

La mobilisation des acteurs dans la prévention

Adopté à la session plénière de la Conférence nationale de santé du 13 octobre 2008

Résumé

Sur saisine de Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, la Conférence nationale de santé (C.N.S.), qui a émis un souhait dans le même sens, s'est prononcée sur les conditions de la mobilisation des acteurs dans la prévention.

Le système de santé français est connu pour être principalement curatif et être insuffisamment organisé en termes de prévention et de promotion de la santé publique.

Les conséquences de ce déséquilibre sont loin d'être mineures. Deux indicateurs permettent particulièrement de mesurer le déficit de prévention : la mortalité prématurée avant 65 ans reste très élevée en France et les inégalités de santé continuent à y croître de façon inquiétantes. Surtout, ces phénomènes ont un caractère persistant depuis trop longtemps. D'ailleurs les pouvoirs publics ont demandé successivement au Professeur Jean-François Toussaint de réunir des Etats Généraux de la prévention en 2006 et à Monsieur André Flajolet, Député du Pas-de-Calais, de remettre un rapport, en 2008, aux fins de recommander des orientations pour la politique publique de prévention et la lutte contre les inégalités de santé.

Dans son avis adopté en séance plénière le 13 octobre 2008, la Conférence nationale de santé estime de son côté qu'il est nécessaire de :

1°/ repenser la stratégie publique pour intégrer la prévention dans une logique plus globale de promotion de la santé publique

La Conférence nationale de santé estime qu'il faut rompre avec la logique antérieure pour affirmer qu'il y a deux modalités de prévention sanitaire :

- des mesures et des actions organisées, qu'elles soient médicales ou non, relatives à l'organisation professionnelle, sociale, économique ou de l'environnement : celles-ci peuvent être générales (réglementation, mesures de politique sociale) ou ponctuelles. Elles agissent directement sur les déterminants mais ne sont efficaces que si elles sont ciblées sur les groupes à risque, tiennent compte des déterminants sociaux et si la population se mobilise collectivement contre la survenue de ces risques ;
- des actions de promotion de la santé qui ne se focalisent pas seulement sur les facteurs de risques ou des approches ponctuelles et visent à accroître l'autonomie des personnes afin de leur permettre de faire des choix éclairés favorables à leur santé grâce à une éducation (éducation pour la santé ou éducation thérapeutique selon que l'on s'adresse à une population générale ou à un groupe de malades) qui protège et promeut la santé.

La Conférence nationale de santé propose que cette approche devienne la référence dans l'action publique.

2°/ Améliorer les conditions opérationnelles de la mobilisation territoriale des acteurs

Il s'agirait notamment de créer au sein des futures agences régionales de santé (A.R.S.) un pôle de prévention et de promotion de la santé publique chargé d'élaborer un plan régional synthétique triennal de prévention et de promotion de la santé publique s'assurant de la participation de l'ensemble des acteurs et des populations en région, tant pour sa préparation que pour sa mise en œuvre.

Les différents opérateurs sur un même thème, sur un même territoire ou vers une même population, devraient être invités à s'associer sous la forme d'alliances de mission engagées avec l'A.R.S. dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens prévoyant le respect de cahier des charges et de référentiels.

En plus du projet régional et du plan stratégique régional de santé, la Conférence régionale de santé aurait vocation à approuver le schéma transversal de prévention et de promotion de la santé publique, comportant autant de chapitres qu'il apparaît souhaitable en fonction du diagnostic permis par les données disponibles et concernant tous les âges de la vie, en concertation avec les acteurs et la population.

3°/ Former et sécuriser les ressources humaines

Les ressources humaines doivent être formées, protégées, soutenues et reconnues comme un bien précieux.

Les métiers de la prévention et de la promotion de la santé publique exercés par des soignant(e)s ou des non-soignant(e)s doivent être mieux reconnus. Un statut de volontaire en promotion de la santé devrait permettre de doter d'une reconnaissance suffisante les acteurs bénévoles intervenant dans ce domaine.

En tout état de cause, la professionnalisation de la prévention et de la promotion de la santé doit se conquérir par les connaissances et les compétences dans la capacité à évaluer des besoins, à décider de l'action et à la conduire avec les populations ; à retenir la méthodologie d'intervention et de mobilisation la mieux adaptée ; à évaluer et à restituer aux populations et aux décideurs les résultats.

La Conférence nationale de santé recommande aux pouvoirs publics de rendre disponibles des cahiers des charges, des référentiels d'actions et des outils validés par les acteurs eux-mêmes et laissant de la place pour les innovations.

4°/ Sécuriser les financements

Le montant global des sommes affectées à la prévention dans notre pays reste trop faible. La Conférence nationale de santé estime qu'il doit être à terme plus soutenu. Elle propose sans attendre de réduire les risques de fragilisation financière des acteurs :

- en osant rompre avec les appels à projets annuels pour leur préférer une logique de contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens,
- lesquels comporteraient une part de financement dédié à la structure et une autre part à l'action,
- en garantissant que le conseil méthodologique et l'évaluation soient pris en compte dès le départ dans les actions conduites au titre de la prévention et de la promotion de la santé publique.

5°/ Doter le ministère chargé de la santé d'une compétence nationale de droit en matière de prévention et de promotion de la santé publique

La Conférence nationale de santé recommande que le/la ministre chargé(e) de la santé :

- soit d'office le/la conseiller(e) du gouvernement sur toute question de santé publique,
- qu'il/elle donne aux autres ministres tout avis qui lui semble opportun pour promouvoir la santé publique et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population,
- qu'il/elle soit consulté(e) pour l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population,
- et qu'il/elle soit le coordonnateur national des politiques sectorielles menées en santé publique par les ministères et les caisses d'assurance maladie.

6°/ Créer les conditions d'une décision publique en prévention et en promotion de la santé procédant d'une démarche contradictoire rigoureuse et protégée de la pression des « lobbys ».

La Conférence nationale de santé réitère sa proposition (voir avis du 18 juin 2008 relatif à l'expertise en santé publique) estimant que seule commission nationale du débat en santé publique peut permettre de donner :

- des avis résultant d'une procédure contradictoire dans le cadre de la décision publique en matière de prévention et de promotion de la santé publique,
- des avis résultant d'une procédure de consensus pour valider des stratégies et des outils de prévention.

