



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé

Avis adopté à l'unanimité le 28 juin 2017

Synthèse

L'organisation de l'action publique, c'est-à-dire la définition des compétences stratégiques et managériales, l'organisation institutionnelle et le financement, sont au cœur du problème français en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé.

Les pouvoirs publics ont su bâtir une doctrine et une organisation en matière de sécurité sanitaire, toujours à refaire certes, mais au fond assez robuste.

Cet effort n'a jamais été mené à son terme dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, malgré des avancées réalisées dans les lois de santé publique successives.

Identifier les moyens de refonder l'action publique est donc crucial au moment où le gouvernement entend engager une nouvelle étape en matière de prévention et de promotion de la santé.

Avant que d'être une question de moyens (au demeurant pas si modestes, dans certains domaines¹), le problème de politique publique posé en matière de prévention est d'abord un problème de conception et de mise en œuvre de l'action publique.

Quel est au fond l'essentiel ? Que les pouvoirs publics, au sens large, soient organisés pour définir les priorités et les moyens à mettre en œuvre de façon à améliorer la santé des populations.

Il faut mobiliser pour cela une diversité de compétences : pour définir des priorités et élaborer une stratégie, pour déployer une programmation, pour agir en fonction de données probantes, pour évaluer l'impact des actions en population et tenir en permanence la balance des intérêts particuliers au nom du bien commun.

Aux termes de la Constitution, les pouvoirs publics sont garants de la protection de la

santé des populations. Cela engage et oblige le gouvernement dans sa globalité, ainsi que les autres collectivités, à tous les niveaux : la *Stratégie nationale de santé* est l'expression naturelle de cette responsabilité et de cet engagement.

Cette *Stratégie nationale de santé* n'est pas l'apanage d'un ministère mais il appartient au ministre de la Santé de l'élaborer et de la proposer au Premier ministre, au terme d'une large concertation.

Elle est là pour fixer le cadre à un horizon décennal ; elle couvre l'ensemble des domaines, de la prévention à l'organisation des soins ; elle doit être relayée au niveau opérationnel par un *Plan national de santé* (qui peut être quinquennal et doit être révisable à des échéances plus courtes) ; celui-ci a vocation à être élaboré lui aussi par le ministre de la Santé, en concertation avec l'ensemble des partenaires ; il fixe en effet le cadre de l'ensemble des plans et programmes que mettent en œuvre les opérateurs, l'assurance maladie et les autres ministères, ainsi que les collectivités locales, voire des partenaires privés.

Contrairement à la pratique qui a longtemps prévalu, les plans et programmes ne sont pas faits pour donner de la visibilité à telle ou telle problématique ; ils sont là pour organiser le déploiement de moyens. Une stratégie, un plan national, des programmes, des actions, c'est la logique qu'il convient désormais de mettre en œuvre de façon ordonnée, avec des rôles précis assignés à chaque type d'acteur.

La Direction générale de la santé doit se concentrer sur la stratégie et le pilotage global. La programmation nationale appartient aux différents ministères et agences et à l'assurance maladie, cependant que l'implémentation des actions relève des acteurs de terrain, dans le cadre des schémas élaborés par les Agences régionales de santé, lesquelles assurent le lien avec les services déconcentrés des autres départements ministériels.

Les contrats et conventions conclus entre ces acteurs (contrats d'objectifs, CPOM, COG...)

¹ Le constat fait par l'IGAS en 2003 nous semble toujours d'actualité : « *les retards de la santé publique en France sont moins dus à un manque de moyens qu'à la difficulté à adapter ces moyens aux besoins actuels, et les modes d'organisation et de management à l'évolution des enjeux.* » IGAS, *Rapport annuel 2003 - Santé, pour une politique de prévention durable*



doivent s'insérer dans le cadre d'ensemble ; il en va de la cohérence de l'action publique.

Les moyens mis en œuvre doivent aussi être retracés pour l'ensemble des acteurs dans le *Plan national de santé*, qui aura ainsi les caractéristiques du *Document de politique transversale*, au sens de la *Loi organique relative aux lois de finances* (LOLF) mais élargi aux financements de l'assurance maladie et des autres partenaires (collectivités locales notamment), recommandé par la Cour des comptes sans son rapport de 2011 sur la prévention sanitaire².

Sur la question des moyens disponibles, du financement et des effecteurs, les principes d'action sont les suivants :

- reconnaître l'importance de la participation de l'ensemble des professionnels de santé en matière de prévention ; cet effort d'organisation en termes d'infrastructures, de système d'information, de formation, de définition des bonnes pratiques et des référentiels, etc., est nécessaire aussi bien au niveau des soins primaires qu'au niveau du deuxième recours ; c'est le corollaire de la responsabilité populationnelle et territoriale qui incombe aux professionnels de santé ;
- en matière de financement et de tarification de la prévention médicalisée, il convient de revoir la doctrine : privilégier un financement de droit commun plutôt qu'un financement sur des fonds ; privilégier une tarification fondée sur une stratégie de prise en charge plutôt qu'un financement à l'acte ; dans ces conditions et compte tenu de l'intérêt d'investir dans la prévention, la question du ticket modérateur, tel que pratiqué actuellement, est posée pour certaines prises en charge ;
- pour ce qui est de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, la pérennité des ressources est un enjeu clé : le *Plan national de santé* est de ce point de vue un outil important en ce qu'il porte la logique pluriannuelle, en termes de moyens budgétaires et dans la mesure où il donne de la visibilité à



l'action publique, permettant une mobilisation plus large et pérenne des acteurs (dont les acteurs associatifs de terrain, qui ont particulièrement besoin de cette visibilité sur les ressources).

L'évaluation de l'action des pouvoirs publics se conçoit également beaucoup mieux après cette remise en ordre : il faut renforcer les moyens de l'évaluation des politiques de santé publique autour de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES (pour le volet ministériel) et de France stratégie (pour la dimension interministérielle) ; il faut que les programmes soient suivis et évalués de façon plus systématique ; il faut enfin un effort de constitution et de diffusion des informations sur les actions probantes et les bonnes pratiques pour éclairer la mobilisation des acteurs de terrain.

La recherche sur les services de santé doit encore progresser dans notre pays et intégrer plus spécifiquement la recherche sur la prévention ; un *Programme national de recherche en santé publique* pluriannuel permettrait de consolider l'effort de structuration et de financement engagé depuis quelques années.

L'indépendance de l'expertise et des évaluations doit enfin être garantie. A cette condition, l'expertise ne sera pas assimilée, comme c'est trop souvent le cas, à une opinion parmi d'autres. Il faut travailler les formes d'intervention publiques face à des stratégies de lobbying élaborées.

²http://www.assembleenationale.fr/13/budget/mecss/Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf

Compte tenu du poids des représentations, la refondation des politiques de prévention et de promotion de la santé, pour ne pas parler de « *révolution de la prévention* », nécessite un effort de clarification : clarification des concepts, des périmètres de compétences, des organisations et des rôles.

Selon une approche classique, la prévention vise à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des situations de handicap. Dans ce cadre, la prévention est définie par rapport à l'évolution naturelle de la maladie (on parlera de prévention primaire, secondaire³, etc.)

Cette conception « classique » centrée sur la maladie donne une place importante à la prévention médicalisée⁴. Dans cette perspective, en s'inscrivant implicitement dans le cadre d'un colloque singulier médical, c'est surtout sur les comportements individuels que sont concentrées les actions de prévention (règles hygiéno-diététiques, etc.).

Dans une conception plus large, il s'agit de favoriser « *un état complet de bien-être physique, mental et social*⁵ », au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La promotion de la santé englobe des activités qui visent à améliorer la santé des personnes et des communautés. Elle inclut donc à la fois la prévention dans toutes ses dimensions, la protection de la santé (mesures pour changer l'environnement et la réglementation dans le sens d'une bonne santé) et l'éducation pour la santé⁶. Cette seconde approche amène aussi à mieux considérer la place de l'utilisateur dans le système de santé.

Quelques définitions

En 1948, l'OMS propose une première définition de la prévention en tant qu'« *ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Elle distingue les actions visant à éviter l'apparition d'une maladie (prévention primaire),

³ Cf. encadré ci-dessous

⁴ Ou aux pratiques cliniques préventives, c'est-à-dire la prévention réalisée par les acteurs du système de soin.

⁵ Et non simplement un état de santé vu comme l'absence de maladie ou d'infirmité.

⁶ A. Tannahill "Health promotion: the Tannahill model revisited", *Public Health* 123 (2009) 396-399.

celles visant à ralentir la progression d'une maladie ou à en obtenir la guérison (prévention secondaire) et celles visant à ralentir la progression des séquelles (prévention tertiaire).

En 1982, une autre classification de la prévention fondée sur la population cible des actions a été proposée. Sont ainsi distinguées la prévention universelle, pour tous, la prévention sélective, qui s'adresse aux sujets ayant des caractéristiques populationnelles à risque particulier, et la prévention indiquée c'est-à-dire à partir d'un risque mesuré, repéré ou objectivé.

La promotion de la santé⁷ plus large englobe des activités qui visent à améliorer la santé des personnes et des communautés.

La déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé (OMS 2016) met l'accent sur les liens entre développement durable et santé. Dans ce cadre, la mobilisation des élus sur les questions d'amélioration de la qualité de vie et de promotion de la santé est un enjeu fort pour réduire les inégalités sociales de santé sur les territoires. Les changements de comportements doivent s'envisager en interaction avec l'environnement de vie des personnes dans une perspective «écologique». Il s'agit de promouvoir des milieux de vie favorables à la santé et de développer les savoir-faire et les compétences des citoyens.

1. Cadre juridique et compétences

Les notions

Dans les textes, aux différents échelons, les notions varient. On parlera alternativement de « santé publique », de « santé globale », de « prévention », de « promotion de la santé », d'éducation à la santé, de prévention et de parcours...

Les lois de santé publique successives sont revenues sur les notions à plusieurs reprises, notamment pour définir les objectifs de la politique de prévention ou introduire la notion de promotion de la santé.

Les définitions en question oscillent entre le pragmatisme d'une approche à portée de réalisation (la prévention vue à travers les objectifs et dispositifs afférents) et la conception très englobante de la promotion de la santé ou de la « *santé dans toutes les politiques* ».

L'approche privilégiée de la prévention, qui a donné jusqu'à récemment un rôle second à

⁷ *Idem*

la promotion de la santé dans les textes, recèle une vision française, attachée au modèle biomédical, complétée tardivement sur le versant social par la question des inégalités de santé, et revendiquant à la fois le rôle de l'Etat régalien et celui de l'Etat providence.

On touche ici deux questions cruciales pour notre propos :

- l'organisation et le financement des activités de prévention (*versus* les soins). Autrement dit, qu'est-ce que doit financer l'assurance maladie ?
- les prérogatives du ministère de la Santé et de son relais en région, les Agences régionales de santé. Autrement dit, le ministère de la Santé est-il en charge de la protection de la santé des populations ou seulement de la conduite des politiques, des programmes et des organisations ayant cet objectif, à titre principal ou secondaire ?

Les clarifications à opérer sont essentielles ; elles sont au cœur de cet avis.

La prévention et la promotion de la santé dans les textes de loi

La loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique marque l'apogée de l'hygiénisme en France⁸. Elle introduit le concept d'hygiène publique comme susceptible de «*prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles*». L'action passe par un ancrage local au côté des municipalités.

«*[...] La prévention n'a fait qu'une entrée tardive dans le droit sanitaire français. De manière indirecte d'abord, à l'occasion de textes introduisant une référence générale à la prévention*⁹ (article L-262-1 du code la sécurité sociale confiant en 1988 une mission de prévention aux caisses d'assurance maladie, loi de 1998 de lutte contre les exclusions instaurant des programmes d'accès à la prévention). De manière directe récemment, avec la loi du 4 mars 2002 relative

⁸ Y figurent ainsi les notions de déclaration et vaccination obligatoires concernant certaines maladies, ainsi que l'organisation de la puissance publique en matière de contrôle sanitaire et de lutte contre les épidémies. L'article 25 de la loi crée le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, à l'époque auprès du ministère de l'Intérieur. Il est placé ensuite auprès du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, puis du ministère de la Santé, lors de sa création en 1920. On note que cette loi est également à l'origine du code de la santé publique.

⁹ Cf. D.Tabuteau, «*Les nouvelles ambitions de la politique de prévention*», *Droit social*, décembre 2001

*aux droits des malades et à la qualité du système de soins, qui introduit pour la première fois dans le droit positif une définition de la prévention.*¹⁰»

Dans sa version de 2002 (abrogée depuis), l'article L.1417-1^{11,12} du code de la santé publique précisait que la politique de prévention a «*pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident.*»

Le concept de «*promotion de la santé*» est quant à lui retranscrit dans le droit français par la loi de 2002, de la façon suivante : «*A travers la promotion de la santé, cette politique [de prévention] donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé*». Ce faisant, la loi de 2002, comme l'indiquait en 2003 l'IGAS, «*fait de la promotion de la santé non pas le fondement de la politique de santé auquel appelle la Charte d'Ottawa, mais un élément certes substantiel à la prévention, mais finalement second et de portée plus symbolique qu'opérationnelle*».

En 2009, la loi *Hôpital, Patient, Santé, Territoires* consacre son titre III à la prévention et à la santé publique. Elle précise le rôle des acteurs, notamment les Agences régionales de santé, créées par la loi, dans ce domaine¹³. Elle intègre également l'éducation thérapeutique dans le parcours

¹⁰ IGAS, Rapport annuel 2003 – *Santé, pour une politique de prévention durable*

¹¹ Le texte fixait également six grands axes de cette politique de prévention : (i) réduire les risques pour la santé qu'ils soient liés à des facteurs tels que l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé ; (ii) améliorer les conditions de vie et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ; (iii) entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque, ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ; (iv) promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ; (v) développer des actions d'information et d'éducation pour la santé et enfin (vi) développer des actions d'éducation thérapeutique. La loi du 4 mars 2002 avait également réaffirmé «*le droit fondamental à la protection de la santé (...) au bénéfice de toute personne*» (Article L1110-1 du code de la santé publique).

¹² Cet article a été modifié par les lois du 9 août 2004 et du 26 février 2010 (le terme de «*politique de prévention*» n'y est alors plus défini) pour finalement être abrogé par la *Loi de modernisation de notre système de santé*. La politique de prévention et de promotion de la santé «*s'intègre à la politique de santé de la Nation*» (L.1411-1 du code de la santé publique).

¹³ Le lien entre la politique nationale et l'action territoriale est établi notamment par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé entre l'Etat (ministres de la santé et de la sécurité sociale) et le directeur général de l'ARS.

de soins du patient.

En 2016, la *Loi de modernisation de notre système de santé*¹⁴ vise « à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins »^{15,16}.

Les échelons, les compétences et le financement

Il y a autant de périmètres d'action en matière de santé publique que de types d'interlocuteurs et cela aux différents échelons. Les périmètres des acteurs étatiques, des acteurs de la Sécurité sociale, des collectivités locales ou des acteurs privés ne sont pas superposables et cette dispersion horizontale est démultipliée par la dimension multi-échelons de l'action publique en santé.

Au niveau de l'Etat, l'action en matière de santé publique est disséminée entre plusieurs ministères, sans qu'il soit évident de déterminer une prééminence.

L'action des collectivités locales est elle aussi fortement hiérarchisée et spécialisée : en fonction des compétences détenues¹⁷ ou des compétences déléguées (aux orga-

¹⁴ Le premier axe de la loi a pour objet de «renforcer la prévention et la promotion de la santé», les deux notions étant mises ici sur le même plan.

¹⁵ Article L1411-1 du code de la santé publique

¹⁶ Par ailleurs, la loi reconnaît la notion d'exposome, indicateur composite déjà introduit dans le troisième *Plan National Santé Environnement* qui prend en compte la totalité des expositions à des facteurs environnementaux de l'individu.

¹⁷ Compétence générale de la commune qui permet une action assez large mais diversement investie ou compétences spécialisées des départements – dans le champ de la PMI par exemple ou dans le domaine médico-social – ou désormais des métropoles – pour tout ce qui concerne l'urbanisme, le logement ou des problématiques telles que la pollution de l'air, intérieur ou extérieur, sans parler des régions, compétentes sur le versant formation des professions paramédicales et des travailleurs sociaux et, pour certaines d'entre elles, mobilisées de longue date sur les problèmes sanitaires. S'agissant des départements, rappelons pour mémoire que la loi de décentralisation du 22 juillet 1983 leur avait transféré un ensemble assez large de compétences sanitaires : lutte contre les fléaux sociaux, dépistage précoce des cancers, organisation des services de vaccination, protection maternelle et infantile, gestion des dispensaires anti-tuberculeux et anti-vénériens. Les textes ultérieurs sont revenus sur une large part de ces transferts.

nismes de regroupement intercommunaux ou *a contrario* aux communes, lorsque celles-ci agissent sur délégation des départements).

Le choix a, en effet, été fait en 1945 de confier à l'Etat et aux collectivités locales l'organisation et le financement de l'action en amont des soins, aux professionnels et établissements de santé les soins pris en charge par l'assurance maladie et, enfin, aux dispositifs d'assistance sociale, notamment départementaux, l'action en aval des soins (handicap et dépendance).

Les interventions préventives relevaient ainsi de services collectivement organisés et financés. En dépit de leur financement solidaire, les soins s'effectuaient dans le cadre de prises en charge individuelles, centrées sur les interventions curatives.

Cependant, cette distinction historique entre soins (pris en charge par l'assurance maladie) et prévention (prise en charge dans un autre cadre) s'est trouvée mise en cause sous l'influence de plusieurs facteurs :

- le développement de la médecine libérale et hospitalière au bénéfice de l'ensemble de la population, prenant le pas sur la médecine sociale de dispensaire et d'usine ;
- le développement de l'imagerie, de la biologie médicale et des diverses explorations fonctionnelles ;
- l'apparition de médicaments intervenant de façon préventive sur différents facteurs de risque.

