



Mission au profit du gouvernement
relative aux disparités territoriales des politiques de
prévention sanitaire

- * - * - * -

Rapport présenté par Monsieur André FLAJOLET
Député du Pas-de-Calais

Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire

Le rapport de la mission Flajolet propose une organisation de la politique de prévention fondée sur des concepts clairs et partagés par l'ensemble des personnes auditionnées : la « gestion de son patrimoine santé » remplace la logique de réparation ; elle concerne toutes les populations par l'action sur les milieux de vie ; elle redonne leur sens de cohésion sociale aux métiers des professionnels de santé ; elle réconcilie, par le territoire de proximité et ses acteurs, les logiques géographiques et populationnelles des disparités de santé.

Fixer le cap de la santé pour la communauté nationale

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

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

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

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

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

MISSION FLAJOLET

CONTEXTE ET ENJEUX

Le Premier ministre a confié à André FLAJOLET, député du Pas de Calais, une mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire.

Cette mission est l'une des quatre missions qui doivent permettre de présenter, d'ici l'été, un projet de loi de modernisation du système de santé. Menée en étroite collaboration avec les trois autres missions, consacrées respectivement à l'organisation territoriale (mission RITTER), à l'hôpital (mission LARCHER) et à l'organisation de la santé (mission BERLAND PODEUR), elle a vocation à placer au cœur des travaux l'amélioration de l'état de santé des populations et l'accès de chacun à la santé.

Conformément à la demande formulée par Monsieur le Premier ministre, cette mission a examiné le résultat des politiques de prévention en cours. Elle a cherché à identifier les disparités de santé, entre populations, entre territoires ainsi que leurs causes.

La vocation des recommandations issues du rapport de cette mission est de favoriser une réponse des professionnels qui soit adaptée aux besoins de santé de la population générale mais également des populations ou des personnes aujourd'hui éloignées de la prévention, voire des soins.

Cette mission a exploré quatre axes pour une prévention :

- globale qui garantisse le continuum prévention-soin et intègre : santé environnementale, au travail, scolaire ;
- ciblée sur les déterminants de santé locaux des populations ou des zones défavorisées ;
- fondée sur la connaissance de l'état de santé des personnes par un système d'information ;
- pluridisciplinaire par un exercice en «communautés de santé», pour une mise en œuvre locale, professionnalisée et convergente, en relation avec des centres ressources notamment hospitaliers.

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

La mission estime que le défaut de santé, puis son aggravation, est la principale marque d'inégalité et que ce défaut génère les difficultés qui enferment les personnes dans une précarité de situation dommageable pour la société entière.

Les recommandations qui vont suivre sont donc ambitieuses. Elles sont pensées dans une perspective à vingt ans, pour fixer l'orientation générale de la réduction des inégalités de santé par le développement de la prévention. Trois chapitres majeurs en constituent l'architecture: fixer le cap, favoriser l'accès à la santé, concentrer les moyens.

Dans cet esprit et pour réduire les disparités de santé en France, le rapport que remet André FLAJOLET, avec l'appui de la DGS et de l'IGAS,

- dresse l'état des lieux, à partir notamment d'une série d'auditions conduites depuis l'automne ;
- recommande des mesures de nature à réduire les disparités observées, y compris en outre-mer ;
- propose enfin la conduite d'une expérimentation en vraie grandeur en région Nord-Pas-de-Calais, où les indicateurs des études les plus récentes de la DREES font état de disparités parmi les plus importantes.

Plan Général

Avertissement

Introduction

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

1. Le constat

Juxtaposition non ordonnée de structures, professionnels de santé insatisfaits, entrée prévention par le soin, perte de chance pour ceux qui en sont éloignés, manque d'anticipation pour une politique des « coûts évités »

2. Les recommandations

Créer du lien par la santé, donner un rôle notoire à chacun et inverser la logique : passer de la réparation vers la gestion du patrimoine santé ; du saupoudrage vers la concentration et la responsabilisation des acteurs

3. Avant projet pour une expérimentation en Région Nord Pas de Calais

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

Pièces jointes :

Lettre de mission

Remerciements

Annexes:

A1: La prévention

Revue de littérature, comparaisons internationales, les principaux rapports en France et leurs conclusions

A2: Les politiques de prévention des ministères autres que la santé

Travail, Education, Université, Ecologie, Agriculture, Justice, Intérieur...

A3: La LPSP et la prévention

Et autres travaux prévention pilotés par la DGS (EGPrévention, EGalcool, études, volet prévention des plans...)

A4: L'état des recommandations aux professionnels

En matière de prévention ou de santé publique

Listes des sigles, définitions, bibliographie

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

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

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

I Le constat

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

A. Une France en retard comparée à ses voisins européens sur certains indicateurs sanitaires

1. Morbidité et mortalité prématurées évitables élevées
2. Dépenses de santé croissantes non liées à l'amélioration de la santé
3. Ecart de santé creusés par les progrès de la prévention en population générale et les inégalités d'accès aux soins
4. Accès à la santé l'exception des pharmacies d'officine

B. La réparation : cœur d'une médecine individualisée et de la prévention

1. Absence de coopération organisée du soin, encore plus de la prévention, d'où méconnaissance des parcours individuels des patients dans le système de soins
2. Frustration de professionnels de santé qui parent au plus pressé, la réparation, alors qu'ils sont acquis à la prévention
3. Cloisonnements qui excluent la prévention collective, limitent l'individuelle et isolent les professionnels de santé y compris en zones denses
4. Rémunération à l'acte et prescription systématique encombrent le temps médical, laminent la prévention, induisent un contrôle pesant
5. Des professionnels, conscients de l'importance de la médecine générale mais frustrés de sa désorganisation, qui cherchent à y échapper

C. La connaissance : fragmentée, dense et difficilement exploitable

1. Connaissance éparpillée, cloisonnée et longue à mobiliser opérationnellement
2. Observation de la santé en région : empilement et incompatibilité des systèmes d'information
3. Connaissances scientifiques en prévention et sentiment d'impuissance des professionnels
4. Une diffusion inorganisée du savoir vers les professionnels
 - a. Absence de dossier médical pour le suivi des patients dans un système cloisonné
 - b. Multitude d'émetteurs de connaissance scientifique vers les professionnels de santé
 - c. Plans juxtaposés, non prioritaires, sans consignes opérationnellement applicables par les professionnels de première ligne

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

1. Une population générale non orientée et sur consommatrice
 - a. Méconnaissance, par les adultes, de critères de recours à un professionnel de santé
 - b. Education à la santé des jeunes sans culture générale santé ni du système de santé
 - c. Des exigences de consommation médicale et de prise en charge
 - d. Des urgences encombrées à mauvais escient faute d'orientation efficace

2. Des populations laissées pour compte qui arrivent trop tard dans le système de soin
- a. Des populations sociologiquement, culturellement, économiquement loin du soin
- b. Cloisonnement santé, social, médico-social entraîne un déficit de repérage
- c. Une prévention accessible par le soin donc atteignable tardivement
- d. Des populations non mobiles dans des zones désertées par les professionnels

E. Absence de politique générale de prévention mais des germes prometteurs

1. T2A : a aggravé à l'hôpital le déficit de prévention et les inégalités de santé, inadéquation du fléchage des crédits des plans de santé publique avec le mode de gouvernance de l'hôpital
2. Prévention : messages successifs mais défaut de priorités claires et connues de tous, population comme professionnels
3. Loi relative à la politique de santé publique : territorialisation encore incomplète, pilotage difficile, prévention diluée mais identification du pilote
4. Début d'optimisation des moyens à systématiser : coordination (type groupement régional de santé publique) et évaluation (pour mesurer les effets sur la santé plus que la conformité juridique et technique)
5. Des plans de prévention majeurs à faire converger (PNNS, PNSE...)
6. Des coopérations intéressantes, souvent non connues des administrations centrales mais remontées des territoires par les états généraux de la prévention en 2006-2007, de nature à faire évoluer les politiques

II Recommandations

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

A. Fixer le cap de la santé pour la communauté nationale

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

1. Diffuser la culture de santé pour tous :
 - a. importance de l'éducation santé aux âges pertinents,
 - b. association parents enfants pour renforcer et actualiser les messages
2. S'appuyer sur, ou recréer, les lien sociaux avec associations de proximité et élus locaux autour du mieux vivre en bonne santé

ii. La politique nationale de « prévention globale » :

1. Les lignes de force de la politique de « prévention globale »
 - a. qui bénéficie de toute la logique de l'association santé, jeunesse et sport, éducation nationale
 - b. grande cause de la santé appuyée sur le sport, sur l'alimentation, sur l'éducation, sur le lien parents enfants ;
 - c. qui définisse les priorités majeures (nutrition, activité physique, lutte contre le tabac, lutte contre l'abus d'alcool...)
2. Traiter tous les aspects de prévention (santé scolaire, santé au travail, santé environnementale, social, médico-social) au sein de l'ARS
 - a. Prévention de la dépendance
 - b. Médecine du travail en lien avec la santé environnement
3. Réarticuler les rôles des différents professionnels de santé et des autres professionnels concernés (social, médico-social...) pour dégager du temps médical et reconstruire la motivation

B. Favoriser l'accès à la santé

i. Promouvoir l'exercice pluridisciplinaire en « communauté de santé » permettant de tisser des liens. Santé prérogative locale car action sur les milieux de vie d'où cohésion sociale

1. Un exercice tourné vers les personnes
 - a. Utiliser les synergies des domaines clés pour la santé : sanitaire, social, prévention, médico-social ; construire la confiance entre les professionnels ; décloisonner les acteurs au contact des populations.
 - b. Utiliser les différentes professions pour recréer, chez les personnes éloignées du soin, la confiance envers les soignants
 - c. Permettre aux professionnels de première ligne d'exercer leur rôle de conseil en gestion de patrimoine santé et d'assurer un continuum : prévention, soins, réinsertion post maladie, soins palliatifs
2. Une technicité renforcée pour la santé de première intention
 - a. Préparer l'accueil de stagiaires en médecine générale, et des autres disciplines représentées, pour : dispenser une formation solide valorisante pour le professionnel comme pour le stagiaire, susciter des vocations d'installation
 - b. Communiquer (télémédecine, échange de données...) avec un centre de référence hospitalier pour : diffuser les compétences, partager les expériences
 - c. Développer et organiser la coopération avec les opérateurs locaux associatifs professionnalisés