Sommaire

I.	La méthode de l'avis	Page 6
II.	La politique de prévention française	Page 6
III.	Repenser la stratégie publique, la mobilisation territoriale des acteurs et les ressources mises à leur disposition	Page 8

Annexes :

-	Extrait de l'avis de la C.N.S. du 22 mars 2007	Page 16
-	Liste des mesures adoptées en conseil des ministres le 3 janvier 2007	Page 19
-	Extrait de l'avis de la C.N.S. du 18 juin 2008.	Page 20

Aux termes des dispositions de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la Conférence nationale de santé « formule des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique ».

C'est dans le cadre de ces attributions que la Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie Associative a demandé à la Conférence nationale de santé de dégager des propositions pour une meilleure mobilisation des acteurs face aux enjeux de prévention après que la Conférence nationale de santé ait elle-même souhaité se prononcer sur cette question.

I. La méthode de l'avis

La Conférence nationale de santé a mis en place un groupe de travail qui s'est réuni à plusieurs reprises en 2007 et en 2008 et a procédé à quelques auditions qu'elle n'a pas estimé nécessaire de multiplier, de nombreux travaux et publications étant intervenues ces dernières années tant sur le diagnostic que sur les propositions.

Il apparaît d'ailleurs que rares sont les propositions qui, en matière de prévention, ont été concrètement mises en œuvre. Pour diverses raisons, de coût, d'absence de faisabilité ou de décision politique.

Dans ce contexte, l'avis de la Conférence nationale de santé ne prétend pas ajouter à ces travaux mais se propose de dégager les conditions dans lesquelles une mobilisation optimale des acteurs pourrait contribuer à combler ce qu'il est maintenant convenu d'appeler le déficit français de prévention.

C'est dans ces conditions que la Conférence nationale de santé a adopté, le 13 octobre 2008, l'avis dont la teneur suit.

II. La politique de prévention française ne parvient pas à donner ses pleins effets car elle manque de soutiens

Il y a à peine un peu plus d'un an, dans son avis du 22 mars 2007 relatif aux voies d'amélioration du système de santé français, la Conférence nationale de santé a posé un premier diagnostic¹ en matière de prévention, de santé publique et de promotion de la santé en France.

Elle observe qu'aucune décision n'est intervenue depuis pour mettre en œuvre les correctifs nécessaires pour orienter la politique française de prévention, trop souvent réduite à des campagnes d'information et à la systématisation de quelques dépistages, vers une logique de promotion de la santé que la Conférence nationale de santé persiste à appeler de ses vœux.

A ce stade, la Conférence nationale de santé juge utile de rappeler que, s'il est couramment admis que la France a assez bien organisé un système de santé curatif, elle a abandonné, faute de volonté suffisante, le système organisé de prévention et de santé publique tourné vers la promotion de la santé qu'elle avait commencé à bâtir.

¹ Voir en annexe 1 l'extrait de l'avis de la Conférence nationale de santé en date du 22 mars 2007 faisant apparaître le constat qui y est dressé en matière de promotion de la santé.

En effet, selon une enquête² de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (I.R.D.E.S.), réalisée en 2006, sur la base des comptes de la santé de 2002, les moyens affectés en France aux programmes de prévention sont estimés à seulement 6,4 % de l'ensemble des dépenses de santé, y compris en y intégrant les actes préventifs réalisés dans la pratique médicale courante. Pourtant, selon l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.), la France est le pays dans lequel l'espérance de vie est la plus élevée après 60 ans.

Ce point de satisfaction cache, comme tous nos responsables publics le savent bien maintenant, un tableau inquiétant, notamment parce qu'il est persistant.

L'inquiétude se manifeste dans trois directions.

Tout d'abord, la mortalité prématurée élevée. Bien connu comme marqueur des déficits en matière de prévention, l'indicateur de mortalité évitable avant 65 ans reste trop élevé et depuis très longtemps maintenant. Les causes sont bien identifiées, autour de cinq facteurs de risque : le tabac, l'alcool, les facteurs nutritionnels, le suicide et les accidents de la circulation. Au total, ce sont 160 000 décès précoces chaque année. Il faut également signaler que le retard au dépistage des pathologies lourdes entraîne lui aussi des coûts importants par l'absence d'une prise en charge immédiate adaptée. Les raisons tiennent ici pour une part à l'insuffisante mobilisation du corps médical vers les dépistages pertinents et pour une autre part aux difficultés d'adhésion des populations aux dépistages et aux actions de prévention, à quoi il faut ajouter le déficit structurel en éducation pour la santé.

Ensuite, il faut observer que s'il existe une part de responsabilité individuelle dans le domaine des facteurs de risque précités, il faut constater la part prépondérante des produits fabriqués, promus, diffusés et consommés. Il s'agit donc aussi d'épidémies industrielles dont la responsabilité repose sur les acteurs industriels eux-mêmes, parce que l'éthique est au cœur de la responsabilité sociale des entreprises, contrairement à la défense des intérêts économiques éminemment contraires à la santé mis en avant par leurs groupes d'influence. C'est la raison pour laquelle des mesures législatives et réglementaires limitant ou interdisant la publicité, augmentant les prix, limitant la consommation en raison de l'âge sont nécessaires. Elles relèvent de la responsabilité politique. Par ailleurs, elles créent un contexte favorisant puissamment la mobilisation des acteurs de santé.

Enfin, les inégalités de santé continuent de croître car les progrès récents dans l'affirmation d'une politique de prévention produisent des bénéfices inégalement répartis selon les territoires³, les communautés⁴, les appartenances sociales⁵ et les itinéraires professionnels. Ces inégalités de santé sont présentes dès le début de la vie⁶ et affectent gravement le développement des très jeunes enfants. Par ailleurs, en France, chez les hommes, plus de sept ans d'espérance de vie séparent les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées des plus modestes. Ce sont ces dernières qui cumulent les déterminants psycho-sociaux de la santé les plus défavorables (mauvaises conditions d'existence, faible capital éducatif et culturel, faible estime de soi etc.) et sont les plus exposées aux conduites à risques (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée, ...), mais aussi celles dont le recours aux structures sanitaires et aux biens de santé est le plus faible.

² « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France », IRDES, n° 111 - Juillet 2006.

³ Ces aspects sont spécialement mis en lumière dans le rapport remis par Monsieur André Flajolet, Député du Pas-de-Calais à la Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative : « Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales de prévention sanitaire », Paris, La Documentation Française, 2008, 249 pages.

⁴ « Etat de santé des populations immigrées en France : une approche multi-niveaux », Paul Dourgnon, Florence Jusot, Catherine Sermet, Jérôme Silva, Communication aux 20èmes journées des économistes de la santé français, 6-7 décembre 2007, Université Catholique de Lille.

