui ne doit pas être seulement un acte ou une série d'actes individuels et ponctuels, mais surtout une **intervention collective par nature**, c'est-à-dire pensée et organisée à l'échelle d'une patientèle ou d'un territoire³⁹.

³⁸ Collectif de sociétés savantes médicales, associations de consommateurs, associations de malades. Lettre ouverte au Premier Ministre pour un étiquetage nutritionnel simple, intuitif, compréhensible par tous sur la face avant des emballages. 13 mai 2014. http://www.sfsp.fr/petitions/file/Lettre_ouverte.pdf [consulté le 11/06/2014].

³⁹ Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Nancy : SFSP ; 2008:18 p. <http://www.sfsp.fr/publications/detail.php?cid=128> [consulté le 11/06/2014].



De plus, cette activité doit **s'inscrire dans un parcours de santé**, c'est à dire dans une trajectoire pluriprofessionnelle et plurisectorielle, coordonnée autour des besoins du patient. Ceci doit être **organisé au niveau territorial**. Le service public territorial de santé proposé dans le cadre de la SNS, doit intégrer les acteurs du dispositif de santé publique (comme la médecine scolaire, la PMI...).

Enfin, sa pertinence doit être analysée. Il est en effet crucial de **lutter contre les modalités d'intervention préventive inefficaces, inutiles, voire dangereuses**. Il est par exemple paradoxal de constater que la meilleure couverture en termes de dépistage des cancers concerne un dépistage non recommandé, celui du cancer de la prostate.

Le **médecin traitant**, de par ses missions de coordination des soins, d'orientation des patients et de centralisation des informations, doit être **au centre de cette stratégie**. Toutefois, pour des raisons de pertinence, de faisabilité et d'efficacité, **l'implication d'autres professionnels de santé doit être renforcée** : prises en charges pluridisciplinaires, délégation de tâches, transferts de compétences... Cela nécessite aussi la **création et la généralisation de nouveaux métiers** (de soutien - de type « case manager » - ou de soin - de type spécialiste en éducation thérapeutique, ou encore de coordination territoriale de l'éducation thérapeutique). Les leviers potentiels sont nombreux. Dans ce cadre, l'organisation progressive des soins primaires en centres, pôles ou maisons de santé, représente une opportunité certaine d'amélioration de l'offre de prévention (qui reste à évaluer) mais qui n'est pas suffisante, car c'est à l'échelle territoriale qu'il faut concevoir et mettre en œuvre l'organisation.

Pour répondre à ces objectifs, la prévention doit être mieux intégrée à l'activité des professionnels de santé et reconnue comme telle. Cela suppose que l'investissement des professionnels dans la prévention soit accompagné par des **mesures organisationnelles, des rémunérations adaptées et la mise à disposition d'outils** facilitants (notamment pour mieux connaître sa patientèle et ses pratiques, pour intégrer une aide à la décision aux logiciens métiers...).

4.2/ Améliorer l'efficacité des pratiques cliniques préventives

Il s'agit de mettre en œuvre des **mesures économiques et organisationnelles permettant d'améliorer le rapport coût efficacité de la prévention médicale**. Ceci passe notamment par une **réduction du coût des thérapeutiques médicamenteuses**. Par exemple, les traitements anti-hypertensifs représentaient à eux seuls une dépense de 2,3 milliards d'euros en 2006⁴⁰, une politique adaptée (politique de prix, génériques, recommandations prenant en compte l'efficacité, etc.) permettrait d'économiser des centaines de millions d'euros qui pourraient être consacrés à des actions prioritaires. Améliorer l'efficacité de la prévention médicalisée passe aussi par une **utilisation optimale de chaque corps professionnel**. Par exemple, permettre aux infirmiers et aux pharmaciens de vacciner dans certaines conditions et en relation avec les médecins traitants, permettrait de réduire les coûts de la prévention, tout en améliorant l'accessibilité des soins.

⁴⁰ Samson S, Ricordeau P, Pépin S, Tilly B, Weill A, Allemand H. Hypertension artérielle et facteurs de risques associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006. Points de repère, 2007 ; 7 :1-8.