Il en est résulté une croissance extrêmement rapide des dépenses de prévention prises en charge par l'assurance maladie du seul fait que ces dépenses relevaient du financement d'activités de droit commun des professionnels de santé.

Par ailleurs, la nécessité d'une approche plus globale de la santé privilégiant davantage la prévention, la promotion de la santé et une approche communautaire s'est imposée et traduite dans les textes législatifs à partir du début des années 2000. Comme d'autres acteurs, l'assurance maladie s'est engagée dans l'accompagnement d'actions de prévention ou de promotion de la santé prévues par les programmes de santé publique définis par l'Etat, ainsi que dans le développement d'actions particulières au bénéfice de ses

assurés ou en contribuant au financement de structures ou intervenants du champ (associations, centres...)¹⁸

Compte élargi de la prévention

Ventilation des dépenses par type d'action (sur la base d'une dépense estimée à 15,2 Mds € en 2015, source DREES)¹⁹

Type d'action	Part dans les dépenses
Prévention collective	15%
Agir sur les comportements	3%
Agir sur l'environnement	12%
Prévention individuelle	85%
Soins de ville	30%
Médicaments et autres	30%
Médecine collective (travail, scolaire, PMI-Planning)	20%
Dépistages et bilans organisés	5%
Total	100%

¹⁸ Le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, créé en 1988, est destiné selon l'article R.251-7-1 du code de la sécurité sociale à supporter :

- les dépenses effectuées au titre de la prévention, de l'éducation et de l'information sanitaires ;
- et notamment, les examens de santé prévus à l'article L.321-3 du Code de la sécurité sociale (examens de santé gratuits qui doivent obligatoirement être proposés par les caisses d'assurance maladie à leurs assurés et aux membres de leur famille à certaines périodes de leur vie dans des conditions fixées par décret).

On distingue dans le budget du FNPEIS trois types de dépenses :

- le financement de la mise en œuvre opérationnelle par l'assurance maladie des Plans de santé publique co-pilotés avec l'Etat (campagnes de vaccination, dépistages organisés des cancers, prévention bucco-dentaire pour les six ans et douze ans, dépistage néonatal des maladies génétiques etc.) ;
- les dépenses à la charge de l'assurance maladie dont le niveau est fixé par l'Etat (contribution aux actions de prévention des ARS via le Fonds d'intervention régional (FIR) ;
- les dépenses relatives aux programmes directement conçus ou initiés par l'assurance maladie (programme Sophia d'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques, centres d'examen de santé, prévention bucco-dentaire pour les neuf, quinze et dix-huit ans, actions locales des caisses en complément de celles des ARS, actions relatives au bon usage du médicament...).

¹⁹ Voir en fin de document la répartition par financeur.

Même s'il est acquis que le centre de gravité de la politique de promotion de la santé et de prévention ne doit pas être la prévention médicalisée prise en charge par l'assurance maladie, il est certain qu'aujourd'hui en France celle-ci occupe une place majeure, mobilisant des ressources dont la dynamique suit potentiellement celle de l'ensemble des dépenses de santé.

L'encadré ci-dessous décrit le périmètre de prise en charge par l'assurance maladie.

A ce propos, le constat fait par l'IGAS en 2003 reste pour l'essentiel d'actualité : « si la loi du 4 mars 2002 prévoit que « les professionnels, les établissements, les réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins... contribuent à développer la prévention... », elle n'a pas pour autant érigé en principe général le financement de la prévention dans le cadre de ce que l'on appelle, au sein de l'assurance maladie, la gestion du risque. En quelque sorte, le soin et l'acte curatif demeurent soumis au financement de droit commun, et les actions de prévention à un financement sinon d'exception, du moins subsidiaire.»

Le périmètre de prise en charge par l'assurance maladie

Il est défini par l'article L.160-8 du code de la sécurité sociale qui dispose dans ses alinéas 1 à 3 que sont pris en charge les frais :

- de médecine générale et spécialisée, de soins dentaires et d'hospitalisation ;
- pharmaceutiques et d'examen de biologie médicale ;
- de contraception et d'interruption volontaire de grossesse.

A ce périmètre il faut ajouter, aux termes des 5° et 6° du L.160-8, la couverture des frais relatifs :

- aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes de santé mentionnés aux articles L.1411-2 (participation des organismes d'assurance maladie à la mise en œuvre des plans et des programmes qui résultent de la politique de santé et sont déclinés par les ARS) et L.1411-6 du code de la santé publique (programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités, ainsi que les consultations médicales péri-

diques et les dépistages qu'ils prévoient, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé) ;

- aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres de la Santé et de la Sécurité sociale ;
- à l'examen de santé bucco-dentaire mentionné à l'article L.2132-2-1 du code de la santé publique (aux 6 ans et aux 12 ans de l'enfant. »

« La santé dans toutes les politiques » : qu'est-ce à dire ?

La *Charte d'Ottawa* précise un certain nombre de conditions et de ressources préalables à l'amélioration de la santé : un logement, l'accès à l'éducation, une alimentation convenable, un revenu suffisant, un écosystème stable, un apport durable de ressources ou encore le droit à la justice sociale et à un traitement équitable. La stratégie de « *la santé dans toutes les politiques* »²⁰ a dès lors un champ d'intervention très large. Il met en jeu les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, la fiscalité et les politiques de taxation et de redistribution, les politiques de l'emploi, les politiques de logement (lutte contre le saturnisme, qualité de l'air intérieur, bruit), l'aménagement du territoire et les transports (sécurité routière), l'environnement au travail (exposition à des substances toxiques, troubles musculo-squelettiques, risques psychosociaux...), les politiques en matière éducative ou encore l'alimentation.

Aujourd'hui, en France du moins, cette notion de « *santé dans toutes les politiques* » est bien plus un concept qui justifie l'intervention de considérations de santé dans d'autres politiques (à titre de plaidoyer ou en mobilisant de façon adaptée des outils, tels que les études d'impact en santé, qu'il importe de développer) qu'une

²⁰ Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. OMS, Gouvernement d'Australie-Méridionale, Adélaïde, 2010. Cette stratégie est présentée comme « *une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé* ». Dans ce but, il est impératif de rechercher l'innovation au plan des politiques, des mécanismes et des outils, ainsi que de meilleurs cadres réglementaires.

réalité institutionnelle et stratégique vraiment assumée, aussi bien au plan national qu'au niveau régional.

Etude d'impact sur la santé²¹

Située en amont du processus de décision, l'étude d'impact en santé (EIS) est un outil majeur de la mise en œuvre de « *la santé dans toutes les politiques* » dans le but de réduire les inégalités sociales de santé²². C'est une démarche structurée en six étapes (sélection, cadrage, analyse, recommandations, suivi et évaluation), permettant de mettre en évidence et d'apprécier les effets potentiels d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé.

Les études d'impacts sur la santé peuvent être réalisées aussi bien pour les politiques publiques menées au niveau national (politiques environnementales, etc.) que pour les politiques locales (politiques d'urbanisation, etc.).

Il est important de noter que les EIS ne sont pas nécessairement de grosses opérations coûteuses, ce qui entraverait leur développement. Des formes souples sont à imaginer. On a aussi besoin de développements méthodologiques incluant l'impact quantitatif et la participation des citoyens (l'expertise d'usage).

2. Les enjeux stratégiques

Histoire récente

Les problématiques de prévention sont apparues souvent « dominées ». Collective dans son acception historique, la prévention s'est exprimée avec difficulté aux côtés d'une médecine curative d'emblée centrée sur l'individu. La prégnance du modèle biomédical, porté par les acteurs sanitaires institutionnels, explique encore aujourd'hui le manque d'articulation avec la représentation des usagers, qui, de leur côté, revendiquent

²¹ Au Québec, l'article 54 de la loi de santé publique (en vigueur depuis 2002) oblige l'ensemble des ministères et organismes à évaluer l'impact potentiel de leurs lois et règlements sur la santé de la population. La responsabilité d'effectuer une première analyse d'impact revient à chacun des ministères qui doivent informer le ministère de la Santé et des Services sociaux en cas d'impact significatif sur la santé.

²² Comme le relève Thierry Lang, s'il faut souligner l'intérêt des études d'impact sur la santé dans le développement de la prévention vis-à-vis des facteurs non biomédicaux, il faut aussi noter que les inégalités sociales de santé (ISS) ont pu être omises dans ces EIS, qui ont souvent privilégié la santé « moyenne ». La prise en compte des ISS a d'ailleurs suscité le développement d'EIS « equity focused ».

un modèle de prévention plus communautaire²³.

Pour évoquer la période récente, il n'est sans doute pas inutile de souligner le caractère ambivalent des évolutions intervenues dans les années 1980-90.

D'un côté, l'épidémie de sida et l'impasse thérapeutique connue jusqu'à l'apparition des trithérapies en 1996 ont contribué à faire une place beaucoup plus éminente aux considérations de prévention et d'*empowerment* des patients. C'est dans ce contexte que s'est développée une culture de réduction des risques et des dommages, visant à réduire la transmission infectieuse du VIH ou de l'Hépatite C. L'*empowerment* (cf. infra) est alors porté par le milieu associatif et communautaire, qui promeut par exemple la distribution et l'utilisation de seringues stériles pour les usagers de drogue.