⁵ « Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle », Gwenn Menvielle, B.E.H. n° 33, 2 septembre 2008, Institut national de veille sanitaire.

⁶ Rapport de l'Académie de médecine, 2002 : « La réduction des inégalités sociales de santé dépend d'une meilleure prévention qui doit s'exercer dès l'enfance »

La persistance de ces deux phénomènes dans le temps, sur la longue durée maintenant, vient renforcer l'inquiétude que génèrent ces observations. En effet, de nombreux travaux décrivent cette situation depuis longtemps⁷. L'importante loi relative à la politique de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004 en a partiellement tiré les conclusions, mais c'est probablement au niveau des pratiques individuelles (professionnelles et personnelles) et collectives (système de santé, pouvoirs publics, assurance maladie et régimes complémentaires, associations, milieux de travail, éducation nationale, etc. ...) que les initiatives sont défaillantes. Ces dernières années des rapports importants en ont rendu compte avec précision et invitaient les pouvoirs publics à agir⁸.

Car il n'y a rien d'inéluctable en la matière. De nombreux pays, notamment en Europe, font mieux avec des montants financiers comparables tout simplement parce qu'ils insèrent ces efforts dans une approche globale se référant aux recommandations internationales en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé et de promotion de la santé, en coordonnant les acteurs et en sécurisant leurs interventions. Dans un tel contexte, la Conférence nationale de santé ne peut que saluer les termes de l'allocution du Président de la République du 18 septembre 2008 proposant de porter le budget de la prévention de 7 à 10% en 2012⁹.

III. Dans un tel contexte, la mobilisation des acteurs nécessite de repenser la stratégie publique, les conditions de la mobilisation territoriale des acteurs et les ressources mises à leur disposition

Si l'adoption de la récente loi relative à la politique de santé publique a constitué une indéniable avancée, il n'en reste pas moins qu'elle identifie cent objectifs sans dégager véritablement des priorités, même si quelques plans stratégiques figurent dans la loi. Pour autant, cette mention ne suffit pas à elle seule pour en faire des priorités ; dénommés « stratégiques » dans la loi, certains de ces plans ont été abandonnés et d'autres, avant ou après l'adoption de la loi, ont fait l'objet d'une mise en œuvre sous l'autorité des présidents de la République. A ces plans reliés à la norme législative, s'ajoutent des plans quinquennaux ou triennaux sur d'autres priorités de santé publique sous l'autorité des ministres chargés de la santé. Enfin, des programmes nationaux, que l'on peut rattacher à la loi relative à la politique de santé publique sans qu'ils y soient expressément mentionnés, viennent compléter l'édifice.

Cet ensemble gagnerait sûrement à être radicalement simplifié, si l'on veut que les acteurs de terrain et les pouvoirs publics s'y retrouvent.

Surtout, la loi de santé publique devrait être complétée, en tant que de besoin, pour consacrer la stratégie de promotion de la santé pour parvenir aux objectifs de santé publique (31), améliorer les conditions opérationnelles de la mobilisation territoriale des acteurs (32), sécuriser les ressources humaines (33) et les ressources financières (34), doter le ministère chargé de la santé d'une compétence nationale de droit en matière de prévention et de promotion de la santé publique (35) et créer les conditions pour que la décision de santé publique soit protégée de la pression des lobbys (36).

⁷ C'était déjà le cas dans les rapports annuels adoptés par la Conférence nationale de santé en 2000 à Strasbourg et en 2001 à Paris.

⁸ « Stratégies nouvelles de prévention », Rapport de la Commission d'orientation des Etats généraux de la prévention présidée par le Professeur Jean-François Toussaint, 15 décembre 2006 ; « Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales de prévention sanitaire », *ibid* ; « L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé », Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, Professeur Danièle Sommelet, 28 octobre 2006.

⁹ Discours de Bletterans (Jura) sur la politique de la santé et la réforme du système de soins (www.elysee.fr)

31. La stratégie publique doit intégrer la logique de promotion de la santé dans la prévention

Pour la plus grande part des thérapeutes, la prévention est une notion simple : la protection contre une maladie ou tout autre risque sanitaire, par le biais de mesures prises très précocement pour éviter la survenue de l'affection. C'est une vision restrictive¹⁰ de la prévention, strictement sanitaire, sur la base de laquelle l'O.M.S. s'est proposé de distinguer trois niveaux selon le moment où elle intervient. La distribution, bien connue, entre prévention primaire, prévention secondaire et prévention tertiaire n'en reste pas moins entendue comme une action essentiellement ponctuelle. Cependant plusieurs actions peuvent se succéder dans le temps. On peut déplorer le fait qu'elles fassent référence à la maladie plutôt qu'à la santé et qu'elles rendent l'individu consommateur plus qu'acteur de sa propre santé.

Cette classification, qui distingue la prévention selon le moment où l'action est conduite, est devenue au fil du temps moins opérante, notamment en raison du développement des maladies chroniques qui sont pour un grand nombre d'entre-elles multifactorielles et séquentielles. C'est dans ce contexte que l'approche de la prévention a évolué dès la fin du siècle dernier, pour permettre à chacun de conserver sa santé, prévention sélective chez les sujets exposés à des maladies qui visent spécifiquement leur groupe et prévention ciblée dans les mêmes groupes devant l'apparition des facteurs de risques.

Cependant, cette conception est encore largement héritière d'une approche curative. Comme la précédente approche, elle fait de la prévention une action délivrée, prescrite à un individu ou une population dont on ne cherche pas à gagner la participation active, encore moins à faire qu'elle s'approprie l'action.

Pourtant c'est maintenant l'essentiel, parce que les personnes sont aujourd'hui confrontées à des pathologies dont la triple caractéristique repose sur la genèse comportementale du sujet, l'influence des environnements et sur une évolution tellement chronique qu'elle finit par sembler interminable au patient atteint.

Quel peut être alors le modèle de prévention adéquat ? S'inspirant de la classification de Gordon¹¹, présentée plus haut et élaborée en 1982, il pourrait se décomposer de la façon suivante :

- une prévention universelle, destinée à tous mais ne tenant pas compte de l'état de santé de chacun, représentée par des mesures d'ordre réglementaire visant à protéger la population et jusqu'ici par l'éducation à la santé ; elle devient, parce que l'on se base sur la participation de la population cible, la promotion de la santé ;
- une prévention sélective constituée d'une prévention de certaines maladies chez des sujets exposés, tenant compte des déterminants sociaux sous jacents¹², qu'ils présentent ou non les facteurs de risque de cette maladie. C'est la prévention des maladies ;
- une prévention ciblée, dirigée vers les malades et ayant pour but de leur apprendre à gérer leur potentiel de santé. Elle correspond à l'éducation thérapeutique.