4.3/ Rationaliser l'offre en termes de bilans de santé et de consultations de prévention

Il est nécessaire de rationaliser et d'organiser l'offre en termes de bilans de santé. En France, plus de 50 consultations, bilans de santé et examens périodiques médicaux font l'objet d'une disposition législative ou réglementaire (sans compter les mesures spécifiques qui ne concernent qu'une partie de la population, telles que la médecine préventive en milieu du travail, ou des circonstances particulières, telles que les certificats médicaux d'aptitude au sport). Ces bilans ne sont pas tous pertinents, certains ne sont pas mis en œuvre pour des raisons financières ou organisationnelles et, d'une façon générale, ils bénéficient moins à ceux qui en ont le plus besoin, aggravant les inégalités. Il s'agirait de rationaliser cette offre en la **recentrant sur des bilans pertinents, d'objectifs clairement définis, reposant sur des critères scientifiques et les recommandations de bonnes pratiques**. La loi de santé pourrait ainsi clarifier le dispositif. Le professionnel pourrait initier lors de ces bilans une démarche de prévention positive basée sur la participation active de la personne ; démarche qui serait alors poursuivie par d'autres professionnels. Des stratégies volontaristes visant à **réduire les inégalités d'accès à la prévention** doivent être mises en œuvre.

Il s'agit également de rationaliser l'offre de structures ayant pour objet la prévention, dans un objectif de santé globale (voir par exemple les projets de créer (ou labéliser) des centres de santé sexuelle associant en un même lieu des missions de dépistage, de contraception, d'information, d'accompagnement, aujourd'hui souvent dispersées dans plusieurs structures).

4.4/ Accompagner la population afin d'améliorer sa capacité de choix

Il s'agit, dans le cadre des choix individuels au regard de la santé, de poursuivre et renforcer les actions auprès de la population à travers des **programmes généralistes et thématiques** (ex : campagnes de vaccination contre la grippe, dépistages organisés des cancers, prévention bucco-dentaire...). Ces campagnes seront d'autant plus efficaces qu'elles seront conçues, coordonnées et organisées avec les acteurs de soins de premier recours, relayées avec les acteurs associatifs ou élus sur les territoires. La **place des technologies numériques** qui se développent comme outils d'information, voire d'accompagnement du patient, doit être clarifiée.

4.5/ Prendre en compte la problématique des inégalités d'accès aux pratiques cliniques préventives

La problématique des inégalités d'accès et d'utilisation de la prévention médicalisée doit être posée. Il s'agit d'abord de **mobiliser les professionnels** pour améliorer par exemple les couvertures vaccinales, comme peuvent le faire certains conseils généraux. Ces interventions génériques doivent être complétées par la mise en place de **dispositifs renforcés ou spécifiques en faveur des populations les plus vulnérables** (ex : les dispositifs de médiation en santé dans le cadre des dépistages des cancers). La mise en place d'actions ciblées dans les **territoires défavorisés** doit être privilégiée en lien avec les services compétents en particulier des mairies et les acteurs relais des quartiers. Dans ce cadre, l'hôpital (en zone urbaine surtout) a un rôle à jouer car une fraction de la population en vulnérabilité sociale utilise en priorité l'hôpital comme source de soins primaires. **L'hôpital doit**



être un lieu de repérage et le cas échéant d'intervention préventive en lien avec les professionnels des champs sanitaires et sociaux.

4.6/ Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de prévention des événements indésirables associés aux soins.

Les incidents iatrogènes représentent un enjeu de santé publique ; ils impactent sur le résultat des soins et génèrent des dépenses qui pourraient être évitées. La sécurité du patient a été identifiée par l'OMS comme une priorité pour tous les systèmes de soins. La stratégie nationale de santé est l'opportunité de lancer une **stratégie de prévention des risques associés aux soins** qui doit comprendre :

- l'affectation aux établissements de santé de **ressources dédiées** à la gestion des risques cliniques ;
- la mise en œuvre d'un **appui régional** aux établissements et professionnels de santé ;
- des mesures pour **favoriser le signalement** des événements indésirables associés aux soins ;
- la promotion d'une **collaboration interprofessionnelle** et du **travail en équipe** ;
- le renforcement de la **formation initiale et continue** des professionnels de santé à la gestion de la qualité et de la sécurité des soins ;
- le soutien à la **recherche sur la sécurité des soins**.