L'exemple des addictions

Les concepts de santé communautaire et d'auto-support ont émergé progressivement dans les années 1980 en France, dans le contexte de l'épidémie de VIH-SIDA. Dans le domaine des addictions, la polarisation du débat entre réduction des risques et pénalisation des comportements a longtemps opposé les acteurs institutionnels et associatifs.

En ce qui concerne les usagers de drogue, l'intérêt de mieux reconnaître et valoriser les actions d'auto-support entre consommateurs est avéré et doit être mis en avant dans la réduction des comorbidités infectieuses.

Dans le domaine des addictions, et plus spécifiquement pour l'alcool, on est passé progressivement d'une culture de la prévention reposant sur le sevrage comme réponse unique à la dépendance, à une culture de la réduction de consommation, ou consommation contrôlée, comme alternative possible au sevrage, et permettant une réponse moins paternaliste et plus adaptée à ces problématiques. Ces changements impliquent donc de développer de façon prioritaire la prévention et l'éducation pour la santé. L'intégration d'outils modernes de communication et du marketing social doit accompagner ces changements et associer les acteurs sanitaires comme extra-sanitaires.

²³ Henri Bergeron et Patrick Castel. *Sociologie politique de la santé*, PUF 2014, 479p. L'essor de l'épidémiologie au milieu du XX^{ème} siècle a favorisé la transition de la notion de danger vers la notion de risque et outillé le discours permettant l'énonciation de « problèmes de santé publique ».

D'un autre côté, les crises sanitaires à répétition ont focalisé les efforts de définition en matière de doctrine d'action et de management public sur les questions de sécurité sanitaire, associées à la séparation entre évaluation et gestion des risques.

L'« agencification » sanitaire a été toute entière tournée vers ces dernières problématiques, qui ont dominé le débat public, plutôt que vers la définition de stratégies en matière de santé ou de programmation²⁴.

Aujourd'hui, à nouveau, les problématiques de santé publique peinent à émerger alors que se renforcent les débats autour de la transition démographique, du vieillissement de la population ou de la thématique des inégalités sociales et territoriales de santé. Qu'entend-on d'ailleurs derrière cette notion ? Bien plus souvent des préoccupations relatives à l'offre médicale ou à l'infrastructure sanitaire actuelle ou à venir que le constat pourtant très ancien de disparités très grandes en termes de déterminants²⁵ de santé ou de morbi-mortalité.

Quels sont aujourd'hui les enjeux ?

Si l'on s'en tient aux principaux indicateurs de santé, la situation française est mitigée. Certes, l'augmentation continue de l'espérance de vie à la naissance et de l'espérance de vie après 65 ans place notre pays dans une position favorable mais d'autres indicateurs, liés à la prévention et à la promotion de la santé, sont plutôt médiocres. Dans un classement publié en 2016

²⁴ Les lois de santé publique successives ont certes permis quelques avancées mais sans créer un cadre pleinement satisfaisant.

²⁵ Les déterminants de la santé sont nombreux et peuvent être appréhendés par le modèle de *Dahlgren et Whitehead* qui les présente selon trois cercles distincts, en interaction.



par le *Lancet*, prenant en compte 33 indicateurs liés à la santé, la France arrive en 24^{ème} position²⁶. Les facteurs péjoratifs dans ce classement sont principalement évitables par la prévention : consommations de tabac et d'alcool, surcharge pondérale et obésité, suicides, infection par le VIH, etc.

Le fardeau des maladies non transmissibles (maladies cardio-neurovasculaires, cancers...) est de loin le plus élevé en termes de morbi-mortalité et pèse sur la perte d'années de vie sans incapacité et les décès prématurés.

En outre, notre système de santé ne réussit pas à combattre efficacement les inégalités sociales de santé. Les inégalités de mortalité entre cadre et ouvrier sont stables autour de six ans pour les hommes et trois ans pour les femmes... depuis les années 1980. La prévention ne profite pas de la même façon aux différents groupes sociaux, comme en témoignent en particulier l'évolution de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants ou la participation au dépistage des cancers.

Obésité : l'importance des inégalités

La surcharge pondérale (IMC ≥ 25 kg/m²) est un déterminant majeur de l'état de santé, à l'origine ou associé à de nombreuses pathologies : diabète, maladies cardio-neurovasculaires (principalement cardiopathies ischémiques et accidents vasculaires cérébraux), troubles musculo-squelettiques, cancers... Cette épidémie mondiale n'épargne pas la France même si celle-ci apparaît moins touchée que de nombreux pays voisins ou les Etats-Unis. Dans notre pays, la part des adultes en surcharge pondérale (regroupant obésité et surpoids) a fortement crû jusque dans les années 2000. On observe depuis 10 ans une stabilisation de la prévalence de surpoids (IMC compris entre 25 et 30 kg/m²) et de l'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) chez les hommes comme chez les femmes²⁷.

Cette stabilisation se retrouve aussi chez les enfants (1 enfant sur six après 6 ans est en surpoids ou obèse) mais ce chiffre masque des disparités sociales et territoriales importantes. Les inégalités de santé se construisent dès le plus jeune âge et l'obésité est une pathologie traceuse de ces inégalités. Elle est associée à des comportements socialement différenciés en matière d'alimentation, de sédentarité etc. sur lesquels il est possible d'agir précocement de façon individuelle (en développant par exemple des programmes d'éducation pour la santé adaptés) ou collective (taxation des boissons sucrées, étiquetage nutritionnel,...). Pour agir encore plus en amont, sur les déterminants fondamentaux des inégalités sociales de santé, il convient de mobiliser les différentes politiques sectorielles (conditions de vie, éducation, lutte contre la pauvreté, soutien à la parentalité...)²⁸.

La combinaison d'une action sur l'ensemble de la population (prévention universelle) et d'une action différenciée selon différents groupes (permettant d'agir sur chaque catégorie de la population suivant ses besoins), vise précisément à la réduction du gradient social de santé²⁹.

Si l'on veut être plus efficace pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, il convient d'agir sur les déterminants adéquats et idéalement sur les causes des causes correspondant aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales influençant la société dans son ensemble.

Puisqu'il s'agit d'articuler l'intervention du système de santé et des leviers extérieurs à celui-ci, plusieurs niveaux d'action sont possibles :

- l'action coordonnée, au niveau interministériel, sur l'ensemble des déterminants de la santé (déterminants sociaux, environnementaux, éducatifs, déterminants en matière de santé au travail, etc.) ;
- l'action locale, elle aussi intersectorielle : s'appuyer sur les dispositifs existants et affirmer le cadre d'intervention commu-

²⁶ GBD 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1813-50.

²⁷ En 2015, d'après les données de l'enquête Esteban (2015), l'obésité concerne près d'un adulte sur six (la prévalence est la même chez les hommes et chez les femmes) et le surpoids touche près d'un tiers des hommes et environ une femme sur quatre. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en

2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(13):234-41

²⁸ Rapport sur l'état de santé de la population – édition 2017 – DREES & Santé publique France

²⁹ C'est le but des stratégies dites d'«universalisme proportionné», concept défini par Sir Michael Marmot dans son rapport établi à la demande du ministère de la Santé britannique sur les inégalités sociales de santé (2010). Cf. M. Marmot. *Fair Society, Healthy Lives : A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*

nautaire car c'est à ce niveau que peuvent se concrétiser les actions de promotion de la santé visant à réduire les inégalités sociales de santé ou à développer des programmes ciblés, axés sur les populations les plus vulnérables, notamment chez les enfants, les personnes âgées, ou encore, les personnes en situation de handicap.

Parmi les enjeux prégnants en matière de prévention, il faut bien entendu aussi évoquer la question des innovations, au sens où le HCAAM avait traité de cette notion dans son rapport de 2016.³⁰ Cf. rappel de quelques innovations en cours ou attendues dans le champ de la prévention, dans l'encadré ci-dessous.

Innovations techniques susceptibles d'avoir un impact sensible en matière de prévention

Favoriser l'autonomie, la vie à domicile

- Biocapteurs, et télé-suivi de constantes physiques et biologiques
- Télémédecine (téléconsultation, télésurveillance, télé-expertise, télé-assistance)
- Aides techniques pour les activités de la vie quotidienne, notamment pour la motricité
- Piluliers intelligents
- Dispositifs de rappel de tâches
- Dispositifs de stimulation de la personne
- Assistance robotique
- Domotique (détecteur de fumée, détecteur de chutes, balisage lumineux des parcours nocturnes les plus utilisés...)

Faciliter le suivi de maladies chroniques

- Imagerie moléculaire
- Suivi post-thérapeutique (ex : télé-cardiologie)
- DMI intelligents
- Biomarqueurs
- Biocapteurs, Systèmes bio-embarqués communicants
- Autres types de capteurs, notamment pour la télésurveillance

Améliorer la connaissance sur les parcours, l'épidémiologie, l'efficacité des soins et la veille sanitaire

- Constitution de bases de données dans le respect des règles de confidentialité et de sécurité nécessaire ; perspectives du big data
- Développement des outils d'analyse des données de santé

³⁰ HCAAM, Innovation et système de santé, novembre 2016 <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam-innovation-systeme-sante-tome-1-web.pdf>

Comment appréhende-t-on les enjeux-clés?