¹⁰ Assez contradictoirement avec la vision très large que l'O.M.S. a de la santé : « La santé est un état complet de bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. », Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

¹¹ Gordon RS, An operational classification of disease prevention, Public Health Report, Vol 98, 2 ; 107-9, 1983.

¹² Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Status and disease in Badura B et Kickbush (eds.) Health promotion research towards a new social epidemiology, Organisation Mondiale de la santé, Bureau regional Europe, Copenhague, 1993. Corin E. La matrice sociale et culturelle de la santé et de la maladie in Evans RG, Barer ML et Marmor TR Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie. John Liberty Eurotext – Les Presses de l'Université de Montréal, Paris, 1996.

Cette proposition supprime la dichotomie entre soin et prévention. Elle fait de la prévention une action s'inscrivant dans une approche globale et s'applique à toute la population depuis ceux qui sont en parfaite santé jusqu'aux malades les plus graves. Elle est basée dans tous les cas sur l'appropriation de sa santé par la population visée qui doit démontrer son appropriation du message reçu et qu'elle agit pour prendre en charge sa santé. Au déclenchement par un ou des experts, la nouvelle prévention répond maintenant à une participation active de l'individu ou du groupe cible à la gestion de sa santé.

Il y a donc au total deux modalités de prévention dans le domaine de la santé :

- des mesures et des actions organisées, qu'elles soient médicales ou non, relatives à l'organisation professionnelle, sociale, économique ou de l'environnement. Celles-ci peuvent être générales (réglementation, mesures de politique sociale) ou ponctuelles. Elles agissent directement sur les déterminants mais ne sont efficaces que si elles sont ciblées sur les groupes à risque, tiennent compte des déterminants sociaux sous jacents, et si la population se mobilise collectivement contre la survenue de ces risques ;
- des actions de promotion de la santé qui ne se focalisent pas seulement sur les facteurs de risques ou des approches ponctuelles, et qui visent à accroître l'autonomie des personnes afin de leur permettre de faire des choix éclairés favorables à leur santé, grâce à une éducation (éducation pour la santé ou éducation thérapeutique selon que l'on s'adresse à une population générale ou à un groupe de malades) qui protège et promeut la santé.

La Conférence nationale de santé estime que, compte tenu du rôle majeur des déterminants sociaux et du comportement dans la genèse de la santé ou de la non-santé, d'une part, et de l'apparition de pathologie au long et très long cours, d'autre part, une telle approche, marquée par la complémentarité des deux éléments évoqués plus haut, doit devenir la référence dans l'action publique.

En tout état de cause, des efforts substantiels doivent être conduits pour mobiliser la recherche au service de l'identification et de la validation de nouvelles stratégies ou de nouveaux outils de prévention. Cette recherche est notamment indispensable pour amener devant la Commission nationale du débat en santé publique, décrite au paragraphe 36 du présent avis, les éléments d'appréciation indispensables à la formulation de ses recommandations.

32. Les conditions opérationnelles de la mobilisation territoriale des acteurs doivent être améliorées

L'annonce du dépôt d'un projet de loi portant notamment sur l'organisation régionale en matière de santé doit être l'occasion d'identifier au sein des futures agences régionales de santé un pôle traitant des questions de prévention et de promotion de la santé. La Conférence nationale de santé relève d'ailleurs que dans une communication récente¹³, la Société française de santé publique s'est exprimée dans le même sens. Celle-ci estime que la création d'un tel pôle ne doit pas reproduire les cloisonnements existants entre soin et prévention et que l'on doit chercher à l'occasion de l'identification de ces pôles de prévention et de promotion de la santé à intégrer dans les questions de prévention et de promotion de la santé les autres questions sanitaires, et inversement.

La Conférence nationale de santé insiste pour que le pôle de prévention et de promotion de la santé, dédié à l'action figure, de façon évidemment non contradictoire avec l'approche matricielle des agences régionales de santé, au sein de ces agences.

¹³ 22 avril 2008, voir sur www.sfsp.fr

Dès lors que la transversalité du traitement des questions de santé est garantie au sein de l'agence, le pôle de prévention et de promotion de la santé, à côté de celui consacré à l'offre de soins, que la Conférence nationale appelle de ses vœux, aurait pour vocation :

- d'identifier les principales données régionales disponibles décrivant l'état de santé de la population et ses déterminants dans le ressort territorial, et de concourir à l'émergence de telles données sans quoi les autres phases d'une démarche de prévention et de promotion de la santé ont peu de chance d'intervenir,
- d'élaborer au sein du projet régional et du plan stratégique régional de santé un schéma transversal de prévention et de promotion de la santé publique, comportant autant de chapitres qu'il apparaît souhaitable en fonction du diagnostic permis par les données précitées et concernant tous les âges de la vie, en concertation avec les acteurs et la population, soumis à l'approbation de la conférence régionale de santé,
- de mettre en place un outil de suivi adapté, pour ne pas dire une commission régionale de prévention et de promotion de la santé, au sein duquel l'ensemble des acteurs intéressés (représentant-e-s de la conférence régionale de santé, des collectivités locales, des associations dédiées à la prévention et à la promotion de la santé, des représentant-e-s des organismes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie, des services de prévention, ...) trouvera sa place pour contribuer à la préparation du schéma régional de prévention et de promotion de la santé,
- de conclure avec les opérateurs de prévention et de promotion de la santé en région des contrats d'objectifs et de moyens sur la base de cahiers des charges ou de référentiels identifiés, et guidant ces opérateurs quant au respect de méthodologies d'interventions retenues pour chacune des actions contractées, même si ces cahiers des charges et ces référentiels doivent laisser une place aux démarches innovantes,
- de tenir compte des exigences à la fois thématiques (facteurs de risque, pathologies, déterminants sanitaires, ...), mais aussi territoriales qui peuvent imposer des dynamiques avec telles populations ou tels territoires, en s'appuyant le cas échéant sur la mobilisation au sein des conférences de territoire,
- de promouvoir les volets santé dans l'ensemble des dispositifs sociaux et de la politique de la ville existants, en particulier dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale (C.U.C.S.) et par le développement du dispositif des ateliers santé ville (A.S.V.) qui visent à réduire les inégalités en matière de santé,
- de rendre compte devant la conférence régionale de santé du résultat des actions engagées au titre du schéma régional de prévention et de promotion de la santé,
- de répondre aux interrogations de la conférence régionale de santé.