Le détail de ces mesures figure dans une note spécifique.

4.7/ Faire du système de soins un acteur de la promotion de la santé

Le fait que le système de soins représente plus de 1,5 millions de professionnels salariés ou libéraux est à prendre en compte. Développer la promotion de la santé dans le système de soins, c'est aussi s'intéresser aux **conditions de vie et de travail de ces professionnels**. Les risques professionnels des professionnels de santé sont multiples, deux risques prédominant : la charge mentale et les troubles musculo-squelettiques. Ce qui a pour conséquences un taux d'épuisement professionnel et d'abandon prématuré du métier en nette augmentation⁴¹. De plus, au-delà d'un enjeu de santé et de bien-être au travail des professionnels de santé, la qualité de vie au travail est une condition de la qualité des soins⁴². Ceci est ainsi un enjeu majeur pour notre système de santé.

Développer la prévention, c'est encore s'intéresser à l'**impact de l'activité de professionnels et des établissements sur les populations et les environnements**. Au-delà des initiatives ponctuelles (exemple du réseau des hôpitaux promoteurs de la santé), cet axe pourrait faire l'objet d'objectifs nationaux et régionaux. Il est aussi question ici d'**exemplarité du système de soins** en termes de soutien à l'adoption d'habitudes de vie favorables ; de conciliation travail-vie personnelle ; d'environnement de travail et de pratiques de gestion. La démarche du ministère de la Santé du Québec – certifié Entreprise en santé – est exemplaire à ce titre⁴³.

⁴¹ Ravallec C, Brasseur G, Bondéelle A, Vaudoux D. Personnels soignants en milieu hospitalier. Des performances sous perfusion. Travail et Sécurité, 2009;693:24-39.

⁴² HAS. Disponible à http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1072373/fr/rencontres-has-2011-qualite-des-soins-et-qualite-de-vie-au-travail-un-cercle-vertueux [consulté le 28 janvier 2014].

⁴³ <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/emploi.php> [consulté le 14 janvier 2014].



Développer la promotion de la santé dans le système de soins, c'est enfin **participer au plaidoyer** en produisant des informations sur les pathologies évitables observées et leurs déterminants. Les professionnels du soin devraient pouvoir trouver dans les territoires, des dispositifs capables de recueillir leurs observations sur les pathologies évitables, vues dans leurs cabinets, dont la prévention relève d'actions au-delà du soin. Au-delà des missions de prévention individuelle, les professionnels du soin peuvent ainsi **contribuer à la connaissance des besoins de prévention dans leur territoire**.

5/ Proposition 5 - Définir une nouvelle gouvernance

Il s'agit de décider d'une manière éclairée, transparente et partagée.

5.1/ Renforcer la recherche, l'expertise et le transfert de connaissances

Les pratiques et les décisions en prévention doivent pouvoir s'appuyer sur des recommandations elles-mêmes basées sur des preuves scientifiques. Ces preuves sont issues d'une **recherche, interdisciplinaire par nature**, associant sciences biologiques et médicales et sciences humaines et sociales, qui portent sur les **déterminants** (sur quoi agir ?), sur les **leviers** (que faire ? – recherche interventionnelle sur l'efficacité et l'efficience) et sur les **conditions et modalités d'implantation des interventions** (comment faire ? – recherche en implémentation)⁴⁴. Les recherches étrangères dans ce domaine sont nombreuses et mériteraient d'être mieux prises en compte.