Les éléments de priorisation varient selon les secteurs et le niveau de l'action publique, selon qu'il s'agit de prioriser (ou d'autoriser) des investissements, de hiérarchiser la mise en œuvre de plans ou de programmes ou d'ordonner les actions à mener à l'intérieur d'un programme, etc.

Il est essentiel de construire un savoir épidémiologique à partir d'outils éprouvés, tels que les indicateurs DALY et QALY, en termes de mortalité ou de morbidité, d'années en bonne santé épargnées ou au contraire dilapidées (« années de vie perdues »), de coût social, de fardeau des maladies.

Cette grille d'analyse épidémiologique ou économique doit venir à l'appui de la décision politique ; elle est là pour l'éclairer, à côté d'autres considérations, d'opportunité, de mise à l'agenda ou de capacité à agir efficacement, sans parler des considérations d'équité, qui mettront en exergue les inégalités sociales ou territoriales de santé.

Outils

A partir de la mortalité prématurée (avant 65 ans ou avant 75 ans³¹) et de l'impact des maladies sur la capacité fonctionnelle des individus, il est possible d'introduire des indicateurs qui quantifient les années potentielles de vie perdues « en bonne santé ».

Le DALY³² (*disability adjusted life years*) développé par l'OMS et la Banque mondiale permet de rendre compte du fardeau global des maladies en termes de « charge de morbidité ». C'est un outil de hiérarchisation des priorités, de plaider, de surveillance et de suivi.

Dans une approche médico-économique, on peut retenir un indicateur comme le QALY³³ (*quality*

³¹ Selon les recommandations du Haut Conseil de la santé publique de 2013 : HCSP, *Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable »*, avril 2013 (sous la direction d'Eric Jouglu)

³² Le DALY est la somme des années de vie perdues par mortalité prématurée et des années en bonne santé perdues par l'incapacité due à la maladie. Des taux d'actualisation par âge peuvent être appliqués aux années de vie et ce afin de favoriser les bénéfices de santé immédiats au détriment des plus lointains. L'étude observationnelle *Global Burden of Disease* de Murray et Lopez donne les chiffres pays par pays et montre le poids considérable des maladies non transmissibles dans la charge de morbidité. <http://thelancet.com/gbd>

³³ Le QALY (*quality adjusted life years*) combine le nombre et la qualité des années de vie. Une intervention qui permet de bénéficier d'une année de vie supplémen-

adjusted life years) qui associe quantité et qualité de vie et permet d'aider à la décision d'aval en déterminant les interventions efficaces.

3. Le cadre d'action stratégique

La Stratégie nationale de santé : du pilote au projet à construire

La « Stratégie nationale de santé » prévue par la *Loi de modernisation de notre système de santé* de janvier 2016³⁴ est un exercice stratégique censé être conduit pour une période de 10 ans maximum, sorte de « Livre blanc » en matière de santé (pour prendre l'analogie avec le domaine militaire), destiné à définir des priorités en matière de santé, à organiser l'action publique en conséquence et, pour cela, à consolider une gamme d'outils de programmation aux niveaux ministériel, interministériel et régional.³⁵

La procédure pour élaborer cette *Stratégie nationale de santé*, pour conduire les concertations nécessaires, a été définie par décret n°2016-1621 du 28 novembre 2016, qui précise les conditions de définition, d'adoption, de révision, de suivi annuel et d'évaluation pluriannuelle. La *Stratégie na-*

taire en parfaite santé vaut un QALY. La connaissance du coût de l'intervention permet alors de définir un coût par QALY, notion utilisée en médico-économie.

³⁴ Le fait de reprendre l'expression choisie pour qualifier l'exercice réalisé sous l'égide du « Comité des sages » présidé par Alain Cordier en 2013 (*Un projet global pour la stratégie nationale de santé - 19 Recommandations du comité des « sages »*, juin 2013) a pu créer une certaine confusion entre ce travail pilote et la stratégie à bâtir aujourd'hui, aux termes de la loi.

³⁵ L'article L. 1411-1-1 est ainsi rédigé :

« La politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La stratégie nationale de santé détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant.

« Préalablement à son adoption ou à sa révision, le Gouvernement procède à une consultation publique sur les objectifs et les priorités du projet de stratégie nationale de santé.

« La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé fait l'objet d'un suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle, dont les résultats sont rendus publics.

« Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions d'application du présent article. »

tionale de santé élaborée dans le cadre ainsi défini sera arrêtée par décret.

Cette stratégie est aujourd'hui à élaborer, à partir d'une analyse documentée, en termes de besoins, de priorités, de doctrine d'action et d'emploi des moyens, en termes d'organisation de la prévention et des soins, en termes de moyens mis en œuvre et de ressources...

L'élaboration de cette stratégie suppose que l'organisation administrative dédiée soit en place.

Une fois actée, elle doit être traduite dans un « Plan national de santé » (version programmatique quinquennale, cf. infra) mais aussi déclinée à travers les exercices de programmation réalisés au niveau régional, les « Programmes régionaux de santé » qui doivent être arrêtés au 1^{er} janvier 2018³⁶.

Les avatars de la programmation pluriannuelle

Les tentatives de mettre en place une programmation pluriannuelle des politiques de santé est un projet qui n'est pas nouveau :

- la loi organique de 1996 avait imposé en annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale l'élaboration d'un « rapport présentant les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale » (disposition abrogée) ;
- la loi sur les droits des malades de 2002 avait également tenté de mettre en place une procédure d'élaboration de la politique de santé précédant la discussion de la loi de financement (disposition jamais mise en œuvre) ; « La nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels » (article L.1411-1 du code de la santé publique) ;
- la loi sur la santé publique de 2004 lui avait substitué le principe d'une loi quinquennale de santé publique fixant « les objectifs de la politique de santé publique » et l'établissement d'un rapport annexé à la loi pour préciser ces objectifs et les principaux plans d'action prévus pour sa mise en œuvre.

³⁶ Le gouvernement a annoncé que le calendrier en question serait desserré pour permettre cette articulation stratégique national-régional.

La programmation thématique nationale

La prolifération des plans de santé publique, depuis une vingtaine d'années au moins, est problématique du fait du nombre mais également des caractéristiques mêmes de cette « programmation ».

L'inventaire en est en vérité fort hétérogène³⁷.

Certains dispositifs, les « grands » plans ont toutes les caractéristiques d'une programmation, ce que prévoyait d'ailleurs la loi de santé publique de 2004, une fois définies des priorités : en matière de cancer, de santé-environnement, de nutrition ou de sécurité routière... Ceux-ci ont quelques caractéristiques communes : préparés dans des conditions robustes, régulièrement évalués (d'un millésime à l'autre), adossés à une organisation véritable (en interministériel ou en étant confié à un opérateur dédié), surtout dotés de moyens conséquents (et reprenant les moyens disponibles dans le champ de la politique considérée) et ancrés dans une chronologie rigoureuse... Ces exercices révèlent les possibilités de la programmation en santé publique et... l'ingénierie à déployer pour ce faire.

A côté, quantité d'exercices présentent les propriétés inverses : conçus de façon stéréotypée pour répondre à telle ou telle injonction, sans durée et sans réelle consistance, mobilisant à la marge les moyens des organisations du champ considéré, désespérant les évaluateurs ou reléguant les tentatives d'évaluation à des analyses de mise en œuvre...

Si l'on considère maintenant l'alternative, telle qu'elle découle de la définition d'une *Stratégie nationale de santé*, il y a place pour un « Plan national de santé » (volet programmatique de la stratégie), rassem-

³⁷ Entre 2003 et 2013, 51 plans nationaux ont été mis en œuvre. En 2017, 27 plans sont en cours de mise en œuvre et 9 nouveaux plans sont en cours d'élaboration. Aux plans visant – implicitement – à réduire le fardeau des maladies (plan obésité, plan nutrition, plan maladies chroniques...) s'ajoutent divers plans relatifs à la sécurité sanitaire, à l'organisation de filières de soins (plan AVC) ou à des problématiques jugées prioritaires (plan cancer, plan Alzheimer). Cette catégorisation ne rend pas compte de la place de la prévention et de la promotion de la santé dans ces différents plans et programmes de santé publique.

blant des programmes d'action spécifiques représentatifs des priorités en matière de santé (notamment ceux de la première catégorie évoquée ci-dessus) et un cadre d'action générique mobilisant l'ensemble des acteurs.