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

1. Renforcer la coopération entre professions
 - a. mandat de santé publique et rémunération forfaitaire, casser la logique de distribution de soins
 - b. métier de coordination locale des actions de préventions menées sur le territoire considéré par les différentes institutions (école, entreprise, communes, communautés, associations...)
2. Renforcer le contact avec les personnes
 - a. métiers d'éducateur santé (débouché filière STAPS)
 - b. métiers d'écoute, d'orientation... (sélection sur des critères de patience, d'empathie, de fermeté ; formation brève et ciblée des bacheliers santé médico social)
 - c. santé mentale en ville assurée par des équipes d'infirmiers spécialisés après validation de leur pratique en hôpital psychiatrique
 - d. renfort d'internes pour les visites annuelles d'aptitude au sport, moyen de réinvestir le domaine de la santé

iii. Formation à la « prévention globale »

C. Concentrer les efforts de réduction des disparités

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

1. Connaissance des personnes
 - a. Associer les élus locaux et utiliser les compétences des organismes dont la mission est de connaître finement la population (CAF...) pour identifier les populations particulièrement vulnérables
 - b. Disposer d'un système d'information intégré, inter opérable, centralisé, en réseau, pour une épidémiologie moderne
2. Connaissance de la science
 - a. Diffusion organisée d'information scientifique vers les acteurs de première ligne : canal unique alimenté par l'ensemble des opérateurs : outils de prévention ; recommandations
 - b. Organiser la masse d'information disponible pour des échanges montant et descendant d'information sur les pratiques médicales ou de prévention

ii. Concentration des moyens de prévention : Définir les priorités de prévention pour la résorption des disparités régionales de santé et identifier nominativement les régions prioritaires (les territoires en infrarégional)

1. Au niveau central :
 - a. une loi quinquennale de réduction des disparités territoriales de santé ;
 - b. maîtriser les bilans pour juger de la pertinence des priorités initiales de la loi ;
2. Concentrer les moyens dédiés aux politiques de prévention sur les territoires et les populations en butte à des disparités de santé majeures :
 - a. fixer des objectifs chiffrés de réduction des disparités
 - b. à l'hôpital, pour corriger les effets pervers de la T2A, instaurer un critère de certification obligatoire de réduction des disparités en échange de crédits MIGAC et d'autres enveloppes spécifiques
3. Agence régionale de santé (ARS) et politique de réduction des disparités
 - a. décide des quelques priorités complémentaires
 - b. responsable de l'évaluation
 - c. garante du suivi des indicateurs représentatifs des inégalités les plus caractéristiques
 - d. budget « prévention globale » sanctuarisé dans l'ARS, et principe de fongibilité asymétrique du soin dans la prévention

III Avant projet pour une expérimentation en Région Nord Pas de Calais

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

A – La méthode :

1. une convention d'objectifs et de moyens entre l'Etat et la Région
2. l'organisation des priorités partagées au titre du GRSP
3. la contractualisation avec des associations professionnalisées sur des missions de santé

B – Prévention comportementale et nutritionnelle

1. un projet pour la lutte contre l'obésité
2. un projet pour la pratique de l'activité physique
3. les acteurs nécessaires au développement des projets partenariaux
4. les nouveaux métiers nécessaires au développement de la « prévention globale »

C – Santé environnement et santé au travail : L'institut de santé au travail

1. Environnement et santé au travail : une animation régionale reconnue et à renforcer
2. Un pôle de formation et de recherche en « santé au travail »
3. Des services de pathologies professionnelle et environnementale au bénéfice de la population

D- Organisation de l'accès à la santé

1. un numerus clausus fléché et régionalisé, des stages en MG
2. des communautés de santé
3. une nouvelle organisation de la permanence des soins

E – Une attention particulière à des domaines spécifiques

1. une prévention accrue pour réduire les risques de fracture psychologique
2. une présence dans les prisons
3. un accompagnement des SDF

Introduction

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

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

Le cœur de l'intitulé de la présente mission se retrouve dans les termes de l'article L.1411-1 du code de la santé publique :

« La politique de santé publique concerne : [...] 7° La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ; [...] »

La prévention est une discipline très documentée mais elle est confrontée à une absence de définition dans les textes législatifs, notamment dans la loi relative à la politique de santé publique n°2004-806 du 09 août 2004. Si elle est effectivement intégrée à l'explicitation de la politique de santé publique, dans six des dix items de son article introductif, le L.1411-1, son acception y est essentiellement liée au risque, au mieux dans l'évitement de ce dernier. En outre, la nature de la prévention doit être déduite des différents textes où elle est citée.

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

Cette mission retient la classification en quatre actions types¹ que sont la prévention :

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

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

¹ Philippe Lamoureux, Directeur général de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

L'action par les populations est majeure et conditionne la définition d'une prévention globale, dite d'anticipation positive², retenue par cette mission en fin d'auditions : « les trois fractions, universelle, sélective, correspondent respectivement à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et à l'éducation thérapeutique. [...à l'action] déclenchée par un expert ou un groupe d'expert, [répond] une participation active de l'individu ou du groupe cible »³.

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

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

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

² Professeur Jean-Louis San-Marco

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

I Le constat

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

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

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

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

A. Une France en retard comparée à ses voisins européens sur certains indicateurs sanitaires

Ou le système de santé français accélérateur d'inégalités sanitaires

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

1. Morbidité et mortalité prématurées évitables élevées

Certes, en vingt ans, la mortalité prématurée a connu en France une diminution de l'ordre de 30%. La baisse régulière des décès dus aux maladies cardio-vasculaires depuis 1990 en moyenne de 2,5 % par an s'est encore accrue avec la mise en œuvre de l'interdiction

de fumer dans les lieux publics permettant de lutter contre le tabagisme passif, preuve de l'efficacité des politiques de prévention par l'assainissement des milieux.

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

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

Par ailleurs, de fortes disparités spatiales de mortalité prématurées sont observées en particulier dans deux grandes zones géographiques, le Nord de la France et la Bretagne. Les disparités n'y sont pas limitées aux facteurs socioprofessionnels mais l'histoire, la culture, l'environnement, la tradition y ont également une part importante.

En matière de médecine du travail, les grandes tendances constatées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (chiffres 2005 : les accidents du travail sont moins fréquents (39 accidents pour 1000 salariés au lieu de 46 pour 1000 dix ans plus tôt). Le nombre d'accidents mortels a significativement diminué passant de 626 en 2004 à 474 en 2005. Au total, depuis 20 ans, le nombre des accidents mortels a été divisé par trois, celui des accidents graves par deux. Cependant, l'intensification du travail et l'émergence de nouveaux risques est aujourd'hui une tendance lourde qui a fait l'objet de nombreuses enquêtes : françaises (« Conditions de travail », enquête annuelle DARES) et européennes (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin). L'alourdissement de la charge mentale et, contrairement aux idées reçues, l'accroissement des efforts et expositions physiques, y compris dans le secteur tertiaire, ont pour conséquences la croissance exponentielle des troubles musculo squelettiques qui représentent plus de 70% des maladies professionnelles déclarées en France et des troubles « psychosociaux », du stress, de la violence, de la dépression voire même du suicide.

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

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

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

organisées avec le système de soin et avec l'ensemble des acteurs concernés en dehors du soin qui réduit l'efficacité de la dépense globale de prévention. »

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

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

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

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

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

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

générale, la forte diminution de la mortalité prématurée observée entre les années 1980 et 1990 profite moins à ces groupes.

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

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

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

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

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

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

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

4. Accès à la santé l'exception des pharmacies d'officine

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

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

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

Comme pour d'autres équipements sanitaires, la qualité de fonctionnement voire la survie suppose une taille minimale. C'est le sens des mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 destinées à rationaliser encore le maillage officinal. Dans les zones qui en ont au moins une, le minimum de population passe de 2500 à 3500 habitants supplémentaires pour une ouverture. Dans les zones suréquipées, le regroupement est encouragé.

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

B. La réparation : cœur d'une médecine individualisée et de la prévention

Dans les années 1920 et 1960, les principes qui ont fondé puis conforté l'organisation de la médecine en France, reposaient sur la prise en charge séquentielle de maladies aiguës. Le paiement à l'acte avait donc comme justification logique la réparation d'une dégradation momentanée de la santé qui avait conduit à consulter. L'alternative étant la disparition

inéluçtable et plutôt rapide du patient, annoncée par le médecin, qui véhiculait donc dans l'inconscient de la population une image de terreur muette et n'était pas volontiers consulté.

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

Le drame de l'amiante est une catastrophe sanitaire prévisible qui a mis en lumière les insuffisances du système de réparation: « Ne plus perdre sa vie à la gagner : 51 propositions pour tirer les leçons de l'amiante » (rapport de Jean Le Garrec, Assemblée nationale, 2006). C'est un constat sévère, évoquant la « faillite » d'un système historique de gestion des risques professionnels gouverné par un objectif de réparation. Il remet en cause l'approche clinique individuelle fondée sur la visite systématique.

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

1. Absence de coopération organisée du soin, encore plus de la prévention, d'où méconnaissance des parcours individuels des patients dans le système de soins

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

Dans une étude récente, (Aulagnier M et coll pratiques des médecins généralistes en matière de prévention: les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur Pratiques et organisation des soins volume 38 n°4 octobre-décembre 2007) plus de 80% des médecins généralistes s'estime efficace dans le dépistage du cancer ou l'éducation thérapeutique du patient, contre moins de 40% dans l'éducation vis-à-vis de la consommation d'alcool ou de drogues illicites ou l'éducation pour la santé. Ce qui est mis en avant comme premier frein est le fait que les patients ne sont pas très ouverts au dialogue sur la prévention. Si on interroge les patients, ils disent à peu près la même chose de leur médecin (Baromètre santé médecin 2003, INPES).

Par ailleurs, une majorité de médecins considère que cette activité ne fait pas partie de leur mission tout en étant prêt à revoir leur cahier des charges dans le cadre d'une répartition des tâches. (Bataillon, santé publique N°1, mars 2006 vers une consultation médicale de prévention). Lors d'une enquête réalisée auprès d'un panel représentatif de médecins généralistes bretons composant le baromètre des pratiques en médecine générale, 84% des médecins estimaient avoir à effectuer des tâches qui ne relevaient pas de leur qualification. Il

s'agissait notamment de tâches liées à l'information et à l'éducation du patient (64,3%), à la coordination des soins (58,3%) ou encore à la gestion du dossier du patient (56%).