C'est à ces conditions que le pôle régional de prévention et de promotion de la santé pourra être regardé par l'ensemble des acteurs comme l'animateur véritable de la politique de prévention et de promotion de la santé dans la région.

33. La formation et la sécurisation des ressources humaines

Les ressources humaines doivent être formées, protégées, soutenues et reconnues comme un bien précieux.

En effet, une professionnalisation est nécessaire car l'amateurisme, même assorti de bonne volonté, ne peut suffire.

Il y a intérêt, dans l'attente de résultats en santé publique, à disposer d'un corps d'acteurs de prévention et de promotion de la santé suffisamment formés pour pouvoir :

- évaluer un besoin, décider de l'action et la conduire avec les populations,
- retenir la méthode d'intervention et de mobilisation la mieux adaptée,
- et évaluer et restituer aux populations et aux décideurs les résultats.

La Conférence nationale de santé attire l'attention sur le fait qu'elle entend par « professionnalisation » l'exigence de projets construits sur la base de référentiels et conduits avec des acteurs, professionnels et bénévoles, aux compétences reconnues, le cas échéant par une formation, sans nécessairement réduire l'appréciation de ces compétences à un diplôme.

Comme on le voit, les processus à l'œuvre en prévention et en promotion de la santé sont tout aussi complexes que pour les interventions curatives et il n'y a pas de raison de se refuser à former des professionnels aguerris sur l'ensemble du domaine.

La Conférence nationale de santé estime qu'il n'y aura pas de progression significative en France en la matière sans la reconnaissance d'un corps d'intervenant(e)s non médicaux et/ou médicaux mais jouissant d'une considération comparable aux professionnel(le)s de santé du secteur curatif, qu'il s'agisse d'ailleurs des actions publiques ou privées dans le domaine concerné.

A cet égard, il faut souligner que dans des domaines comme l'éducation thérapeutique ou l'éducation à la santé, dont on observe une tendance à la privatisation, ce n'est pas cette tendance qui est choquante mais plutôt que les interventions privées sont trop souvent conduites sans être adossées à des compétences en prévention et en promotion de la santé.

Il y a dans ce domaine, comme dans celui des options méthodologiques ou des choix d'outils, un rôle à jouer pour les pouvoirs publics : sans nécessairement réglementer, il conviendrait d'édicter des cahiers des charges et des référentiels dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, d'une part, et de rechercher des consensus d'acteurs autour des outils d'intervention en prévention et en promotion de la santé, d'autre part. A laisser ce domaine sans guide de bon usage auquel se référer, y compris en termes de garanties pour les populations et les personnes concernées par la prévention et la promotion de la santé, on ne ferait qu'accentuer le discrédit sur l'opportunité de changer d'échelle dans la prévention, d'y consacrer plus de moyens, et d'en attendre effectivement des résultats.

La reconnaissance d'un corps d'intervenant(e)s en prévention passe autant par la consécration des professions existantes que par le fait d'offrir un statut aux bénévoles intervenant dans ce domaine. Mais, il va de soi qu'il est indispensable de prévoir des indemnisations pour ces bénévoles en échange des contraintes auxquelles ils s'astreignent (formation initiale et continue, respect des référentiels et des cahiers des charges ...). Ce pas a été franchi pour les bénévoles de l'urgence mais notre pays se refuse à le faire pour les acteurs non professionnels de la prévention.

Face aux défis de la prévention et de la promotion de la santé publique dans notre pays, la Conférence nationale de santé recommande :

- la création d'un statut de volontaire en promotion de la santé pour permettre de doter d'une reconnaissance suffisante les acteurs bénévoles intervenant dans ce domaine,
- une valorisation des professions existantes, ainsi qu'un renforcement des services publics et des missions dédiées à la prévention¹⁴.

34. La sécurisation des financements

Le montant global des sommes affectées à la prévention dans notre pays reste trop faible. Il doit être plus soutenu. En tout état de cause, dans un contexte budgétaire très contraint, il serait déjà décisif de réduire les risques de fragilisation financière des acteurs. Ces risques ont bien été identifiés par les acteurs qui ont été auditionnés par la Conférence nationale de santé. Ils résident notamment dans l'annualité des appels à projet mais également dans les domaines exclus des financements publics.

341. Il est indispensable de faire progresser à terme le montant des sommes dédiées à la prévention et à la promotion de la santé.

Dans les réunions de concertations que le gouvernement a eu dans le cadre de la préparation du projet de loi à venir sur la régionalisation de la santé, la Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative a fait connaître son souhait de sanctuariser les sommes dédiées à la santé publique, garantissant que les sommes actuelles engagées ne pourraient être revues à la baisse et seraient automatiquement augmentées par des affectations dégagées sur la dépense de soins médicaux ou médico-sociaux à chaque fois que cela sera possible.

La Conférence nationale de santé approuve une telle orientation, dès lors qu'il s'agit bien des fonds dédiés aux actions de prévention et de promotion de la santé publique ; leur évolution devrait être présentée annuellement devant les conférences régionales de santé.

D'une façon plus générale, le montant des dotations publiques, y compris des caisses d'assurance maladie, en regard du schéma régional de prévention et de promotion de la santé publique, doit faire l'objet d'une information aux conférences régionales de santé, à l'occasion de la présentation de ce schéma et du compte-rendu annuel sur l'exécution de ce schéma.

342. L'annualité des appels à projet ne permet pas d'offrir la durée nécessaire à des actions de prévention et de promotion de la santé, qui ont absolument besoin de temps et de continuité pour produire leurs effets.

Après le rapport Toussaint de décembre 2006, les pouvoirs publics se sont engagés à financer de façon triennale des opérateurs de prévention en échange du respect d'un référentiel. La Conférence nationale de santé estime que ce référentiel doit concerner l'ensemble des associations émergeant sur des fonds publics mais que la sécurité financière de ces acteurs doit provenir du contrat d'objectifs et de moyens évoqué plus haut (31). Le référentiel préparé dans le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler la

¹⁴ Tel le dispositif de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile et celui de la protection de la santé des salariés.

« mesure 15 des Etats généraux de la prévention »¹⁵, pour aussi utile qu'il soit, devrait s'appliquer aux pratiques de tous les acteurs de prévention sous engagement public.