Cependant, il existe un réel besoin d'une recherche française – contextualisée - car le processus de constitution de la preuve ne peut faire abstraction des dimensions structurelles, sociales et culturelles dans lesquelles il s'inscrit (autrement dit, les expériences étrangères, tout aussi riches d'enseignement qu'elles soient, ne sont pas toujours transférables). Or, ce domaine de recherche est en France un parent pauvre de la recherche (environ 1% de la bibliométrie mondiale contre environ 5% pour la recherche biomédicale par exemple). Au-delà des initiatives déjà prises pour favoriser la recherche en prévention (soulignons l'action de l'IReSP, de l'INCa et de l'Inpes dans ce domaine), il s'agit de **se doter d'une véritable stratégie de recherche** dans ce champ et d'y **affecter les moyens nécessaires**, qu'ils soient financiers ou structurels. Ce soutien pourrait prendre la forme d'un **Programme de recherche en santé publique (PRESP)**, qui pourrait être coordonné par l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), seule entité existante qui regroupe l'ensemble des acteurs et partenaires de la recherche dans ce champ. Ce programme sera destiné à soutenir, de façon pérenne et récurrente, le développement des moyens scientifiques sur lesquels pourra s'appuyer la recherche en santé publique en France, en liaison étroite avec les besoins des financeurs, décideurs et acteurs de ce secteur. L'un de ses principaux objectifs sera de participer à l'organisation de la recherche en santé publique en France, en contribuant à l'émergence de nouvelles équipes de recherche, par un soutien spécifique et complémentaire aux actions et financements déjà entrepris par les organismes de recherche, universités et agences.

⁴⁴ INCa. Les changements de comportements à risque de cancer et leurs déterminants individuels et collectifs. Paris: INCa; 2012



La recherche en santé publique a une vocation opérationnelle par nature. Or, il existe une relative déconnexion entre recherche d'une part et pratique et décision d'autre part (les acteurs utilisent encore insuffisamment les données issues de la recherche et les collaborations entre chercheurs et acteurs sont encore trop rares pour produire des données probantes contextualisées à la France). Il s'agirait alors de développer une **politique d'accompagnement à la production de données de recherche utiles et à leur utilisation dans la pratique et la décision**. Les exemples étrangers montrent que la mise en place d'une telle **stratégie de transfert de connaissances** nécessite de coordonner les initiatives liées à la production de données de recherche, à leur diffusion sous une forme accessible et à leur utilisation et, par conséquent, de mutualiser les compétences. Cette démarche pourrait prendre appui sur une plateforme (ou centre de ressources) dédiée, mutualisée entre les structures et organismes concernés⁴⁵.

Dans ce cadre, il est important de préciser que le processus de constitution de la preuve doit se nourrir de l'observation de la santé et de la capitalisation des très nombreuses expériences et innovations de terrain et de leur évaluation.

5.2/ Développer le débat public sur la santé et élargir le champ de la démocratie sanitaire

Le processus de décision basé sur la preuve précité se doit d'**intégrer les savoirs et les aspirations de la population** et ce d'autant plus que les leviers mobilisés dans les pratiques de prévention représentent autant un enjeu social que médical (par exemple les modifications du mode de vie). Ceci nécessite une rénovation du dispositif d'expertise et de concertation⁴⁶. Il faut prendre en compte dans ce processus que les aspirations exprimées sont fonction du niveau d'information et du statut social, d'où l'importance d'une **gestion spécifique de la participation et de la démocratie relative aux questions de santé**. Ce sont ainsi les conditions d'une réelle participation populaire qui doivent être organisées, en tenant compte des différents niveaux territoriaux de cet exercice démocratique.

La santé est citée parmi les premières préoccupations de la population. Il faut faciliter le développement d'un **débat public éclairé sur la santé dans un périmètre plus large** que celui du ministère de la Santé et des ARS et créer les conditions d'une **appréhension intersectorielle** de la santé par une responsabilisation des partenaires sur des objectifs formulés au niveau de déterminants de santé. Ceci implique de ne pas limiter la discussion aux instances de démocratie sanitaire. Par exemple, les **Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) pourraient dépendre des Conseils régionaux**.

5.3 Clarifier le pilotage des politiques intersectorielles et le pilotage concernant le secteur de la santé

Cette stratégie doit être coordonnée et pilotée pour que sa mise en œuvre soit assurée et évaluée au niveau national, comme au niveau régional et à l'échelle infrarégionale des territoires.

⁴⁵ Cambon L, Alla F. Transfert de connaissances en santé publique : réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France. Santé Publique ; 2013;25(6):757-62.

⁴⁶ Cambon L, Alla F, Lombrail P. Pour une nouvelle loi de santé publique en France au service d'une politique nationale de santé plus égalitaire et plus efficiente. Santé Publique, 2012;24(3):253-61.