2. Frustration de professionnels de santé qui parent au plus pressé, la réparation, alors qu'ils sont acquis à la prévention

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

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

De surcroît, les perspectives à cinq ans de départ à la retraite des classes d'âges du baby boom, remplacées par celles dont le *numerus clausus* était au plancher, encore plus prégnantes dans dix ans, est anxiogène et focalise toute l'attention. Prosaïquement, toute rupture présente une opportunité et celle ainsi ouverte par la baisse du nombre de médecins est une double occasion. Premièrement, celle de réorganiser le mode de fonctionnement du soin en France en y introduisant une dose massive de prévention. Deuxièmement, celle de dégager des marges de manœuvre financières permettant de varier la structuration des métiers de la santé en privilégiant les métiers à formation plus ciblée et moins longue. A l'hôpital, les infirmiers passent du temps à gérer les médicaments dans leurs services d'appartenance, fonction qui pourrait être tenue par des logisticiens et augmenter la présence près du patient. En ville, les toilettes et les soins spécifiques à certaines pathologies chroniques sont parfois confiés à des auxiliaires de vie libérant le temps des infirmières. Ces exemples laissent entrevoir l'étendue des marges de manœuvres existantes pour améliorer la présence au malade des professionnels de santé.

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

Peut-être une part de cette consommation excessive de produits est lié au sous-emploi des pharmaciens d'officine au sens du rapport de l'OMS 1997, *Rôle des pharmaciens dans le système de santé*. Le pharmacien est titulaire d'un doctorat et a effectué sept années d'études dans le domaine de la santé qui pourraient être mieux utilisées au profit de la prévention. De

surcroît, il exerce sa fonction en un lieu prévu et organisé à cet effet et il y participe à un service de garde et d'urgence assorti de sa présence effective. Il n'est pas raisonnable qu'il reste un simple délivreur exclusif de médicaments même assorti du devoir de conseil, voire de refus de dispensation dans l'intérêt de la santé du patient. Son potentiel de prévention de proximité géographique est très peu exploité : arrêt du tabac, contraception... alors que l'enquête IPSOS Santé de janvier 2008 (Les Français et leur pharmacien) indique que 97% leur reconnaissent cette qualité de la proximité et les identifient comme acteurs possibles de prévention, d'où l'intérêt à tous points de vue de les intégrer dans les réseaux de prévention.

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

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

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

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

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

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

patients et du salariat pour les professionnels. Ces exceptions n'ont cessé d'être dénoncées par les syndicats médicaux.

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

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

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

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

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

Mme BOCQUILLET souligne la nécessaire coopération entre les services des différents niveaux territoriaux avec la commune pour gérer les transitions afin d'éviter les ruptures lors des changements de cycle des enfants, adolescents et jeunes adultes. En effet, les compétences sont exercées successivement par la commune jusqu'en classe de sixième, par le département

pour la PMI et le collège et par l'Etat pour l'université. L'enjeu majeur est d'assurer à ces étapes la corrélation entre les dépistages positifs et leur prise en charge effective.

4. Rémunération à l'acte et prescription systématique encombrent le temps médical, laminent la prévention, induisent un contrôle pesant

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

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

La rémunération à l'acte n'incite pas à l'exercice de la prévention dans la pratique quotidienne et engendre une absence de qualité.

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

Pour Daniel LENOIR, Directeur général de la mutualité française, il est nécessaire de réorganiser les soins primaires. Le colloque singulier entre médecin et patient n'a plus de sens et il est réducteur de limiter le rôle du médecin à l'orientation des malades dans le système de santé, la prévention doit y occuper une place grandissante. La clé de la réorganisation de la médecine de première intention est dans le mode de rémunération, il est donc nécessaire de revoir le dispositif conventionnel. En effet, l'exercice en secteur 2 génère des inégalités d'accès aux soins et l'assurance maladie n'est pas en situation de déconventionner.

En revanche, la Mutualité française dispose d'une expertise relative aux centres de santé mutualistes pluridisciplinaires qui permettent l'accès à des spécialistes du secteur 1. Les médecins salariés y bénéficient d'une rémunération mixte et la féminisation des professions médicales appelle de plus en plus la souplesse horaire liée à l'exercice salarié. Actuellement la politique conventionnelle ne favorise pas cet exercice en maisons de santé alors qu'il est l'avenir de la médecine de première intention, outil incontournable à la réforme de l'organisation. De surcroît, pour porter cet outil des opérateurs sont nécessaires, tels la Mutualité française. Cette dernière serait en meilleure position que ne l'est l'assurance maladie pour remettre en cause un contrat, en cas de non respect d'un cahier des charges, ou pour déconventionner un médecin.

En médecine du travail, le mode de financement des services encore fondés pour la plupart sur un coût par salarié contribue également à cette prédominance de la logique du suivi individuel. Il s'est instauré une équivalence entre visite médicale et délivrance d'un certificat d'aptitude. En 2003, l'IGAS indiquait que « le certificat d'aptitude n'a jamais garanti autre chose que l'accomplissement d'une formalité administrative ». Le rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes (« Aptitude et inaptitude médicale au travail : critiques et perspectives », de Hervé GOSSELIN, janvier 2007) précisait : « Trop occupée à une surveillance individuelle de la santé des salariés conçue principalement, selon les textes en vigueur, comme la vérification régulière de l'aptitude au poste de travail, la médecine du travail ne parvient pas à jouer le rôle qu'on attend d'elle dans l'entreprise. Le système de surveillance médicale organisé autour de la constatation périodique de l'aptitude du salarié a atteint ses limites ».

5. Des professionnels, conscients de l'importance de la médecine générale mais frustrés de sa désorganisation, qui cherchent à y échapper

Du point de vue des syndicats d'étudiants, notamment M Charles MAZEAUD, président de l'association nationale des étudiants en médecine, et d'internes, l'accès à la médecine générale est très largement subi à cause d'une représentation détestable fruit du cursus de formation. A l'hôpital ils constatent souvent les échecs de la médecine générale et entendent à cet égard la plainte de leurs aînés praticiens hospitaliers. Les stages hors de l'hôpital, destinés à faire découvrir l'exercice de première intention, s'effectuent tardivement dans le cursus et sans contrôle de la qualité, de la pertinence des terrains de stage ni retour d'expérience. La prévention n'est donc guère traitée dans ces cabinets ou les consultations s'enchaînent, les échanges avec les maîtres de stage semblent être réduits, les rapports de stage n'intéressent que modérément le corps professoral qui a peu de temps à consacrer à leur lecture. Et pour couronner le tout, l'organisation matérielle et la localisation conduisent souvent les stagiaires à éponger des frais de transport et d'hébergement.

La médecine générale est perçue comme une science difficile à laquelle les études préparent peu. A titre de preuve, les jeunes médecins qui embrassent cette orientation effectuent fréquemment un premier parcours d'urgentiste hospitalier pour se préparer à affronter des situations où ils seront seuls face à la décision. En tout état de cause, les jeunes professionnels s'installent peu ou tardivement et disent rechercher la proximité de spécialistes et de confrères pour se rassurer et n'être pas submergés de cas insolubles. La pratique des remplacements dans les grandes villes permet, en 2 ou 3 jours de travail par semaine, d'obtenir un bon salaire et la vie s'ancre dans ces zones généralement sur denses.

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

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

C. La connaissance : fragmentée, dense et difficilement exploitable

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

Parallèlement, le système de santé s'est spécialisé en ce sens que la proportion de médecins généralistes a décliné au profit des spécialistes, considérés comme l'élite des médecins, formés en 10 à 14 ans. Cette concentration a donc favorisé les progrès de la science et les performances que l'on sait au détriment de la médecine de première intention qui, progressivement et inéluctablement, se retire des territoires périphériques, ruraux ou suburbains. Les personnes de ces territoires en cours de désertification mettent entre parenthèse le soin de leur santé et, lors des épisodes aigus ou supposés tels par ignorance des symptômes élémentaires, se rendent dans les seuls lieux bien identifiés que sont les services d'urgence des hôpitaux. Or ces personnes n'y sont pas connues, l'appréhension par le clinicien de leurs habitudes de vie comme de leurs antécédents médicaux dépendent de la qualité de leurs réponses aux questions du personnel des urgences.

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

De surcroît, la tendance croissante à la judiciarisation de la société et le poids qu'elle représente sur la responsabilité professionnelle dans le domaine très sensible et affectif de la

santé conduit les professionnels à appliquer le principe de précaution. En effet, le tri nécessaire au traitement des urgences est rendu aléatoire par l'absence de connaissance fiable qui affaiblit la portée des critères de choix. La conséquence en est une multiplication d'examens souvent coûteux et un allongement inutile de la présence des patients en milieu hospitalier.

1. Connaissance éparpillée, cloisonnée et longue à mobiliser opérationnellement

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

Les services de médecine au travail sont particulièrement cloisonnés. 943 services couvrent 15,3 millions de salariés, et disposent de 6 573 médecins du travail, spécialistes, et de 10 543 personnels non médicaux. Source : « Conditions de travail – Bilan 2005 » Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale. Les services des grandes entreprises leur sont propres et leur lien à l'employeur est donc prédominant, spécialement dans le cas des multinationales ainsi que le constate le Pr FURON en Nord Pas de Calais. Les services interentreprises sont eux gérés par des associations d'employeurs. Dans les deux cas il n'existe aucun lien ni entre les services, pour partager les bonnes pratiques, ni avec les médecins du territoire d'implantation de l'entreprise, pour échanger par exemple des connaissances épidémiologiques. Les systèmes d'information sont spécifiques à chacun des 943 services. En conséquence, les dépistages positifs réalisés peuvent parfaitement n'être suivis d'aucune prise en charge curative puisque, de surcroît, le médecin du travail ne délivre pas de soins.

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

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

Les services de médecine scolaire souffrent de la même carence de système d'information et de l'absence de relation organisée avec les autres professionnels de santé d'un territoire alors qu'un important travail de prévention et de connaissance d'une population est effectué. L'éducation nationale dispose par exemple de résultats d'examens médicaux effectués à 5/6 ans sur l'ensemble d'une classe d'âge avec le même défaut de suivi des dépistés positifs. En outre, le système d'information reste à construire et à déployer, ce qui devrait permettre de le rendre compatible avec le système d'information dont l'ARS a un impératif besoin. Mme Michelle VANENACKER, infirmière conseil au rectorat de Lille, souligne que le ciblage vers des populations à risques est souvent entaché d'erreur. Les visites médicales, obligatoires dès l'âge de six ans, effectuées par les médecins de l'éducation nationale, ont pour objet premier la détection de cas d'enfants maltraités. L'expérience en a été faite entre les deux départements de la région, l'un avec ciblage, l'autre en population générale. Avec ciblage les dépistés positifs étaient moins nombreux d'un tiers que sans ciblage. Au-delà, se pose la question de l'accès au soin qui, s'il est trop éloigné du dépistage positif, risque d'aggraver la situation d'un élève pendant les six mois d'attente de son rendez-vous au centre médico-psychologique ou chez l'ophtalmologiste voire de ne jamais avoir lieu.