En tout état de cause, la Conférence nationale de santé propose de rompre avec le mécanisme d'appels à projets pour lui préférer celui des contrats d'objectifs et de moyens, à visée triennale, entre des structures associatives et les financeurs publics. Ces contrats d'objectifs et de moyens devraient comporter une part de financements dédiée aux structures et une part dédiée aux actions. Ils devraient inciter aux « alliances de mission » regroupant plusieurs intervenants (missions et services de prévention et de promotion de la santé, assurance maladie, régimes complémentaires, associations, etc.) qui ont choisi de se réunir pour soumissionner lors des appels à projets ouvrant sur des contrats d'objectifs et de moyens.

343. Ces contrats triennaux d'objectifs et de moyens doivent permettre de prendre en compte certains contenus de la démarche de prévention et de promotion de la santé qui ne sont jamais retenus dans les appels à projets.

En effet, le soutien méthodologique et l'évaluation des actions ne sont que trop rarement pris en compte dans les financements publics. Or, il n'y aura pas d'amélioration de la qualité d'action si ces éléments indispensables, qui doivent d'ailleurs constituer un critère de la recevabilité des demandes de contrat d'objectifs et de moyens, ne sont pas pris en compte dans les allocations de ressources.

En outre, compte tenu de la multiplicité des financeurs impliqués dans l'accompagnement des porteurs d'actions, les principaux financeurs que sont l'Etat et les régimes obligatoires d'assurance maladie doivent convenir ensemble d'un référentiel unique d'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé, étant entendu, comme indiqué au paragraphe précédent, que les critères et procédures d'évaluation doivent être prévus et financés dès le départ.

35. Aucun changement d'échelle ne sera possible sans avoir le courage de doter le ministère chargé de la santé d'une compétence nationale de droit en matière de prévention et de promotion de la santé publique

Si le directeur général de la santé a en main la coordination opérationnelle de la politique de santé publique, il n'en reste pas moins que la politique française de santé publique est le fait de très nombreux acteurs dont les orientations procèdent de leur propre autorité : ministère du travail pour la santé au travail, ministère de l'éducation nationale pour la santé scolaire..., actions de prévention pour les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires, actions des collectivités territoriales, notamment.

Un comité national technique de prévention avait été instauré par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ce comité n'a jamais eu l'occasion d'être installé et il a été supprimé par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à politique de santé publique. Ce comité aurait au moins eu l'avantage de permettre une première coordination des actions et des orientations de prévention.

¹⁵ A la suite des travaux de la commission Toussaint, le gouvernement a publié, le 3 janvier 2007, une liste de 15 mesures à mettre en œuvre pour améliorer la situation de la prévention en France. Ces mesures, qui ne constituent aucunement des nouvelles stratégies de prévention comme le proposait le rapport de la commission Toussaint, mais plutôt une énumération sans grande cohérence, figurent en annexe 2 du présent avis.

C'est dans le sens d'une plus grande coordination des actions et des orientations nationales de prévention et de promotion de la santé ainsi que des messages propagés dans la communication publique qu'il faut aller.

La Conférence nationale de santé observe que c'est loin d'être le cas et que, s'agissant des messages de santé publique, il y aurait grand gain à ce que leur succession dans le temps et leurs contenus soient coordonnés, y compris avec les organismes privés intervenant dans le champ de la santé publique, comme les régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie par exemple.

La Conférence nationale de santé recommande que le ministre chargé de la santé :

- soit d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique,
- qu'il donne aux autres ministres tout avis qui lui semble opportun pour promouvoir la santé publique et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population,
- qu'il soit consulté pour l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population,
- et qu'il soit le coordonnateur national des politiques sectorielles menées par les ministères et les caisses d'assurance maladie en santé publique.

36. Pour compléter ces orientations, il est souhaitable que la décision en santé publique procède d'une démarche contradictoire rigoureuse et soit protégée de la pression des lobbys

Le début de l'année 2008 a été l'occasion d'assister au déploiement de deux polémiques publiques sur des orientations de santé publique : l'interdiction de la publicité alimentaire dans les programmes télévisés à destination des enfants et la mise en vente d'une boisson contenant de la taurine. Dans ces deux situations, les lobbys de l'agro-alimentaire ou de la publicité se sont montrés particulièrement actifs, avec des moyens considérables et qui sont les vecteurs de certains comportements défavorables à la santé et à l'atteinte des objectifs de santé publique figurant dans la loi n° 2004-806 du 9 août 2004. A cet égard, à titre d'exemple, la Conférence nationale de santé déplore que l'interdiction de la publicité alimentaire dans les programmes télévisés pour les enfants ne soit pas déjà effective, et de surcroît étendue à l'Internet, compte tenu des alertes données par les sociétés savantes et les associations.

Surtout, ces événements révèlent que les pouvoirs publics ne parviennent pas à saisir un organisme chargé de donner des recommandations acquises de façon éprouvée en santé publique¹⁶ sur la base desquelles la décision publique peut alors s'appuyer. Le Haut conseil de santé publique et/ou la Conférence nationale de santé peuvent en opportunité donner des avis qui procèdent de compositions larges, mais dont il n'est pas possible de dire qu'ils résultent d'une procédure contradictoire.

¹⁶ Après les Etats généraux de l'Alcool, le gouvernement a modifié, par décret du 14 février 2006, le conseil de modération et de prévention pour en faire un outil de dialogue et de concertation pour assister les pouvoirs publics dans la démarche de prévention de l'alcoolisme. Composé notamment des représentants des alcooliers, ce conseil n'est évidemment pas l'organisme indépendant attendu ni l'acteur d'une approche rigoureusement contradictoire qu'il est souhaitable de voir mettre en place en matière d'appui à la décision publique. L'ensemble des associations de prévention ont d'ailleurs refusé de siéger au sien de cette instance.

Dans l'avis qu'elle a été amenée à donner récemment sur l'expertise en santé publique, la Conférence nationale de santé a appelé de ses vœux la création d'une commission nationale du débat en santé publique (C.N.D.S.P.) à l'instar de ce qui a pu être fait en matière d'environnement.

C'est l'occasion pour la Conférence nationale de santé de réitérer sa proposition de création d'une telle enceinte qui aurait vocation de donner :

- des avis résultant d'une procédure contradictoire dans le cadre de la décision publique en matière de prévention et de promotion de la santé publique,
- des avis résultant d'une procédure de consensus pour valider des stratégies et des outils de prévention.