Une approche par grands déterminants de santé (environnement, santé au travail, alimentation et lutte contre la sédentarité, prévention des addictions, prévention du risque infectieux, santé mentale) permettrait de couvrir le périmètre de la quarantaine de plans en cours ou en projet, à l'exception bien entendu des plans relatifs à l'organisation de prises en charge spécifiques (plan maladies neurodégénératives, plan autisme, plan greffe, plan pour l'accès à l'IVG, plan maladies rares...). Une approche par déterminants n'est pas incompatible avec une approche populationnelle centrée sur les différents âges de la vie : périnatalité, enfance, santé sexuelle et reproductive, fin de vie, santé des personnes d'âge actif.

Les éléments constitutifs d'un Plan national de santé

1. Le rappel des points clés de la SNS et notamment les priorités affichées ;
2. Les objectifs opérationnels de la programmation à 5 ans ;
3. Les principes de gouvernance ;
4. Les moyens mis en œuvre
 - Les principaux programmes d'action :
 - Les « grands » plans
 - Le programme d'action ministériel courant
 - Les programmes d'action des autres ministères
 - La programmation régionale
 - L'approche pluriannuelle des moyens mis en œuvre
 - Crédits budgétaires
 - Crédits d'assurance-maladie
 - Moyens mobilisés par les partenaires
 - Les dispositifs de suivi et d'évaluation (en retraçant à chaque fois les crédits mobilisés)
 - Les moyens en matière de recherche et de formation
 - Le suivi mis en place
 - Les dispositifs d'évaluation

La programmation territoriale

La territorialisation est fondamentale lorsqu'on raisonne sur les priorités de santé publique.

Certes, il est important de définir les axes structurants à l'échelle nationale mais le travail sur les priorités ne saurait se faire uniquement à cette échelle. La programmation stratégique à l'échelle régionale est même, dans une large mesure, la vraie colonne vertébrale de la politique de santé.

En infra-régional, il faut aussi considérer les priorités de proximité, que l'on retrouve notamment dans les Contrats locaux de santé (cf. infra).

L'articulation des trois niveaux de priorités (nationales, régionales et locales) est un enjeu. Les matériaux de synthèse manquent pourtant au moment de dresser une image nationale de la programmation territoriale. C'est là une lacune qu'il conviendrait de combler.

Les *Programmes régionaux de santé* (PRS) de première génération prévoyaient un volet « prévention » spécifique. Il n'en va pas de même de la deuxième génération, qui se veut intégrative.

Assez complexe dans la loi HPST, le dispositif prévu par la loi de 2016 se veut plus simple : le directeur général de l'ARS définit dans le PRS, en cohérence avec la SNS, les objectifs pluriannuels, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Le cadre d'orientation stratégique détermine les objectifs et les résultats attendus à dix ans. Le schéma régional de santé qui absorbe les schémas spécialisés prévus par la loi HPST (schéma « prévention », schéma « organisation des soins », schéma « organisation médico-sociale ») est établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour l'ensemble de l'offre de soins et des services de santé.

Les premiers PRS avaient essuyé les plâtres de la création des agences³⁸ ; ceux de la

³⁸ Mais, comme le souligne François Baudier, ils avaient pu bénéficier d'une large concertation, très appréciée des acteurs. En ces matières, il faut sans doute aller au-delà d'un principe de consultation et associer aussi fortement que possible les instances de démocratie sanitaire aux processus de décision, à leur suivi et à leur évaluation.

deuxième génération sont contraints, pour une partie d'entre eux, par le processus de fusion intervenue entre un certain nombre de régions – et donc d'ARS – qui explique d'ailleurs largement les disparités entre territoires quant à la maturité actuelle des projets de PRS.

Il manque aux PRS en cours d'élaboration le cadrage stratégique national censé être apporté par la *Stratégie nationale de santé*. Une fois celle-ci définie, les PRS de deuxième génération pourront s'articuler non pas avec une multitude d'objets nationaux de programmation disparates (les nombreux plans de santé publique), complétés par de multiples instructions et injonctions de l'administration centrale, mais avec un plan national structuré.

Une autre dimension essentielle de cette programmation est la consolidation des moyens d'action territoriaux et la mobilisation de l'ensemble des acteurs (dans le champ du ministère de la Santé et de l'assurance maladie, dans celui des autres ministères, au niveau des collectivités locales et bien entendu au niveau des populations et de leurs représentants), d'où l'importance cruciale d'une concertation renforcée.

Les ARS disposent d'un volant financier³⁹ via le Fonds d'intervention régional⁴⁰. La question de la pluriannualité des crédits a été prise en compte par la *loi de financement de la sécurité sociale pour 2015* (article 56) qui a confié aux ARS la gestion budgétaire et comptable pleine et entière du fonds et l'inscription dans une gestion pluriannuelle des crédits. Reste la question des expérimentations financées sur le FIR et du passage de financements ponctuels à des financements pérennes pour la diffusion des actions probantes.⁴¹

4. La mise en œuvre de l'action publique

Les effecteurs

³⁹ Le budget des ARS pour la prévention et la promotion de la santé, quelle que soit l'origine du financement (crédits Etat et FIR) est de l'ordre de 695 millions d'euros en 2015.

⁴⁰ Compte tenu du fléchage d'une partie des crédits recensés dans le FIR, les ARS n'ont pas réellement la main sur une large part des ressources en question.

⁴¹ Cf. infra

La diversité des formes d'intervention

Les moyens de l'action publique en matière de santé sont diversifiés. Les définitions que l'on utilise habituellement mobilisent différentes typologies : par rapport au déclenchement de telle ou telle maladie ou au parcours des individus (de la prévention primaire à la prévention quaternaire), eu égard au degré de « médicalisation » (de la prévention à la promotion de la santé, en passant par la réduction des risques), en fonction du type d'intervention (interdiction, promotion, incitation, action directe ou intermédiée), en fonction des moyens déployés (loi et règlement, taxes/bonus, campagne de communication, marketing social, action auprès des populations).

Arrêt du tabac : la e-prévention pour atteindre les groupes à risque

La consommation de tabac reste problématique en France comparativement à de nombreux autres pays de développement comparables. La prévalence de fumeurs réguliers y est élevée : en 2014, près de 33% des hommes et 25% des femmes déclarent encore fumer quotidiennement⁴².

L'objectif du *Plan national de réduction du tabagisme* est de passer sous la barre des 20% de fumeurs d'ici à 2024. Diverses options peuvent être envisagées : hausse du prix du tabac, aide au sevrage tabagique, utilisation de la cigarette électronique...

La prévalence du tabagisme est la plus élevée chez les inactifs et les chômeurs (un chômeur sur deux déclare fumer quotidiennement) et on observe un accroissement sensible des taux de fumeurs dans les catégories sociales les moins favorisées alors que la baisse est largement amorcée dans les groupes sociaux les plus favorisés.

La e-santé constitue sans doute une opportunité à explorer en la matière. Le projet StopAdvisor, développé au Royaume-Uni, est un dispositif d'aide à l'arrêt du tabac par Internet. La conception du site a reposé sur la théorie de la motivation PRIME (Plans, Responses, Im-

⁴² La situation est d'autant plus préoccupante qu'on enregistre un fort accroissement des cancers du poumon chez les femmes. Globalement 13% des décès (environ 73 000 décès en 2013) sont imputables au tabac et le tabagisme est le déterminant responsable du plus grand nombre d'années de vie perdues en bonne santé dans notre pays (10% des DALYs). La situation reste également préoccupante chez les jeunes (même si elle tend à s'améliorer) puisqu'un jeune de 17 ans sur trois déclare fumer quotidiennement en 2014.

pulses, Motives, Evaluations) et a été testé auprès de fumeurs socialement défavorisés (essai contrôlé randomisé réalisé auprès de 4 613 fumeurs). Le critère d'analyse principal était une abstinence continue de 6 mois vérifiée biologiquement. L'étude a permis de montrer que ce dispositif interactif était plus efficace qu'un simple site d'information statique auprès des fumeurs socialement défavorisés, alors qu'il ne l'était pas pour les fumeurs favorisés.⁴³⁴⁴

Au-delà de la diversité des formes d'intervention, il est important de considérer celle des effecteurs et des lieux.

Diversité des acteurs et de lieux

Les premiers acteurs à mobiliser, aux côtés des professionnels de santé, et à former sur les questions de prévention et de promotion de la santé, sont sans doute les travailleurs sociaux, les intervenants associatifs, les éducateurs au contact des jeunes, les professeurs de sport dans les écoles, etc.

Il importe de faire appel à l'ensemble des professionnels de santé pour assurer le travail de prévention. Il est en effet nécessaire de raisonner sur l'ensemble des compétences mobilisables, dans chaque profession, sans oublier le rôle des usagers et des patients, particulièrement déterminant dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé.

Il faut aussi bien entendu faire toute sa part à l'intervention des acteurs associatifs. Les exemples sont multiples, les associations d'usagers de drogues ont sans doute été

⁴³ Références : (1) Global Burden of Disease Study 2015. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016; (2) Numéro thématique BEH n°30-31 – 2016 : Le tabagisme en France : comportements, mortalité attribuable et évaluation de dispositifs d'aide au sevrage ; (3) R.Guignard et al. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Evolution* n°31, janvier 2015 ; (4) Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Conception et évaluation d'une intervention d'aide à l'arrêt du tabac visant à la réduction des inégalités de santé. L'exemple du site Internet StopAdvisor en Grande-Bretagne. *Bull. Epidémiol. Hebd.* 2016;(16-17):320-5 ; (5) Marschang S. Health inequalities and eHealth. Report of the eHealth Stakeholder Group to the European Commission. Final version, 21 February 2014.