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

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

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

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

Or le primat est d'identifier précisément le besoin de santé pour y répondre, comme le souligne M Henri-Pierre RADONDI, de la CRAM Nord Pas de Calais, sans quoi il n'existe pas de critères suffisamment solides pour orienter fermement les opérateurs vers les actions nécessaires. A défaut d'une observation fiable et partagée, les politiques publiques reposent

sur les offreurs présents, lesquels poursuivent les actions qu'ils maîtrisent sans que l'on soit en mesure de juger des effets pertinents produits sur la santé de la population. Les outils importent peu s'ils n'ont pas de destination claire en revanche, si le besoin est connu préalablement, l'outil quel qu'il soit sera construit pour y répondre et remplira son office.

Les indicateurs socio-économiques comme ceux de santé révèlent d'importantes disparités territoriales et M Jean-Claude SCHOUTETEN constate que diverses sources produisent des études nombreuses et variées. L'INSEE (recensement ; Regards sur les quartiers en Nord-Pas-de-Calais, novembre 2007...); l'assurance maladie (Cartographie de l'offre de soin...); l'Agence de développement et d'urbanisme de Lille Métropole (Indicateurs sociaux et urbains de l'arrondissement de Lille, décembre 2005 ; La santé dans les quartiers prioritaires de l'arrondissement de Lille, décembre 2005...); la DRASS (Carte interactive de l'offre médicale 2007...); l'ORS (Atlas des professions médicales et paramédicales ; Indicateurs statistiques par territoire ; Indicateurs territoriaux de santé...). Certes, ces données, sources ou références de nature socio-économique et sanitaire sont très utiles pour quiconque souhaite dresser le profil d'une ou de plusieurs communes. Elles comportent toutefois un important point faible, celui de n'être guère superposables et comparables. L'échelon étudié (quartiers, ville, arrondissement...), l'année considérée, la méthode employée diffèrent selon l'analyse. En bref, il n'existe pas d'outil de recensement et de diagnostic, commun à l'ensemble des territoires, qui permette une vision pertinente des réalités et des enjeux locaux, et donc puisse servir de socle à un plan d'action efficient. Les territoires sont disparates, chacun d'entre eux doit faire face à des priorités différentes et les critères objectifs de décision font défaut.

3. Connaissances scientifiques en prévention et sentiment d'impuissance des professionnels

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

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

Selon Laurent CHAMBAUD, inspecteur à l'IGAS, l'évolution des problèmes de santé dans les pays industrialisés est maintenant bien connue. Elle aboutit à des transformations majeures du profil épidémiologique des problèmes de santé des populations, qualifiée parfois de « transition épidémiologique »⁴. D'une forte prépondérance des maladies infectieuses, on est passé à une période marquée par les maladies vasculaires, les traumatismes, les maladies respiratoires, les cancers et autres maladies chroniques (diabète, etc.), sans oublier le sida et autres infections transmissibles sexuellement qui affectent la santé des populations. Les systèmes de santé sont également confrontés à l'évolution de diverses manifestations de souffrance sociale : problèmes de violence, suicide, troubles d'adaptation, troubles mentaux ou à des évolutions de la société ayant un impact direct ou indirect sur la santé (modifications diététiques, changements environnementaux, conditions de travail ou d'habitat...).

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

4. Une diffusion inorganisée du savoir vers les professionnels

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

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

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

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

⁴ Concernant les transitions, voir le rapport de la Commission Clair, MSSS, 2000, pages 12-17 et le rapport (en élaboration) du Conseil de la science et de la technologie du Québec sur la stratégie de recherche et d'utilisation des connaissances, 2007, pages 2-3. En France, le document de la SFSP sous la direction du professeur Grémy (2002) jette les bases de cette transition épidémiologique.

d'aggravation des inégalités de santé qui dessert les patients les plus fragiles et les moins investis dans leur santé.

Toutefois, il existe depuis de nombreuses années un dossier médical papier, régulièrement refondu, qui est le carnet de santé de l'enfant. Ce document, remis aux familles à la naissance d'un enfant par le service de protection maternelle et infantile, permet de suivre les visites obligatoires et les actions de prévention infantile, notamment les vaccinations. Il devient souvent vecteur des échanges entre les différents professionnels de santé, la famille et le médecin traitant, témoignant par là de la prédisposition de la population à l'organisation du parcours dans le système de santé.

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

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

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

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

L'orientation des médecins vers les actes de prévention et vers les recommandations qui sont adaptés au territoire d'exercice est rendu plus que jamais nécessaire par la charge de la responsabilité, notamment juridique, qui entoure l'exercice et par la densité de l'offre d'aides diverses que la HAS entreprend progressivement de labelliser. L'efficacité commande que la

connaissance du professionnel de santé soit guidée en fonction des caractéristiques du milieu de son exercice et des populations qu'il a pour mission de conserver en bonne santé.

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

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

Toutes les spécialités médicales ont leurs propres référentiels (guides de bonnes pratiques) selon les méthodes définies par la HAS. Ils prennent la forme de recommandations pour le praticien et sont destinés à homogénéiser les pratiques professionnelles. Cependant, la médecine du travail ne dispose pas des mêmes outils : le référentiel disponible est constitué d'instructions techniques élaborées par des groupes d'experts placés sous l'égide de la direction générale du travail pour le suivi médical des travailleurs exposés à certains risques spécifiques.

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

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

En outre, il manque une clarification de la mission préventive des professionnels de santé de premier recours. A l'heure actuelle, il n'existe pas de référentiel métier du médecin généraliste, définissant missions, tâches et activités attendues de ce professionnel. C'est le cas en ce qui concerne les pratiques curatives, cela l'est encore d'avantage en ce qui concerne les pratiques préventives. Différentes possibilités peuvent apparaître dans le cadre conventionnel dépendant des consensus du moment où de problèmes émergents sans qu'une cohérence globale ne soit adoptée. Les mesures souvent ponctuelles peuvent paraître contradictoires avec la logique préventive qui se veut évolutive et continue. C'est par exemple le cas de la consultation de

santé publique, affichée par la loi mais non appliquée et de toute façon largement méconnue par la profession. On pourrait également citer le cas de la méthodologie adoptée par le programme de dépistage du cancer du sein, qui fait l'impasse sur le médecin traitant.

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

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

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

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

1. Une population générale non orientée et sur consommatrice

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

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

Excepté s'il entretient des relations régulières et dispose de moments d'échanges suffisamment pédagogiques avec son médecin traitant, le patient adulte n'a aujourd'hui qu'une idée vague du moment où il devient opportun de consulter. Il en résulte que les premiers symptômes seront souvent traités pour eux-mêmes, par le mépris ou par automédication, et que l'affection se développant car n'étant pas traitée elle se déclarera avec force et conduira le patient aux urgences de l'hôpital. En outre, l'inaccessibilité du médecin et l'absence de relation avec d'autres professionnels de santé ne permet pas l'éducation à la santé nécessaire à une gestion éclairée de celle-ci. Pour certaines pathologies, une telle éducation est une nécessité parfois vitale pour savoir comment réagir en cas de malaise.

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

b. Education à la santé des jeunes sans culture générale santé ni du système de santé

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

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

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

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

L'éducation à la sexualité en milieu scolaire doit, selon les textes et circulaires, veiller à garantir le respect des consciences, du droit à l'intimité et de la vie privée de chacun. Elle est un moyen de protéger les jeunes face aux violences ou exploitations sexuelles dont la pornographie. En revanche, le lien n'est pas toujours fait, aux âges pertinents, pour montrer ce qu'implique la sexualité dans le cheminement de la vie. La notion n'en n'est pas donnée en primaire. Elle ne semble pas non plus être prolongée, au lycée ou à l'université, par l'évocation de la parentalité, pour les garçons comme pour les filles.

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

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

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

c. Des exigences de consommation médicale et de prise en charge

Le point d'information de la CNAMTS du 19 octobre 2007 confirme que la France est en tête de la consommation de médicaments pour 6 des 9 classes étudiées en Europe. C'est le cas de la classe des antidépresseurs. Le rapport de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé de 2006 sur le bon usage des psychotropes apporte des éléments sur les causes du niveau élevé de la consommation française des psychotropes. Il indique que le recours aux médicaments psychotropes s'est banalisé. Concernant ce point, le rapport indique notamment que la consommation croît avec l'âge, qu'il existe une évolution de la consommation dans le temps, liée à l'apparition de nouvelles molécules que l'incidence de la demande sociale de traitement psychiatrique explique également l'augmentation de la consommation de psychotropes. Le rapport indique aussi qu'il n'est actuellement pas fait un bon usage des médicaments psychotropes en France.

Des causes de surconsommation de médicaments, d'une façon générale et pas spécifiquement pour les psychotropes, ont été présentées dans une communication de la cour des comptes

transmise à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale et examinée par celle-ci en 2007 (concernant la prescription et la consommation des médicaments). Les causes présentées sont, notamment l'absence d'analyse médico-économique, les comportements de prescription de médecins, l'influence des patients sur le comportement de prescription des médecins.

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

Les systèmes de santé sont caractérisés par une hausse constante de la consommation de médicaments, aussi bien en volume qu'en coûts. Les équipements diagnostiques et thérapeutiques et, en particulier, les techniques d'imagerie médicale ou interventionnelles sont également des percées technologiques qui sont venues modifier les pratiques de soins. Enfin, la génomique, les biotechnologies, l'utilisation de cellules souches et de substituts pour les cellules sanguines, les nanotechnologies ou la médecine dite « prédictive » laissent également présager de nouveaux développements à la fois prometteurs, mais qui posent de nouvelles questions sur le plan éthique⁵. Cette évolution technologique occulte parfois la dimension relationnelle de l'acte soignant.