*

Telles se présentent les recommandations adoptées par la Conférence nationale de santé à l'occasion de sa séance du 13 octobre 2008.

Annexe 1

Extrait
de l'avis de la Conférence nationale de santé en date du 22 mars 2007,
relatif aux voies d'amélioration du système de santé français

« (...) La politique de promotion de la santé reste insuffisamment fructueuse

Des progrès considérables en termes de santé ont été réalisés au cours des deux dernières décennies. Ils se sont traduits par une augmentation importante de l'espérance de vie à la naissance et par une amélioration de la qualité de vie de très nombreuses personnes. Ces avancées résultent de l'engagement quotidien de nombreux professionnels de santé et d'une mobilisation croissante des associations militant dans le champ de la prévention ou de la qualité de vie des patients. Ces améliorations ont aussi été rendues possibles par la mobilisation de ressources publiques et privées sans cesse en augmentation et par l'amélioration générale des conditions de vie pour le plus grand nombre.

Plus récemment, des efforts indiscutables ont conduit à l'émergence d'une politique de santé basée sur des priorités de santé : la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique identifie cent objectifs de santé publique et des plans nationaux de santé publique. Les plans régionaux de santé publique récemment adoptés partout en France témoignent d'une utilisation beaucoup plus large de la démarche de santé publique et de la notion de priorité de santé. Pour autant, ces efforts sont loin d'avoir également profité à tous.

1.1.1. Une politique lacunaire malgré les efforts déployés

Quelques indicateurs, même limitativement énumérés, portent témoignage du résultat insuffisant des efforts déployés pour maintenir et développer un système de santé de haut niveau.

Ainsi, l'importance de la mortalité prématurée évitable¹⁷ reste une caractéristique lourde¹⁸ de notre pays, notamment pour les hommes, chez qui elle est principalement liée à des situations à risques au travail et à des comportements à risques, notamment liés à la consommation d'alcool et de tabac. S'y ajoute l'importance du handicap évitable, d'origine accidentelle par exemple.

La prévention tertiaire accuse des retards significatifs, chez les personnes âgées, mais aussi chez les patients affectés par une maladie chronique.

Les nouveaux enjeux environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, pollutions diverses, pesticides et expositions chimiques) sont encore insuffisamment pris en compte.

Au-delà de la prévention des maladies, la prévention des douleurs et des souffrances humaines évitables est également¹⁹ insuffisante. Plus spécifiquement, dans le domaine de la grossesse et de la toute petite enfance, un des défis de la prévention est de réduire les répercussions défavorables qu'ont sur le potentiel de développement des enfants les conditions de vie et de qualité de l'environnement social et familial. Comme si nous refusions à chacun d'identifier son potentiel de santé et sa capacité à le préserver et/ou à le développer sur le chemin d'une meilleure vie. Dans un tel contexte, inviter à la

¹⁷ Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 30-31, 8 juillet 2003, Institut national de veille sanitaire, Saint-Maurice, France.

¹⁸ Plus de 100 000 mortalités évitables sont liées à des changements de comportements en matière de tabac, d'alcool et d'alimentation.

¹⁹ 3^{ème} Etats Généraux du Cancer (www.ligue-cancer.net), Etats généraux des personnes séropositives (www.aides.org), Etats généraux de l'asthme et de l'allergie (www.allergique.org), Etats généraux de l'alcool (www.etatsgenerauxalcool.fr).

responsabilité individuelle et collective, à partir de campagnes de prévention itérativement normatives, ne provoque pas l'adhésion attendue.

1.1.2. Les raisons de l'impact relatif ou partiel des efforts conduits en matière de promotion de la santé sont multiples

Le dispositif actuel d'information statistique reste sous dimensionné. Parce qu'elle n'est pas encore effective, la mise en place de l'Institut des données de santé n'a pas permis de voir quel pourrait être l'effet du partage des informations au service des arbitrages dans la politique de santé publique. C'est un pari en attente. Surtout, il est très regrettable que l'information sur les tarifs, la qualité des soins, le médicament, et l'orientation dans le système de santé reste aussi largement insuffisante enlevant à nos concitoyens tout moyen de prise en compte de leur santé comme un potentiel dont ils auraient les outils pour l'entretenir ou le protéger des aléas de la vie.

Le concept de priorité reste encore flou. Le fait qu'une centaine de priorités figurent en annexe de la loi de santé publique montre bien la relative maîtrise conceptuelle autant que les efforts restant à accomplir. Ces cent priorités sont doublées par cinq plans, affectant ainsi la cohérence d'ensemble. Ajoutons que ce n'est que très tardivement, deux ans et demi après la loi, que les indicateurs de suivi des objectifs de santé publique ont été publiés²⁰, sans que l'élaboration de ces indicateurs n'ait d'ailleurs été partagée avec les acteurs de terrain. 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.

Les stratégies en amont des soins sont encore trop peu développées en France, comme les résultats médiocres en matière de mortalité prématurée le montrent. Des efforts considérables viennent d'être réalisés dans la lutte contre les accidents de la route, contre le cancer et dans la lutte contre le tabagisme, mais ils n'ont pas été conduits avec la même vigueur vis-à-vis du suicide, de l'alcoolisme, des risques cardiovasculaires, des accidents de la vie courante ou de la transmission du Vih/sida. La prévention occupe stratégiquement une place marginale dans le système de santé. Même si 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 santé²¹.

Plus que son montant, c'est l'absence de stratégies évaluées en promotion de la santé, pensées et organisées avec le système de soin et l'ensemble des acteurs concernés en dehors du soin qui réduit l'efficacité de la dépense globale de prévention. L'efficacité de professionnels de santé au sein de l'Education nationale et du dispositif de Protection maternelle et infantile (PMI) est limitée par l'absence de stratégies suffisamment concertées avec le département ministériel chargé de la santé. La même observation peut être faite en matière carcérale malgré la création des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). La santé au travail n'enregistre pas d'évolutions favorablement significatives avec une médecine du travail dont l'indépendance reste encore souvent remise en cause ou à tout le moins discutée, malgré les évolutions réglementaires de juillet 2004 et l'augmentation des actions sur le terrain. Il faut aussi noter qu'elle pâtit d'un système d'information très lacunaire et segmenté. L'absence persistante d'axes stratégiques et d'actions collectives pour la promotion de la santé de façon multisectorielle pèse lourdement sur la faiblesse des résultats que notre pays affiche, d'autant plus que le financement de la prévention fondé sur le court terme ne permet pas de déployer une action dans la durée.