⁴⁴ Une nouvelle application mobile de coaching des fumeurs pour les aider à arrêter de fumer a été lancée en septembre 2016 en France. Elle vient compléter Le dispositif Tabac-info-service qui comprend maintenant un site web, une ligne téléphonique d'information, un dispositif d'aide à l'arrêt du tabac par téléphone avec des tabacologues et cette nouvelle application.

précurseurs dans la mise en place d'actions concrètes de prévention et de promotion de la santé, mais d'autres champs de la santé se sont saisi de ces outils. La périnatalité, le diabète, le cancer, la santé mentale sont des exemples. Les actions des associations se font tant à l'échelle des territoires que des populations, permettant de distinguer des modèles innovants de prévention et de promotion de la santé, communautaires et ancrés dans les territoires⁴⁵.

Les actions de prévention de l'obésité chez les étudiants, telles que décrites dans l'encadré ci-dessous, sont un exemple de politique de prévention communautaire, ancrée dans chaque territoire et incluant un axe essentiel d'éducation pour la santé.

Le dispositif AGORAé

Le projet AGORAé a été initié par la FAGE (Fédération des associations générales étudiantes) en 2011, face au constat d'une précarité croissante au sein la population étudiante⁴⁶. Il s'agit d'épiceries solidaires qui assurent un accès simplifié à une alimentation saine et équilibrée pour les étudiants en situation de précarité, non éligibles aux programmes classiques d'aide alimentaire. En 2016, 14 épiceries solidaires AGORAé sont présentes sur le territoire national.

Les épiceries sont localisées au sein de locaux universitaires ou du CROUS, ou prêtés par des collectivités locales, voire dans certains cas, loués par les associations. Il existe également un système de camion mobile, assurant le rôle d'épicerie. L'ensemble des produits alimentaires de base sont proposés, ainsi que des fruits et légumes, avec des prix inférieurs de 10 à 30% à ceux du marché. A ces épiceries sont accolés des lieux de vie étudiants, pour favoriser la mixité sociale et proposer des initiatives de promotion de la santé et de l'équilibre alimentaire (ateliers d'éducation à l'alimentation, présence de nutritionnistes, dégustation de fruits, etc.).

⁴⁵ Au-delà des intervenants classiques, professionnels de santé ou non, le rôle de nouveaux acteurs dits « navigateurs » ou « ambassadeurs » fait l'objet d'expérimentations menées dans les champs du cancer ou du VIH-sida, mais également dans le domaine des addictions et de la vie sexuelle et affective. Ces « navigateurs » profanes ou professionnels sont intégrés dans la population et visent à orienter les usagers et à faciliter leur parcours dans le système de soins. Cette approche communautaire a été utilisée avec succès aux Etats-Unis (Etat de Washington) pour faire baisser la défiance contre la vaccination.

⁴⁶ Le projet a été développé avec l'aide de l'ANDES, Association nationale de développement des épiceries solidaires, qui a contribué à l'élaboration du cahier des charges.

Les lieux d'exercice en ville (cabinets de professionnels libéraux, isolés ou regroupés, centres de santé), les lieux à caractère hospitalier (quel que soit le statut), les enceintes dédiées à la médecine préventive (en PMI, en milieu de travail ou en milieu scolaire), les établissements sociaux et médico-sociaux, les lieux de vie, d'activité sportive ou de loisir, les établissements scolaires... Tous ces lieux ont un potentiel en matière de prévention et de promotion de la santé, plus ou moins exploité. Lieux opportunistes ou lieux dédiés, il importe en tout cas d'utiliser au mieux les ressources (devenues rares dans certains cas), les capacités d'animation ou d'organisation, le temps disponible des individus.

L'organisation des réponses sur le territoire peut naturellement prendre des formes diversifiées : le maillage offert par les officines pharmaceutiques fait de celles-ci des pivots intéressants pour une action de prévention (au-delà de la vaccination, objet de récentes évolutions). Le fait qu'un certain nombre de professionnels (médecins mais surtout professionnels paramédicaux et personnels exerçant dans les « services à la personne ») se déplacent au domicile des personnes, âgées notamment, en fait des sentinelles essentielles en matière de prévention. De la même façon, un certain nombre d'établissements médico-sociaux, non médicalisés, assurent une mission de continuité des soins auprès de résidents et pourraient être davantage impliqués dans la prévention et la promotion de la santé, moyennant une formation adéquate pour les professionnels éducatifs sur ces sujets.

Au-delà de la diversité, quels principes d'organisation ?

En ville, l'accent mis sur la prévention dans les discours publics stimule la vocation de bien des métiers. La prévention doit effectivement être davantage intégrée dans les pratiques des professionnels de santé, tant il est vrai que prévention et soins forment un continuum. Mais encore faut-il préciser les conditions d'organisation de ces interventions.

Pour bien mesurer les enjeux, il n'est pas inutile de revenir aux définitions. Il convient en particulier de distinguer la prévention individuelle, ciblée sur le haut risque (de maladie) et la prévention collective, visant à



protéger, à promouvoir la santé de tous⁴⁷. En d'autres termes, la prévention collective, qui s'adresse à l'ensemble d'une population, sur un territoire par exemple, va s'intéresser au faible risque de tout un chacun de devenir malade et ambitionne de renforcer les chances de rester en bonne santé par des mesures généralement éducatives ou environnementales. La prévention ciblée est quant à elle plus souvent médicalisée. Les deux types d'intervention sont nécessaires mais ne doivent pas être confondus ou superposés, dans la mesure où ils ne visent pas les mêmes objets et ne mobilisent pas les mêmes moyens.

La confusion entre ces deux types d'approche amène bien souvent à ne considérer l'approche collective que comme une sorte de massification de l'approche individuelle et consiste notamment à traiter un grand nombre d'individus à risque modéré ou faible par un abaissement des seuils d'intervention médicalisée... Alors qu'il conviendrait plutôt de faire valoir l'intérêt d'une personnalisation dans le cadre des campagnes de santé publique.

Reconnaître la dimension collective de l'activité de prévention amène à considérer quelques enjeux d'organisation.

Comme l'écrivait en 2000 Marcel Goldberg, « *une prévention efficace ne se réduit aucunement à la pratique isolée et spontanée d'actes considérés comme de nature préventive (vaccination, dépistage, conseils hygiéno-diététiques...)*. Seuls des programmes de prévention planifiés, aux objectifs explicites, contrôlés tout au long de leur réalisation et évalués en permanence, peuvent prétendre à une véritable efficacité...⁴⁸ » Il appelait de ses vœux une plus grande coordination de la médecine de

⁴⁷ Les analyses ci-dessous sont issues d'une note communiquée par Pierre Lombrail : « « Repenser la prévention à l'heure du PRS2 » (2016). Il rappelle le travail de Geoffrey Rose invitant à distinguer les causes de la maladie chez l'individu (exemple : une élévation du risque cardio-vasculaire chez l'individu liée à une élévation de la pression artérielle, qui peut justifier une prise en charge médicamenteuse si les mesures hygiéno-diététiques ne suffisent pas) et dans la population (élévation du niveau moyen de pression artérielle corrélée à la consommation de sel, généralement du fait de la consommation de produits manufacturés trop salés, problème qui invite à une action corrective chez les fabricants).

⁴⁸ Marcel Goldberg, *Rapport d'expertise sur l'activité et les orientations des centres d'examen de santé*, novembre 2000



ville. L'organisation des équipes de soins primaires comme celle de la médecine de deuxième recours concourt à cet objectif

Il nous faut en effet aujourd'hui combler une lacune d'organisation (qui est en situation de conduire des campagnes un peu systématiques auprès des populations?) et pallier les difficultés d'un certain nombre de réseaux institués (en PMI, en santé au travail ou en matière de santé à l'école notamment).

S'appuyer sur les soins primaires et le dispositif « médecin traitant » est une façon de promouvoir la dimension collective. Les équipes de soins primaires et, en leur sein, les médecins généralistes, doivent orienter clairement leur offre vers la promotion de la santé.

Les acteurs des soins spécialisés ont également leur rôle à jouer dans cette démarche de prévention, d'où l'importance à encore de leur organisation sur le territoire⁴⁹

La question de la ressource médicale disponible sur le territoire est bien évidemment une donnée clé mais ce n'est pas la seule :

- pour affirmer leurs compétences sur les sujets de prévention et de promotion de la santé, les professionnels de santé doivent bénéficier d'une formation spécifique (en formation initiale comme en formation continue), au même titre que les professionnels non issus du secteur de la santé ;
- la coopération doit être renforcée avec les chercheurs sur les bonnes pratiques, les bons indicateurs et les référentiels ; la Haute autorité de santé doit continuer d'affirmer son rôle dans le champ de la prévention ;
- l'organisation pratique des lieux d'exercice est bien évidemment un enjeu clé⁵⁰. Qu'il s'agisse de formes d'exercice regroupé physiquement ou d'autres formes d'organisation des professionnels dans les territoires, ceux-ci doivent pouvoir dégager du temps et disposer des moyens d'assurer un suivi populationnel performant (secrétariat, base de données, etc.) pour déployer une offre adaptée à titre individuel, en matière de vac-

⁴⁹ Cf. HCAAM, *Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire*, Avis, juin 2017.