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

d. Des urgences encombrées à mauvais escient faute d'orientation efficace

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

Théoriquement, les soins non urgents sont à assurer par les médecins généralistes quotidiennement pendant les heures ouvrables et, en dehors de ces heures, dans le cadre de la permanence des soins. S'il est bien de la responsabilité des pouvoirs publics de faciliter le dialogue entre la ville et l'hôpital, de favoriser tout ce qui est complémentaire dans l'organisation, mais aussi de décourager tout ce qui contribue à désorganiser le système de santé français, la question de l'accès à la santé au moment opportun reste entière.

Force est de constater que, pour la population qui fréquente peu son médecin traitant et n'a guère l'occasion de tisser les liens de confiance qui aident à trouver les solutions aux problèmes de santé inopinés, l'accès sans rendez-vous aux cabinets médicaux n'est pas uniformément organisé sur l'ensemble du territoire. En outre, le faible nombre de cabinets

⁵ Par exemple, la dimension éthique du dépistage précoce d'une pathologie pour laquelle aucun traitement reconnu efficace n'est encore disponible. Voir à ce propos les débats récents en France sur l'intérêt du dépistage organisé du cancer de la prostate

contribue à la saturation des carnets de rendez-vous de ceux qui subsistent. La régulation téléphonique, elle aussi, sature faute, semble-t-il, de pouvoir distinguer l'urgence potentielle de l'appel pour un simple conseil de santé. En résumé, l'accès à la médecine de premier recours, faute d'une organisation ad hoc qui autoriserait une régulation effective précédant le deuxième recours, est boudée par la population qui lui préfère les urgences de l'hôpital dont la localisation spatio-temporelle est pour eux limpide.

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

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

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

a. Des populations sociologiquement, culturellement, économiquement loin du soin

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

Ils sont, dans cette région, 16000 jeunes adolescents ou adultes âgés de 13 à 21 ans, confrontés le plus souvent à une profonde solitude affective. Il en résulte une sexualité précoce et à risques, des comportements suicidaires et des addictions multiples. Leur hygiène de vie s'en trouve dégradée combinant mauvaises habitudes alimentaires, sommeil perturbé, peu d'activités physiques, problèmes bucco-dentaires, consommation régulière d'alcool, de tabac, de produits stupéfiants, tentatives de suicide, comportements violents. Ils rencontrent des difficultés sociales, scolaires, médicales, psychologiques ou psychiatriques, et sont dénommés « jeunes en grandes difficultés » car ils les cumulent le plus souvent.

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

L'éloignement du soin est une conjonction de causes qui entraîne une perte de sens d'où des addictions avec un sentiment d'abandon générateur de l'augmentation des tentatives de

suicide. La santé mentale est la clé de leurs souffrances et l'accès à ces soins spécifiques est faible voire nul, malgré des financements disponibles, du fait de l'impossibilité de trouver deux à trois heures par jour de consultation spécialisée. Une expérience est en cours à Saint-Venant (Pas de Calais) introduisant une action éducative dans la prise en charge en santé mentale.

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

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

b. Cloisonnement santé, social, médico-social entraîne un déficit de repérage

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

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

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

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

c. Une prévention accessible par le soin donc atteignable tardivement

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

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

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

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

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

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

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

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

d. Des populations non mobiles dans des zones désertées par les professionnels

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

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

E. Absence de politique générale de prévention mais des germes prometteurs

La notion de prévention est elle-même en cours de réactualisation, les concepts de prévention primaire, secondaire, tertiaire ne semblent plus suffisants pour rendre compte de l'évolution des pratiques et des acteurs mobilisés dans ce champ. L'IRDES (DREES, études et résultats, n°504, juillet 2006) a ainsi isolé trois catégories de prévention : un, les mesures collectives et individuelles à destination des bien-portants ; deux, les dépistages ; trois, la prise en charge des facteurs de risque et des formes précoces de maladies. Si ces dernières relèvent quasi exclusivement du système de soins dans le cadre de mesures individuelles, les deux premières catégories relèvent de mesures environnementales (conditions de logement, sécurité des déplacements, mesures d'hygiène...) et sont également axées sur le comportement de l'individu. Elles combinent approche individuelle, message portant sur l'hygiène

alimentaire dans le cadre d'une consultation médicale par exemple, et collective, programme d'éducation pour la santé en milieu scolaire, groupes de paroles tendant à renforcer l'estime de soi par exemple. Se juxtaposent ainsi actions individuelles et collectives, pratiquées par des acteurs multiples dont les professionnels de santé, sans qu'il y ait eu préalablement clarification de l'intervention des uns et des autres.

1. T2A : a aggravé à l'hôpital le déficit de prévention et les inégalités de santé, inadéquation du fléchage des crédits des plans de santé publique avec le mode de gouvernance de l'hôpital

Le mécanisme du financement à la tarification à l'activité porte intrinsèquement des possibilités de dérives au détriment de certaines activités, liées à la prévention, dont le geste technique ne justifie pas un tarif élevé qui serait cependant défendable du fait du temps d'écoute indispensable à y consacrer. Il existe donc un risque de dérive de l'activité dans les hôpitaux au regard des besoins réels de santé de la population et singulièrement des personnes les plus fragiles. Ces actes permettant de réduire les disparités de santé pourraient ne pas être considérés comme suffisamment rentables et se trouver négligés au profit d'autres plus valorisants. En outre, les personnes qui arrivent tard dans le système de soins sont plus lourdement atteintes donc coûtent plus cher. Or le tarif est, par construction un tarif moyen et une deuxième inégalité se fait jour qui serait la moindre rémunération de l'activité d'un établissement accueillant des personnes défavorisées.

2. Prévention : messages successifs mais défaut de priorités claires et connues de tous, population comme professionnels

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

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

Cependant, les multiples plans, successifs et non hiérarchisés, conçus pour répondre aux questions de santé importantes à un moment donné, induisent une perplexité des professionnels de santé de première intention. Actuellement la direction générale de la santé recense 20 plans actifs dont le nouveau plan cancer en cours de finalisation, 13 plans qui ont pris fin et 11 plans pilotés par d'autres ministères en lien avec celui chargé de la santé. Ces plans, s'ils ont le mérite d'avoir donné des impulsions sur des sujets de santé publique

prégnants, ne simplifient pas le pilotage des actions. En effet, la publicité de tel plan marque ou non l'esprit du professionnel de santé, en fonction de son appétence, et il lui est difficile, s'il n'est expert en santé publique, de connaître la validité des priorités alors indiquées. Il est donc laissé à chaque médecin le soin, d'une part, de choisir de mener ou non des actions de prévention, d'autre part, de définir ses propres priorités. Ainsi le système de santé est privé avec certitude du bénéfice d'une action massive sur la santé de la population par concentration des efforts.

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

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

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

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

Liées à la loi de santé publique, les politiques de prévention n'ont pas fait le choix d'une territorialisation infrarégionale. Les PRSP priorisent une entrée thématique liée en partie à la loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001 (LOLF) et aux plans nationaux. Face au manque de cohérence entre PRSP et SROS, ces derniers ayant fait le choix d'une territorialisation infra régionale, les dispositifs régionaux sont rarement convergents tant en terme de découpage territorial que de diagnostic unifié, le risque étant alors de creuser le fossé existant entre soins et prévention.

S'y ajoute la logique de l'assurance maladie qui, soit dans le cadre du fonds national de prévention, d'éducation et d'information en santé (FNPEIS) soit dans le cadre des conventions avec les professionnels de santé élabore ses propres orientations nationales. Il en est de même en ce qui concerne l'action sociale qui, dans le cadre du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) peut intégrer des

actions de prévention de la dépendance (prévention des troubles de l'équilibre ou de la mémoire, restauration de l'exercice physique...).

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

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

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

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

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

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

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

L'absence persistante d'actions collectives pour la promotion multisectorielle de la santé, faute d'axes stratégiques, est probablement une des explications de la faiblesse des résultats de notre pays en matière de santé. Le financement de la prévention, fondé sur le court terme,

et dont l'aléa s'est accru du fait des réformes successives de la santé qui influent sur la mise en place des crédits et sur les procédures de leur attribution, permet difficilement de déployer des actions dans la durée. C'est ce qu'a pu constater la mission en Guyane auprès de Pascal BONNET, chef de projet adjoint de la Croix Rouge Française, laquelle est cependant l'unique opérateur pour la mise en œuvre des postes de secours en secteur amérindien. Mais surtout, un élément majeur d'inégalité se trouve dans l'implication très variable des collectivités locales dans la politique de santé principale faiblesse de la loi relative à la politique de santé publique.

Les ateliers santé ville (ASV) peuvent être considérés comme une première étape vers la mise en œuvre d'une démarche cohérente de promotion de la santé sur le plan local. Cependant, cette cohérence n'est pas garantie car les ASV n'entrent pas systématiquement dans le champ des programmes régionaux de santé publique (PRSP) adoptés par les préfets de région en 2006⁶. A l'inverse, des actions peuvent être élaborées et financées dans le cadre du PRSP, notamment sur le volet obligatoire pour les personnes en situation de précarité⁷, sans qu'elles soient obligatoirement reliées aux ASV. Enfin, de nombreux territoires de CUCS n'ont pas décliné d'ASV.

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

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

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

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

⁶ Les crédits des ASV pour 2007 sont délégués par l'ACSé sans aucune forme de concertation avec les GRSP qui ont pourtant pour vocation de coordonner les financements accordés aux actions de prévention et de promotion de la santé

⁷ Notamment à travers le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

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

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

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

L'exposition des Français aux pollutions environnementales dans leur vie quotidienne recommande des priorités d'action. Elaboré sous l'autorité des ministres en charge de la santé, de l'écologie, du travail et de la recherche, le Plan National Santé Environnement (PNSE) a été adopté le 21 juin 2004 pour cinq ans. Il s'inscrit dans les orientations de la Charte de l'environnement et dans la stratégie européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé, réaffirmée lors des conférences de Londres en 1999 et de Budapest en 2004. Ce plan quinquennal franchit une nouvelle étape dans la lutte contre les risques sanitaires liés à l'environnement, inclus dans une perspective de développement durable. Tous les milieux de vie sont abordés : environnements domestiques, extérieur et professionnel. Le PNSE regroupe 45 actions dont 12 prioritaires, centrées autour de 3 objectifs majeurs : garantir un air et une eau de bonne qualité ; prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers ; mieux informer le public et protéger les populations sensibles (enfants et femmes enceintes)

Les états généraux de la prévention (EGP), pilotés par le Professeur Jean-François TOUSSAINT, se sont notamment intéressés à la santé environnement et, dans la logique des stratégies nouvelles de prévention, préconisent de développer la recherche, dans les suites du rapport Stern, et de créer les unités fonctionnelles santé environnement (UFSE) dans un double but de connaissance des pathologie et de recherche de leurs causes, donc de prévention. Ainsi la convergence actuellement malaisée entre santé au travail et santé environnement s'en trouverait facilitée sur des critères objectifs. Le rapport EGP du 15 décembre 2006, propose, dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière du Plan Hôpital 2007 et de la loi sur la Santé publique mettant en place une nouvelle structure de base, le « pôle » d'activité, que les UFSE soient en relation avec les services hospitalo-universitaires développant des activités transversales (pédiatrie orientée en asthme et allergologie, pneumonie pour enfants ou adultes...). L'activité des UFSE serait dédiée aux affections dont l'émergence ou l'évolutivité sont particulièrement liées aux perturbations environnementales. Au plan de l'enseignement et de la formation, ces UFSE pourraient être rattachées à une coordination d'enseignants universitaires en santé et environnement (chimie, physique, sciences de la vie, épidémiologie, sociologie...).