²⁰ "L'état de santé de la population en France". Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. », Ministère de la Santé, DRESS, Paris, 2007, La Documentation Française, 254 p.

²¹ « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France », Etudes et Résultats n°504, Ministère de la santé et des solidarités, DRESS, Paris, juillet 2006.

Par ailleurs, l'implication très variable des collectivités locales dans la politique de santé accentue les inégalités dans ce domaine.

Dans le système de soin lui-même, la promotion de la santé reste encore trop résiduelle malgré les efforts faits pour insérer cette préoccupation au sein de l'hôpital. L'organisation de la médecine de ville n'encourage pas suffisamment à l'inclusion de la prévention et de la promotion de la santé dans les consultations malgré l'identification d'un parcours de soins dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie. D'ailleurs, le contenu de ce parcours de soins en termes de prévention et de promotion de la santé est embryonnaire et repose encore sur la multiplication de consultations de prévention²² plutôt que sur un processus privilégiant un continuum de la prévention aux soins²³. Trop souvent, ces consultations restent des moments isolés sans véritable suite. La démarche pâtit de l'absence d'un référentiel robuste identifiant un dispositif de suivi lisible par le médecin traitant comme par le patient.

Les contraintes de l'organisation des soins de premier recours pèsent sur les chances des uns et des autres de promouvoir leur santé. A l'exception de la mise en place du parcours de soins depuis 2005, aucune évolution significative n'a été enregistrée depuis plusieurs décennies pour dégager un système de prise en charge coordonnée où la médecine de premier recours ouvre vers l'hôpital, ou la consultation de spécialité, dans un continuum de la prévention aux soins. 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.

Enfin, la Conférence nationale de santé souligne l'intérêt d'une régulation nationale et régionale décloisonnant les trois grands modes d'exercice : ville, hôpital, médico-social, tous trois profondément solidaires, dans l'efficace comme dans la perte d'efficacité. »

²² On peut citer pour exemple la consultation de prévention pour les 70 ans par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

²³ L'un des avenants à la convention médicale prévoit bien que la prévention est dans le rôle du médecin traitant mais sans prendre la peine d'indiquer sur quelles bases ces actions sont rémunérées (forfait, valorisation par objectifs, ...).

Annexe 2

Liste des mesures présentées en conseil des ministres, le 3 janvier 2007,
par Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la santé et des solidarités

1. Mieux faire connaître à tous les parents les structures de soutien à la parentalité,
2. Prévention des risques cardio-vasculaires chez les adultes de plus de 35 ans,
3. Prévention des facteurs de risque dans les premiers mois de la grossesse pour les femmes de 20 à 35 ans,
4. Consultation de prévention pour les 70 ans,
5. Améliorer la santé bucco-dentaire par la prévention à différents âges,
6. Expérimentation de la consultation familiale de prévention sur une région pilote, adossée à une évaluation médico-économique,
7. Extension aux EHPAD, et implication des pharmacies, IDE et travailleurs sociaux des mesures de prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les plus de 65 ans,
8. Formation initiale des professionnels de santé en éducation pour la santé,
9. Développement de l'activité d'éducation du patient pour les personnes atteintes de maladies chroniques,
10. Prévention des pathologies rachidiennes et discales en milieu de travail,
11. Inscrire l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans les projets académiques, dans les projets d'établissements de chaque EPLE et dans les projets d'école,
12. Intégrer l'éducation à la santé dans la formation initiale et continue des personnels de l'éducation nationale,
13. Prévention du pied diabétique,
14. Dépistage de l'hémochromatose génétique,
15. Faciliter la mobilisation des associations qui interviennent en prévention.

Annexe 3

Conférence nationale de santé.
Extrait de l'avis du bureau relatif à l'expertise en santé publique,
adopté le 18 juin 2008, sur mandat de la formation plénière

« (...) 2. La Conférence nationale de santé recommande de créer une instance nationale permettant le débat contradictoire sur les grands enjeux de santé publique »

La Conférence nationale de santé observe que dès les années 70-80, la France a renforcé sa législation relative à la protection de l'environnement. La décennie 90, suite à de nombreux conflits autour des grands projets nationaux d'infrastructures de transport, est marquée par une réflexion autour du principe de participation du public, qui aboutit au développement de la concertation plus en amont de la décision. Parallèlement, au niveau européen et mondial, des mesures participent à ce mouvement de prise en compte de l'environnement et de la concertation dans l'élaboration des projets. Ainsi, au cours des années 1990-2000, des dispositions législatives inscrivent le principe de participation dans le système juridique français.

Le principe de participation du public est posé en droit positif dans l'article 2 de la loi du 2 février 1995 relative à la protection de l'environnement, dite loi "Barnier", et par son décret d'application du 10 mai 1996. Ainsi « *un débat public peut être organisé sur les objectifs et les caractéristiques principales des projets pendant la phase de leur élaboration* » et pour en garantir son organisation et la qualité de sa mise en oeuvre une instance est mise en place : la Commission nationale du débat public (C.N.D.P.), dont le secrétariat est assuré par le ministère chargé de l'environnement.

Conformément aux dispositions de la Convention d'Aarhus, la loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité intègre un nouveau chapitre intitulé « *Participation du public à l'élaboration des projets d'aménagement ou d'équipement ayant une incidence importante sur l'environnement ou l'aménagement du territoire* ». Le débat public, procédure régie par ladite loi, est une étape dans le processus décisionnel, s'inscrivant en amont du processus d'élaboration d'un projet. Il n'est ni le lieu de la décision ni même de la négociation, mais un temps d'ouverture et de dialogue au cours duquel la population peut s'informer et s'exprimer sur le projet selon des règles définies par la C.N.D.P.

La Conférence nationale de santé s'étonne que les efforts conduits dans le domaine de l'environnement n'aient pas été promus en matière de santé publique alors que des procès parfois retentissants montrent combien une telle formule aurait été judicieuse. Elle observe aussi que l'actualité fournit l'exemple de situations qui pourraient trouver une solution devant une telle instance comme le montrent les échanges publics par voie de presse sur la publicité alimentaire dans les programmes télédiffusés vers les enfants.

La Conférence nationale de santé tient également à déplorer que la recommandation relative aux études d'impact dans les décisions de santé, contenue dans son « avis du 22 mars 2007 — Les voies d'amélioration du système de santé français », n'ait pas connu de traduction à ce jour.

C'est pourquoi elle prône, à l'instar de ce qui a pu être fait dans le domaine de l'environnement, la création d'une Commission nationale du débat en santé publique. »