Cette ambition suppose de renouveler le mode de gouvernance en **distinguant le pilotage des mesures intersectorielles** visant en premier lieu les déterminants sociaux et environnementaux de la santé d'une part, **et le pilotage des mesures qui ont pour objectif principal d'agir sur la santé** d'autre part (ce qui inclut le ministère de la Santé mais aussi tout autre ministère intervenant dans le champ - par exemple la santé scolaire dépend du ministère de l'Éducation nationale)⁴⁷. Le schéma actuel, donnant la responsabilité exclusive de l'ensemble des mesures et résultats au ministère de la Santé et aux ARS, ne peut en effet être suffisant, même si des espaces de concertation existent comme les commissions de coordination au sein de chaque ARS. Ce schéma se révèle en effet incapable de promouvoir une action intersectorielle suffisamment efficace.

Au niveau national, nous proposons qu'une stratégie explicite de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé soit adoptée par le gouvernement, introduisant la prise en compte de la santé et des impacts des déterminants de la santé sur le gradient social de santé au niveau de certaines politiques publiques. Les politiques portant sur la périnatalité, la petite enfance et l'enfance d'une part, les conditions de vie et de travail d'autre part, sont prioritaires, pour réduire les inégalités et améliorer la santé de tous, les deux allant de pair. Les ministres responsables de ces thématiques doivent être comptables de cet objectif de réduction du gradient social de santé devant le premier ministre. Le comité interministériel prévu par la SNS devrait ainsi être présidé par le premier ministre, qui pourrait désigner le ministre de la Santé comme chef de file. Le ministre de la Santé garde autorité et responsabilité sur les dispositifs qui s'inscrivent dans son champ (tels que les plans nationaux ou la prévention médicalisée) et contribue à la lutte contre les ISTS en réduisant les inégalités d'accès à la prévention et aux soins ; il est également responsable de la mise en œuvre des évolutions nécessaires du système de santé dans le but d'accueillir cette nouvelle gouvernance (notamment relatives aux systèmes d'information).

5.4/ Donner une place plus importante au niveau local

Au niveau régional, nous prôtons de donner un **rôle plus important aux collectivités territoriales**. C'est en effet à ce niveau que les trois axes de prévention⁴⁸ peuvent être articulés et territorialisés de façon optimale, et que les logiques de transversalité peuvent être concrétisées. Là où elle existe, la **démarche atelier santé ville** montre la pertinence de travailler sur les déterminants de la santé en coordonnant les actions et les acteurs et en favorisant les pratiques intersectorielles. Les **contrats locaux de santé** sont également des dispositifs intéressants, mais ils devraient être élargis au secteur privé, au vu de l'importance des conditions de travail comme déterminant social de la santé (rien ne l'empêche d'ailleurs à l'heure actuelle). Cependant, il doit être possible d'aller plus loin en mobilisant d'autres outils que la contractualisation, laquelle a ses limites. Ainsi, les collectivités territoriales souhaitant prendre une responsabilité plus importante doivent pouvoir sous certaines conditions obtenir une **délégation de compétences de l'Etat, des ARS, voire d'autres décideurs**, ne se limitant pas à une simple délégation de gestion, leur permettant ainsi de piloter, sur leur territoire, une stratégie globale – à condition qu'elles disposent des moyens nécessaires : délégation de compétences de l'Etat en matière de santé environnementale et de

⁴⁷ Lopez A. Structurer la politique nationale de santé, une ambition raisonnable. Santé publique, 2012;24(3):241-51.

⁴⁸ (1) la santé dans toutes les politiques, (2) les mesures de promotion de la santé de proximité alliant éducation pour la santé, mobilisation sociale et création d'environnements favorables à la santé, (3) les pratiques cliniques préventives (ou prévention dite médicalisée).



santé à l'école, délégation du Conseil général en ce qui concerne la petite enfance à l'instar de certaines villes comme Strasbourg ou Lyon. Dans ce cas de figure, le système de santé doit avoir autorité sur les moyens d'appréciation (indicateurs, modalités de participation des usagers et professionnels à l'évaluation, sous l'angle de résultats santé, avec une optique de comparabilité inter-région, inter-secteur, etc.).