L'existence de tels plans transversaux est la préfiguration d'une politique de prévention qui permettrait aux responsables politiques et aux professionnels de première ligne de faire

converger leurs actions en direction d'objectifs clairs et bien identifiés. L'action sur les milieux a démontré son efficacité encore récemment avec l'action sur la violence routière ou avec l'interdiction du tabac dans les lieux publics.

6. Des coopérations intéressantes, souvent non connues des administrations centrales mais remontées des territoires par les états généraux de la prévention en 2006-2007, de nature à faire évoluer les politiques

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

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

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

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

L'URML Nord Pas de Calais met en place dès 2001, un dispositif permettant la présence de la médecine de ville au niveau local dans le cadre des PTS. Ce dispositif est de deux ordres: identification, par territoire, d'un médecin missionné pour participer à l'ensemble de la démarche projet d'un côté, création "d'attachés d'information de santé publique" de l'autre. Ces derniers, effectuent des visites dans les cabinets libéraux, avec pour objectifs d'apporter une information pratique en lien avec des ressources locales et de faire en sorte que tous les acteurs dont les médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes travaillent sur les mêmes priorités (Pauw C, la médecine libérale dans les dispositifs locaux de santé publique diplôme universitaire méthodes et pratiques en santé publique, 2004).

II Recommandations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A. Fixer le cap de la santé pour la communauté nationale

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

La santé est, en ce sens, un enjeu de compétitivité et d'attractivité des territoires. La bonne santé a des répercussions positives sur le moral individuel et collectif, qui se traduisent en termes économiques et financiers. Ces répercussions permettant elles-mêmes d'aider ceux qui sont, momentanément ou plus durablement, partiellement ou totalement, dans l'incapacité d'exercer une activité. La santé fait bien partie des tous premiers fondamentaux de la société. La communauté nationale, en manifestant ainsi son intérêt pour les populations qui la composent, renforce le sentiment d'appartenance collective de ses membres et les incite à donner le meilleur d'eux-mêmes pour leur propre épanouissement et pour le rayonnement du pays.

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

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

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

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

3. Diffuser la culture de santé pour tous :

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

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

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

Recommandation Ai1

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

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

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

- par la lutte contre les facteurs de risques, qui est celle mise en œuvre actuellement et concerne le champ sanitaire
- par les populations, dans une logique d'éducation à la santé entendue globalement (développement d'opérateurs professionnalisés de qualité)
- par les milieux de vie, qu'il s'agit de rendre sains et favorables (développement de l'évaluation d'impact sanitaire)
- par les territoires, pour bénéficier de la connaissance et de la proximité du terrain et des populations (développement de projets locaux de santé)

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

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

Recommandation Ai1bis

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

Affectation à l'assurance maladie de taxes nutritionnelles et environnementales

a. importance de l'éducation santé aux âges pertinents

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

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

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

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

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

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

Recommandation A1a

Diffuser une culture santé aux âges pertinents

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

b. association des parents et des enfants pour renforcer et actualiser les messages

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

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

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

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

Recommandation Ai1b

Priorité aux actions à destination des enfants

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

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

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

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

Donc les associations d'extrême proximité doivent être regardées avec attention surtout lorsqu'elles concernent des populations éloignées du soin. En leur absence, il est nécessaire de

les créer, autour de besoins fédérateurs de la population visée. Dans un premier temps, l'accès à cette population ainsi regroupée serait ouvert autour d'une activité commune laquelle pourra, dans un deuxième temps, être étendue à d'autres activités en lien avec la santé pour construire ou recréer la confiance et réinsérer les personnes dans le système de soins. Il sera alors nécessaire, pour ce deuxième temps, de développer la qualité et la pérennité de ces opérateurs locaux qui vont au devant des populations pour les aider à changer de comportement

Recommandation Ai2

Développer localement des activités communes, vectrices de messages de santé

Favoriser ou susciter la création d'associations regroupant des publics à réinsérer, ou à insérer, dans le système de soins

Associations de proximité immédiate. Critères de réussite : nombre de personnes touchées par rapport à la population visée, nombre de personnes réinsérées dans le système de soin, amélioration de la santé de la population visée

Former les membres de ces associations pour des actions de qualité

iv. La politique nationale de «prévention globale»

La «prévention globale» pour être efficace doit agir sur plusieurs leviers simultanément. Elle est par essence interministérielle et interinstitutionnelle car la santé est l'affaire de tous. La santé environnementale est une composante lourde des disparités territoriales de santé. En région le GRSP permet aujourd'hui à chaque institution membre d'exprimer ses priorités, en revanche il souffre de la faiblesse de l'adhésion des collectivités territoriales et du manque de concentration sur les priorités réellement régionales, voire de l'éparpillement des actions, des plans qu'il met en œuvre.

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

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

1. Les lignes de force de la politique de «prévention globale»:

a. qui bénéficie de toute la logique de l'association santé, jeunesse et sport, éducation nationale

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

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

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

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

Recommandation Aii1a

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

Former l'encadrement à la promotion de la santé dans les actes de la vie quotidienne en collectivité

Déterminer une politique de promotion de la santé et de prévention en cohérence avec la politique nationale

Imposer une continuité entre dépistage à l'école et prise en charge dans le système de soins

Intégrer les programmes de prévention au sein de l'ARS :

- Définir les modalités d'un fonctionnement partenarial entre les ARS et les académies
- Organiser des collaborations entre les collectivités territoriales et l'éducation nationale via les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)

b. grande cause de la santé appuyée sur le sport, sur l'alimentation, sur l'éducation, sur le lien parents enfants ;

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

Le but de l'éducation physique à l'école devrait être avant tout de faire aimer l'exercice physique en vue d'une pratique généralisée et populaire du sport dans toutes les couches de la population selon les capacités de chacun, sans aucune velléité, initialement, de compétition. Les principes de base de sa pratique (échauffement, progressivité de l'effort, apprentissage des gestes sains, jeu) et l'équipement uniforme d'une tenue de sport, entretenue à l'école, répondrait au principe d'égalité républicaine et apprendrait l'hygiène.

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

Ces moments de pratique organisée d'exercice physique permettraient de faire le lien avec l'hygiène, corporelle, de vie et alimentaire. Il en résulterait une vertu pédagogique qui est d'apprendre par la pratique des règles de vie en collectivité en fonction des différentes activités. Le repas à la cantine, des conseils nutritionnels... varieraient selon qu'est programmée ou non une séance d'éducation physique, soit pour s'y préparer soit pour s'en restaurer. De nombreuses autres occasions peuvent, sous la direction du chef d'établissement, être saisies pour la mise en œuvre par le personnel au contact des élèves d'apprentissages, de nature à promouvoir des comportements sains.

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

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

Recommandation Aii1b

Favoriser la pratique populaire du sport

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

c. qui définisse les priorités majeures (nutrition, activité physique, lutte contre le tabac, lutte contre l'alcool...)

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

Les priorités, pour être porteuses d'efficacité, doivent se limiter à moins de 5 grands thèmes nationaux assortis d'objectifs nationaux d'amélioration de l'état de santé de la population. La cible prioritaire doit être le public jeune. Elles guideront autant les systèmes de surveillance que les actions de prévention et de soins: cancer, maladies cardio-vasculaires, alcool... Tous les programmes des opérateurs, locaux et nationaux (veille, prévention, éducation à la santé, etc.) devront s'organiser autour de ces mêmes priorités, discutées et adoptées par le parlement et par les assemblées territoriales.

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

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

Recommandation Aii1c

Thèmes et cibles prioritaires de santé

- Les priorités de santé publique par une « prévention globale » pourraient être :
- la lutte contre la sédentarité par l'activité physique et sportive
 - l'amélioration de l'alimentation et de la qualité nutritionnelle des produits de consommation courante
 - la promotion des fruits et légumes comme élément de plaisir et de modernité comportementale
 - la lutte contre l'abus d'alcool et les substances psycho actives, y compris sur les lieux de travail (impact accidents du travail)
 - la lutte contre le tabac

L'action majeure est à entreprendre contre la surconsommation d'alcool et les substances psycho actives.

Les enfants sont la cible prioritaire et la relation parents enfants systématiquement utilisée

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

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

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

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

Recommandation Aii2

L'ARS guichet unique pour les politiques de prévention de l'Etat

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

Plan santé environnement

Plan santé au travail

a. Prévention de la dépendance.

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

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

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

Recommandation Aii2a

Favoriser le maintien à domicile ou dans des structures associatives légères

Logement adapté en ville

Régime fiscal adapté pour les accueillants et pour les associations de maintien à domicile ou en structure légère

Reconnaissance des métiers d'aidant

Activités manuelles et intellectuelles de participation à la vie collective

b. Médecine du travail en lien avec la santé environnement

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

L'organisation de la médecine du travail doit être repensée pour plusieurs raisons : la situation démographique catastrophique des médecins du travail (diminution de moitié des effectifs dans les 10 ans à venir) ; la complexité croissante des expositions en milieu de travail ; le caractère insuffisant et contesté, bien que les partenaires sociaux y soient très attachés, des seules visites médicales individuelles et de l'aptitude.

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

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

Recommandation Aii2b

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

a- Gouvernance des services de santé au travail :

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

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

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

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

- Passer du curatif à la «prévention globale» en lien avec les 1300 ingénieurs de prévention des risques professionnels (IPRP) et avec les médecins traitants
- Cibler les visites sur les personnes qui en ont le plus besoin (comme les actions CRAM ou MIRTMO vers les entreprises les plus à risque)

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

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

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

Le concept plus large de la promotion de la santé ou d'éducation pour la santé peut être considéré comme une «action sociale» de santé. Le professionnel de la santé ou, plus

largement, le système de soins ne peut porter de telles actions, et n'est pas forcément légitime pour le faire.

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

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

Recommandation Aii3

Répartition des rôles en «prévention globale»

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

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

b. Acteurs responsables de la prévention individuelle :

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

B. Favoriser l'accès à la santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La « communauté de santé » procède des mêmes logiques que les nombreuses formes de l'exercice regroupé du premier recours⁸ mais, surtout, elle les complète par l'association en son sein du social et du médico-social. Le maillage « des communautés de santé » est à créer sur l'ensemble du territoire de la République afin adapter l'offre aux besoins de santé des populations. Il est souhaitable de partir de l'existant, en l'organisant, en le rationalisant et en l'adaptant selon un cahier des charges souple, adaptable aux réalités locales. Chaque entité existante aurait vocation à intégrer le maillage, à fusionner ou à disparaître. Le maillage des

⁸ « centres de santé » de diverses institutions, « maisons de santé rurales » de la mutualité sociale agricole (MSA), « centres d'examen de santé » de l'assurance maladie, « cabinets de groupe », « maisons médicales », « maisons médicales de garde », « maisons de santé pluridisciplinaires », « pôles de santé »...

pharmacies d'officine, notamment en milieu rural et périurbain, devrait servir d'appui aux « communautés de santé », là où n'existe pas d'autre entité de premier recours.

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

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

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

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

Recommandation Bi

Maillage du territoire pour l'accès à la santé

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

1. Un exercice tourné vers les personnes

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

Le niveau local est l'échelon opérationnel le plus pertinent pour assurer la coordination entre professionnels de santé de ville et les services de médecine préventive, la santé en milieu

scolaire, la médecine du travail y sont présentes ainsi que les associations œuvrant dans le champ sanitaire et social. Y sont également implantés les établissements médico-sociaux, les services locaux des collectivités territoriales telles que les PMI des conseils généraux, les centres communaux d'action sociale (CCAS) des municipalités, les centres sociaux...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Une technicité renforcée pour la santé de première intention

a. Préparer l'accueil de stagiaires en médecine générale, et des autres disciplines représentées, pour : dispenser une formation solide valorisante pour le professionnel comme pour le stagiaire, susciter des vocations d'installation

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

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

Il serait donc impératif de renforcer l'étude des sciences humaines dès la première année en vue de la sélection. Puis de familiariser, très tôt dans leur cursus, les étudiants au rôle de professionnel de premier recours et à la psychologie, sans laquelle la médecine est réductrice. Il serait important de faire comprendre, notamment aux meilleurs éléments, tout l'intérêt de l'exercice de la médecine générale, recentrée sur la prévention globale. De surcroît, cet enseignement pourrait être poursuivi tout au long du cursus, au fur et à mesure des acquisitions cliniques des étudiants, afin de ne jamais déconnecter l'approche technique et scientifique de la médecine, d'une réflexion sur le sens du métier de soignant dans une optique éthique et de « prévention globale ».

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

Recommandation Bi4

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

Renforcer la place des sciences humaines dans les matières sélectives en première année

Cours d'éthique, de sociologie des populations avec l'intervention d'acteurs de terrain
Enseignement de la «prévention globale» et du premier recours tôt dans le cursus et tout au long de celui-ci

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

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

La « communauté de santé » pourrait ainsi, apporter des services à ses ressortissants, économiser leur temps et celui des professionnels spécialistes lesquels discerneraient les consultations réalisables à distance de celles nécessitant un examen clinique approfondi. Au-

delà, ce travail régulier en commun déboucherait sur une coordination des soins de meilleure qualité et serait de nature à rationaliser les motifs de consultation donc à faire diminuer les délais d'attente.

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

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

c. Développer et organiser la coopération avec les opérateurs locaux associatifs professionnalisés

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

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

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

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

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

Recommandation Bi

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

a. Projet de territoire

Mise en place précédée du projet santé de territoire issu d'un diagnostic partagé (santé prérogative locale car action sur les milieux de vie d'où cohésion sociale)

Territoires de santé inclus dans le territoire du SROS

Rattachement de la « communauté de santé » à un communauté hospitalière de référence avec liaison de télémédecine

Contrat entre la ou les collectivités territoriales concernées et l'ARS

Aide renforcée en zone défavorisée

Secrétariat partagé et informatisation de l'ensemble des services

b. Caractéristiques adaptées aux besoins du territoire

Exercice pluridisciplinaire (prévention, sanitaire, social, médicosocial)

Permanence du secours garanti par les acteurs de santé du territoire (privés ou publics) en liaison avec la communauté hospitalière de référence

Agrément, donné puis renouvelé par l'ARS sur la base d'un cahier des charges national posant les principes, déclenche puis poursuit la participation financière des partenaires

c. Missions de service public

Maillage du territoire et participation à la permanence des soins

Accueil de tous les patients

Orientation des patients y compris pour l'accès aux urgences

Terrain de stage en médecine générale

Consultations médicales de spécialité

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

Consultations rurales occasionnelles

Télétransmission entre prescripteurs et pharmacie

Service de soins infirmiers à domicile pour assurer le lien entre pharmacie et patient à domicile

Mesures de prévention bucco dentaires prescrites par le chirurgien-dentiste effectuées par auxiliaires de vie

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

On observe un glissement injustifié de certains actes vers la médicalisation. Il conviendrait de revenir à la règle et de faire en sorte que médecin, kinésithérapeute, infirmier, secrétaire

médical, aide soignant, auxiliaire de vie, etc. se concentre sur les tâches de sa compétence avec pour effets : de retrouver le goût et la compétence du métier initial ; de dégager du temps médical et de créer les autres emplois nécessaires assortis de formations adaptées et courtes.

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

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

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

1 – Renforcer la coopération entre professions

a. mandat de santé publique et rémunération forfaitaire, casser la logique de distribution de soins

Mission de service public pour la réduction des disparités de santé

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

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

Recommandation Bii1

Mandat de santé publique

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

Rémunération forfaitaire et au résultat

Le médecin rémunéré à l'acte, passe beaucoup de temps à suivre le traitement d'une pathologie chronique dont les bonnes pratiques sont très documentées et pourraient être suivies par du personnel spécialisé. Une autorégulation du handicap et de la pathologie par le

patient lui-même, aidé en cas de besoin d'un auxiliaire de vie formé à cet effet, d'un professionnel de santé permet au médecin de dégager du temps médical.

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

Recommandation Bii1bis

Rémunération au forfait avec une part liée au résultat

Pour certaines pathologies lourdes ou ALD, sur un champ précis de patients, avec mesure du résultat de la prévention tertiaire

Pour des missions de présence en zone désertifiée, avec mesure du résultat de la réinsertion des populations dans le système de santé

b. Métier de coordination locale des actions de préventions menées sur le territoire considéré par les différentes institutions (école, entreprise, communes, communautés, associations...)

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

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

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

2 – Renforcer le contact avec les personnes

a. Métiers d'éducateur santé (débouché filière STAPS)

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

Les bénéfices à en attendre en termes de santé sont à terme prometteurs. Cependant, il convient de veiller à ce que la formation de ces éducateurs soit en relation avec les capacités économiques du secteur social. Les formations du niveau du brevet professionnel ou du brevet

de technicien supérieur sont à ne pas négliger pour permettre une montée en charge soutenable au sein des associations ou auprès des collectivités.

b. Métiers d'écoute, d'orientation... (sélection sur des critères de patience, d'empathie, de fermeté ; formation brève et ciblée des bacheliers santé médico social)

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

Afin d'offrir aux personnes actuellement éloignées des soins la possibilité de réinvestir leur santé et de se reconnaître dans le système de santé, la présence de personnes qui leur correspondent diversifierait les interlocuteurs et constituerait une voie d'accès aux autres professionnels.

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

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

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

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

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

Recommandation Bii5

Renforcer le suivi en ville des malades psychiatriques

Organiser la visite, par des professionnels de santé aux compétences adaptées, des patients lourds de la file active des hôpitaux psychiatriques

Prise en charge des toxicomanes par les équipes en psychiatrie

Organiser la réponse à l'urgence psychiatrique en ville

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

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

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

Recommandation Bii6

Les nouveaux métiers de la «prévention globale»

a- en prévention collective :

- Educateur médico-sportif, étudiants de la filière STAPS avec une option adaptée à cet emploi

- Animateur territorial de santé, de niveau mastère, destiné à coordonner les actions de promotion de la santé et de prévention des diverses institutions sur le territoire du projet de santé (PTS).

b- en prévention individuelle :

- Professionnel de prévention sanitaire, reconversion de soignants senior

- Professionnel de prévention en santé mentale, par validation des acquis de l'expérience (VAE) après cinq années d'exercice soignant en établissement psychiatrique

- Agents sanitaires de prévention, dont des assistants dentaires, chargés de promouvoir la santé ainsi que de détecter et d'orienter précocement les personnes nécessitant d'accéder aux soins, niveau Bac SMS avec formation par alternance

- Auxiliaire de vie, BEP avec formation par alternance, handicap, gérontologie, formés au « nursing » et à la toilette.

iii. Formation à la «prévention globale»

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

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

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

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

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

Recommandation Biii

Formations adaptées aux métiers de « prévention globale »

Formation aux actions collectives de santé

Formation initiale en promotion de la santé des personnels de l'éducation nationale appelés à être en contact avec les élèves pour en faire des personnes relais

Organiser la diffusion initiale et continue des connaissances en «prévention globale» : cours communs à des étudiants en médecine et de secteurs différents, qui seront appelés à travailler ensemble en « communauté de santé »

Formation du personnel des opérateurs locaux

C. Concentrer les efforts de réduction des disparités

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

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

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

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

L'important est donc ce premier succès décisif.