Liste des sigles

ARS	Agence régionale de santé
CAR	Commission d'administration régionale
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
DIRRECTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DREAL	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EIS	Evaluation d'impact en santé
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INCa	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IReSP	Institut de recherche en santé publique
ISTS	Inégalités sociales et territoriales de santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PReSP	Programme de recherche en santé publique
SFSP	Société française de santé publique
SNS	Stratégie nationale de santé
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance



Annexe

Synthèse des propositions de la SFSP pour une gouvernance renouvelée pour la Stratégie nationale de santé

Devant un système de santé fragmenté en matière d'organisation, de financement et de fourniture des prestations et services, et en l'absence de claire hiérarchisation des niveaux d'intervention qui trouvent leur source notamment dans les dysfonctionnements liés à la structuration du pilotage et de la gouvernance du système, la Société française de santé publique (SFSP) a souhaité apporter son analyse et porter 13 recommandations dans le cadre des travaux de la Stratégie nationale de santé (SNS).

Ces propositions sont, pour la SFSP, de nature à améliorer la structuration et le pilotage de notre système de santé, notamment sur les questions de santé publique et de prévention sur lesquelles elle a souhaité particulièrement s'investir.

Les propositions réalisées sont structurées autour de trois enjeux qui lui semblent aujourd'hui fondamentaux.

1er enjeu – L'équité et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Le premier enjeu est celui de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé à travers notamment :

- l'intégration du gradient social dans l'appréciation de l'état de santé de la population et l'inscription de la réduction des inégalités comme priorité de la politique de santé (proposition 1) ;
- son inscription dans le débat public (proposition 2) ;
- la structuration des acteurs des domaines liés à la santé publique dans son ensemble (proposition 3) ;
- le développement des études d'impact en santé (proposition 4) ;
- et le renforcement, effectif et à tous les niveaux, de l'intersectorialité (propositions 5 et 6).

2e enjeu – L'efficacité et l'efficience

Le second enjeu est de s'assurer que le service rendu à la santé de la population reste bien égal, entre deux options de coûts différents, à la condition de ne pas creuser les inégalités sociales et territoriales de santé. Les propositions de la SFSP portent notamment sur :

- le renforcement de l'utilisation des connaissances scientifiques dans la décision publique (proposition 7) ;
- la rénovation et la clarification :
 - de l'organisation de l'expertise,
 - des dispositifs de suivi de la politique de santé,
 - des dispositifs de représentation des usagers et des élus locaux (proposition 7) ;
- le développement de l'évaluation dans un souci d'amélioration de la qualité, dans tous les secteurs de la santé (proposition 8) ;
- la reconnaissance de la prévention (proposition 9) ;
- et la mise en place d'outils de suivi consolidés de l'état de santé de la population (proposition 10).



3e enjeu – La gouvernance des politiques de santé

Le troisième enjeu en termes de gouvernance des politiques de santé est de corriger la fragmentation des dispositifs à tous les niveaux et de définir des priorités face à la multiplication des objectifs. Ils passent par :

- le renforcement et la cohésion de leur pilotage (proposition 11) ;
- un effort de priorisation et de distinction objectifs/priorités/déclinaison opérationnelle (proposition 12) ;
- et enfin une clarification et une reconnaissance de l'ensemble des opérateurs à l'échelon communal ou intercommunal autour d'objectifs partagés (proposition 13).



*CES PROPOSITIONS ONT ETE REALISEES PAR
UN GROUPE DE TRAVAIL D'ADHERENTS DE LA SFSP,
SOUS LA COORDINATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.*

*ELLES FONT SUITE A LA CONTRIBUTION DE LA SFSP POUR
L'ELABORATION D'UNE STRATEGIE NATIONALE DE SANTE
ET COMPLETENT LES PROPOSITIONS POUR
UNE GOUVERNANCE RENOUVELEE*

*L'ensemble de ces textes est accessible sur :
<http://www.sfsp.fr/dossiers/dossiers.php?cdossier=59>*



Société Française de Santé Publique

1 rue de la Forêt - 54520 LAXOU

Tel : (+33)3.83.44.94.11

Fax : (+33)3.83.44.37.76

www.sfsp.fr