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

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

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

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

1 – Connaissance des personnes

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

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

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

b. Disposer d'un système d'information intégré, inter opérable, centralisé, en réseau, pour une épidémiologie moderne

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

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

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

Recommandation Ci2

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

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

2 – Connaissance de la science

a. Diffusion organisée d'information scientifique vers les acteurs de première ligne : canal unique alimenté par l'ensemble des opérateurs : outils de prévention ; recommandations

La cohérence et l'efficacité des messages sont au cœur de la «prévention globale». Désigner un opérateur, canal unique de diffusion des recommandations en santé, résoudrait le besoin des professionnels de santé en information fiable et accessible. Leur diffusion nécessite des

compétences, scientifiques et de communication, complémentaires mais quasiment antagonistes pour permettre une information scientifiquement valide et suffisamment percutante pour capter l'attention de celui qui la reçoit.

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

Recommandation Ci3

Diffusion des recommandations en «prévention globale»

Définir une charte graphique pour les outils de «prévention globale»

Développer des messages à usage opérationnel spécialement adaptés aux professionnels de premier recours

Confier à un opérateur unique, même si elles sont rédigées par différents opérateurs spécialisés (AFSSAPS, INPES, missions, sociétés savantes...), la diffusion des recommandations :

- aux professionnels de santé : Haute Autorité de santé

- au grand public, aux patients et aux professionnels de la promotion de la santé : Institut national de prévention et d'éducation en santé

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

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

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

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

C'est cet exemple qu'il convient de suivre pour progressivement monter un dossier médical partagé s'appuyant sur l'existant.

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

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

4. Au niveau central

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

a. Une loi quinquennale de réduction des disparités territoriales de santé ;

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

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

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

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

Recommandation Cii1a

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

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

b. maîtriser les bilans pour juger de la pertinence des priorités initiales de la loi ;

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

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

Recommandation Cii1b

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

Mobiliser et exploiter les données existantes pour identifier les inégalités territoriales de santé

Mettre en place des systèmes automatisés, qui permettent le recueil passif des données existantes à partir du dossier médical informatisé reposant sur une norme unique et partagée.

Mettre en place le cadre d'évaluation de la résorption des inégalités territoriales

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

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

L'expérience montre qu'une proportion importante des internes et des jeunes professionnels s'implante sur le lieu de leur activité au moment où se nouent les choix de vie. Or il existe dans les territoires touchés par les disparités de santé une richesse exceptionnelle de l'exercice

de la médecine : pathologies variées, exercice en ville et en zone rurale ou périurbaine alternativement. Ce qui manque, c'est de structurer l'enseignement de la médecine générale ou de spécialité pour promouvoir des terrains de stage attractifs qui susciteraient ensuite des vocations d'exercice.

Recommandation Cii2

Formation initiale et continue des professionnels de premier recours

Terrain de stage pour étudiants et jeunes professionnels, notamment médicaux
Stage d'internes en médecine générale en septembre octobre. A l'occasion de la délivrance des certificats médicaux exigés pour la pratique de certaines activités, mise en œuvre de visites de prévention individuelle ciblées.

Contrats de trois ans pour jeunes professionnels sortis de la faculté.

c. fixer des objectifs chiffrés de réduction des disparités.

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

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

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

Recommandation Cii2a

Concentrer temporairement les politiques de «prévention globale»

Identifier nominativement les régions prioritaires (les territoires en infrarégional) : concentrer, pendant une période de temps limitée, les moyens dédiés aux politiques de «prévention globale» et ciblés sur les risques jugés prioritaires.

Fixer des objectifs, chiffrés et datés, de réduction des disparités : diagnostic partagé entre collectivités territoriales et ARS ; plan régional de résorption des disparités sanitaires locales.

Soutenir les initiatives locales en matière de résorption des inégalités sanitaires, objet d'un volet spécifique du PRSP, sur la base d'une convention signée avec l'ARS

Mobiliser des crédits interrégionaux pour résorber significativement les disparités d'espérance de vie par une politique de « prévention globale » sur les territoires concernés, objet d'une convention d'objectifs et de moyens

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

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

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

Recommandation Cii2b

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

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

6. Agence régionale de santé (ARS) et politique de réduction des disparités

e. L'ARS décide des quelques priorités régionales complémentaires

Sur la base des cinq priorités nationales de santé, il revient conjointement à l'ARS, au conseil régional et aux collectivités territoriales, de définir les quelques priorités complémentaires sur lesquelles concentrer les moyens dédiés à la prévention.

Des objectifs en termes d'amélioration de l'état de santé de la population sont fixés pour mesurer les effets des décisions prises et des mesures mises en œuvre.

f. L'ARS est responsable de l'évaluation

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

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

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

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

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

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

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

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

Recommandation Cii3

Rôle de l'ARS

Planifier les mesures de « prévention globale » afin d'assurer une couverture équitable de la région

Assurer une vision intégrative (continuum prévention soins) par la mise en place d'outils unifiés (territoires de santé commun, projets territoriaux de santé avec dimension curative et dimension préventive)

Répartir l'allocation des ressources par une simplification et une lisibilité des procédures (enveloppes globalisées sur projet et contrat pluriannuels)

Evaluer efficacité et performance

Etre partenaire des collectivités territoriales sur des contrats d'objectifs et de moyens spécifiques

III

Avant projet pour une expérimentation en Région Nord Pas de Calais

Propositions pour un projet expérimental et partenarial

D'émergence durable de la thématique de « prévention globale » dans les territoires

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

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

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

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

En revanche il indique la méthode, issue des recommandations de ce rapport, et il propose les grands axes qu'il convient d'explorer. Pour tenir compte des spécificités des territoires du Nord Pas de Calais, il recommande d'orienter les efforts de prévention en direction des comportements et de la nutrition, les efforts d'organisation vers la mise sur pied de communautés de santé et vers l'amélioration des métiers qui concourent à la gestion de son patrimoine santé par chaque habitant.

A – La méthode :

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

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

- Les territoires en déficit de professionnels de santé, à court ou moyen terme, sont connus (zones sous médicalisées p33, Atlas CNOM de la démographie médicale, Etudes n°40, juin 2007).
- Ceux en « besoin de soins » le sont également (p28: Fruges, Bertincourt, Le Quesnois, Landrecies... Atlas régional de santé du NPC, 2008)

1. une convention d'objectifs et de moyens entre l'Etat et la Région

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

Fléchage sur des objectifs régionaux ou infrarégionaux assortis de priorités

2. l'organisation des priorités partagées au titre du GRSP

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

Le GRSP, ou l'organisme successeur, devrait disposer de deux enveloppes. L'une sera consacrée aux 5 priorités de santé nationales. L'autre appuiera les actions, de prévention globale, de coopération pluridisciplinaire et interinstitutionnelle, sur les priorités résultant du diagnostic régional partagé.

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

3. la contractualisation avec des associations professionnalisées sur des missions de santé

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

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

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

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

B – Prévention comportementale et nutritionnelle

Pour une politique structurée et partenariale

1. un projet pour la lutte contre l'obésité

Epode généralisé revu et corrigé et coopération avec restauration collective éducation nationale

Appui aux parents pour leur donner les arguments permettant d'asseoir leur autorité auprès de leurs enfants et leur permettre de conjuguer leur action avec celle de l'éducation nationale

Participation à la sensibilisation des lycéens et collégiens

Nutrition avec Interfel et agriculture (Saveurs en Or)

Forfaitisation de la prise en charge de l'obésité sévère (Dr Dominique Romon)

2. un projet pour la pratique de l'activité physique

Les licenciés en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) sont la filière universitaire qui forme les futurs professionnels, professeurs d'éducation physique et sportive, entraîneurs sportifs, concepteurs d'activités physique adaptée, chercheurs... Le nombre de postes offerts est dérisoire comparé aux effectifs de la filière (en 2004 11000 bacheliers ont intégré la filière et la même année, l'éducation nationale proposait 400 postes

de professeurs certifiés (licence minimum) et 15 postes de professeurs agrégés master 1 minimum).

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

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

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

- Professionnaliser les associations avec effort sur les métiers de l'accompagnement sport santé et l'appui des Lycées à filière sanitaire et sociale et du Centre régional d'éducation populaire et sportive (CREPS)
- Moduler les efforts de qualification pour tenir compte des capacités économiques du secteur de l'économie sociale et solidaire
- Provoquer un regroupement des fédérations affinitaires « Sport pour tous et sport santé »

3. les acteurs nécessaires au développement des projets partenariaux

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

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

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

4. les nouveaux métiers nécessaires au développement de la « prévention globale »

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

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

réduction des disparités infra locales de santé et sur la réduction des problèmes de santé spécifiques.

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

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

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

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

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

C – Santé environnement et santé au travail : L'institut du travail

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

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

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

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

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

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

Ce projet mérite d'être soutenu à ce titre par les élus des territoires comme réponse aux véritables problèmes de santé liant les questions travail et environnementales de la Région.

Les crédits MEDEF et UIMM disponibles pourraient être utilisés de façon concrète et intelligente.

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

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

3. Des services de pathologies professionnelle et environnementale au bénéfice de la population

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

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

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

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

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

Le monoxyde de carbone (CO) est la première cause de mortalité par gaz toxique en France. Le nombre annuel de décès par intoxication au CO (hors incendie et suicide) a régulièrement diminué en France métropolitaine depuis la fin des années 1970 : le nombre annuel moyen de décès est passé de 260/280 sur la période 1979/1984 (décès certains : décès possibles), à 174/183 sur la période 1990/1994 puis 88/107 dans les années 2000 à 2004. Entre 2000 et 2005, le nombre moyen annuel d'hospitalisations pour intoxication au CO est de l'ordre de 4500 mais avec des pics au dessus de 5000 et une légère augmentation depuis 2003.

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

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

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

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

D- Organisation de l'accès à la santé

Ou une expérimentation pour anticiper les risques de déficit de la démographie médicale

1. un numerus clausus fléché et régionalisé, des stages en MG

Orienter les professionnels en fonction des besoins en santé des territoires

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

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

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

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

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

2. des communautés de santé

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

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

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

4. une nouvelle organisation de la permanence des soins

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

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

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

E – Une attention particulière à des domaines spécifiques

1. une prévention accrue pour réduire les risques de fracture psychologique

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

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

2. une présence dans les prisons

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

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

3. un accompagnement des sans domicile fixe (SDF)

Expérimentation du soutien à la professionnalisation des équipes d'intervention au sein des associations d'aide : mixité de professionnels référents et de bénévoles, formés par cette

coopération et par des programmes régionaux de formation continue en ce domaine, et médicalisation sous forme de vacations des interventions terrain ou des centres d'hébergement.

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

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

Concrètement, il conviendrait très rapidement d'établir les discussions portant sur l'organisation effective des expérimentations en décision partagée, leur durée, leurs méthodes d'évaluation et poursuite.

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

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