⁵⁰ D'où l'importance des dispositifs de type *Accord conventionnel interprofessionnel (ACI)*.

cinations, de dépistage, de consultations de prévention... mais aussi une offre au plus près des conditions de vie, d'études, de travail...

Mettre en place ces éléments d'organisation, à la faveur du déploiement des équipes de soins primaires ou des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), permet de reconnaître leur responsabilité populationnelle et territoriale en matière de santé publique.

L'encadré ci-dessous évoque l'expérience de la Région Nord-Pas-de-Calais en vue de favoriser les activités de prévention et de promotion de la santé au sein des maisons de santé. On peut aussi mentionner l'Appel à projet 2017 de l'ARS Pays de la Loire intitulé « *Développement de la prévention au sein des maisons de santé pluri-professionnelles* ».

Cette structuration permettrait d'effacer la distinction longtemps faite entre dépistages dits « organisés » et ceux relevant de la pratique courante des professionnels de santé. Il est important que ceux-ci contextualisent les campagnes de santé. C'est dans la durée que peut se bâtir l'alliance thérapeutique dans les interventions soin-prévention ;

- la question est posée de l'articulation entre une organisation structurée des soins primaires et les services de médecine spécialisée à vocation universelle. L'IGAS appelait déjà en 2003⁵¹ à une clarification des missions et à une spécialisation des organisations. « *Le bilan de santé systématique continue à occuper une place centrale dans l'activité des services de médecine préventive que sont la PMI, la médecine scolaire, la médecine du travail ou les centres d'examen de santé. Cette pratique a correspondu à un stade de la politique de prévention, et a eu jadis son utilité pour les individus qui en bénéficiaient. Les besoins de santé de la population ont toutefois évolué, et le réseau des médecins est suffisamment développé pour qu'il ne soit plus nécessaire de disposer de services de médecine préventive spécialisés à vocation universelle.*

⁵¹ Rapport déjà cité.

Le principal objectif de tels services doit être désormais d'atteindre les personnes « à risques » et celles ne bénéficiant pas d'un suivi médical. Le dépistage polyvalent est désormais une démarche aussi coûteuse que peu efficace. »

Au-delà même des difficultés liées à la démographie médicale dans ces trois secteurs (PMI, santé à l'école et santé au travail), l'effort de structuration des soins primaires et leur vocation à assumer une pratique plus collective de la prévention amènent bien entendu à reposer cette question de l'articulation entre les dispositifs et entre les formes d'intervention.

Les problématiques autour de la santé des enfants justifient par exemple pleinement de raisonner au-delà des frontières organisationnelles entre les soins primaires « de ville », les soins de second recours et les services de médecine spécialisée (PMI et santé scolaire). La lutte contre l'obésité, l'apparition de pathologies comme le diabète de type 2 chez les adolescents justifient pleinement ces formes de mobilisation collective.

Il en va de même en matière de santé au travail : les professionnels de ville doivent jouer pleinement leur rôle et, pour cela, être en situation de connaître les risques auxquels peuvent être exposés les salariés.

- dernière question mais pas la moindre, le développement d'activités préventives en matière d'addiction, de tabagisme, d'alcoolisme, de nutrition, de pratiques sexuelles à risques, d'éducation à l'hygiène et à la santé pose la question des compétences à mobiliser et du partage des tâches entre professionnels (professionnels de santé mais pas seulement : on a vu plus haut toute la diversité des intervenants mobilisables). Cette question recèle des dimensions organisationnelles (en particulier compte tenu des ressources disponibles sur le territoire), des enjeux de formation mais aussi bien entendu des enjeux de rémunération.

L'exemple des maisons de santé en région Nord-Pas de Calais

La région Nord Pas-de-Calais avait fait le choix de faire de la prévention une condition pour la contractualisation avec les maisons de santé. L'objectif poursuivi était d'améliorer à terme le

service rendu à la collectivité en structurant une offre de santé globale (soins, prévention, promotion de la santé et médico-social⁵²) et cohérente, articulée autour d'une approche populationnelle et territorialisée. L'organisation d'un dispositif à partir des maisons de santé était apparue comme un élément structurant pour avoir un impact sur l'organisation territoriale dans son ensemble, aussi bien en zone rurale où l'implantation de maisons de santé répond plutôt à un déficit d'offre de soins de proximité qu'en zones urbaines où les enjeux sont plutôt focalisés autour de l'urgence sociale. La coopération entre les divers professionnels de santé offre une nouvelle place à des thématiques de prévention et de promotion de la santé, en général peu investies dans un exercice individuel.

Les maisons de santé dans cette dynamique sont susceptibles de devenir assez naturellement les partenaires et les relais des actions menées par les collectivités.

La prise en charge financière

Les conditions de prise en charge de la vaccination, des dépistages ou des consultations de prévention posent un certain nombre de questions :

- sur la pertinence de différences dans les niveaux de prise en charge entre les différents actes, produits ou dispositifs concourant à la réalisation d'une séquence de prévention. La question se pose aussi vis-à-vis des interventions consécutives à la démarche de prévention. ;
- sur les distorsions qui peuvent résulter des différences de prise en charge entre les actes des professionnels de santé et les produits de santé, au premier rang desquels les médicaments qui sont bien remboursés et ceux de professionnels ou de dispositifs qui ne sont pas aujourd'hui dans le panier remboursé ;
- sur les modalités favorisant l'articulation entre la politique de prise en charge financière et les recommandations édictées ou les cibles définies dans le cadre

⁵² Les maisons de santé subventionnées par le Conseil régional devaient ainsi répondre à trois critères : l'obligation de faire de la prévention, la lutte contre la désertification sanitaire et le développement de services médico-sociaux. Ces critères concernaient aussi bien les maisons de santé pluri-professionnelles que des maisons locales de promotion de la santé (sans offre médicale).

de la politique de santé publique se pose enfin.

L'exemple de la vaccination est assez édifiant : il n'y a pas de lien étroit établi entre le périmètre et le niveau de remboursement et le ciblage qui résulte des obligations ou recommandations édictées dans le cadre de la politique vaccinale.

Prise en charge en matière de prévention : l'exemple de la vaccination

La vaccination, dans les conditions du droit commun, est prise en charge par l'assurance maladie à 70% lorsque l'injection est réalisée par un médecin ou 60% lorsqu'elle est réalisée par une infirmière. Le vaccin prescrit est remboursé à 65%, sous réserve de figurer sur la liste arrêtée par les Ministres de la santé et de la sécurité sociale. La prise en charge est à 100% pour les patients en ALD pour les vaccins en lien avec leur affection. S'il ne figure pas sur la liste, le vaccin n'est pas remboursé alors même qu'il peut être recommandé (fièvre jaune).

La prise en charge à 100% des vaccins est prévue dans le cadre des campagnes de vaccination soutenues par le FNPEIS s'agissant du ROR et de la grippe.

La gratuité de la vaccination est assurée dans le cadre de la politique vaccinale par les centres de vaccination agréés par l'Etat, ainsi que par les centres des collectivités territoriales liés par convention avec l'Etat.

Dans le milieu de travail, un certain nombre de vaccins obligatoires ou recommandés pour certaines catégories de professionnels (professionnels de santé notamment) sont pris en charge totalement par l'employeur lorsque la vaccination est réalisée dans le cadre professionnel ou dans celui de la médecine du travail.

Revoir l'approche du remboursement

Malgré l'évolution décrite plus haut, qui inscrit l'intervention de l'assurance maladie dans le cadre de la politique générale de santé, incluant la prévention et la promotion de la santé, l'approche du remboursement n'est toujours pas considérée dans une logique de stratégie ou de parcours de prévention et de soin.

Les périmètres de remboursement et la tarification doivent donc évoluer pour mettre en cohérence les pratiques en la matière et les stratégies de prise en charge.

Cela suppose d'insérer les actions de prévention dans les financements de droit commun (ce qui serait cohérent avec l'universalisation de l'assurance maladie et avec l'évolution des compétences des professionnels) et de ne plus raisonner sur le remboursement de façon morcelée. La contrepartie est bien entendu que les stratégies en question s'inscrivent dans des référentiels de prise en charge validés, en l'occurrence par les collègues professionnels et la Haute autorité de santé, et que les professionnels bénéficient d'une formation adaptée.

Dans le cadre d'une telle évolution, la question du ticket modérateur, tel que pratiqué actuellement, est posée dans certains cas. La question de la prise en charge – et de l'accessibilité financière – d'actes secondaires, consécutifs à une action de dépistage organisée, est également posée.

Revoir l'organisation financière

L'IGAS dans son rapport de 2003⁵³ pointait les enjeux en soulignant « *la difficulté à sortir le système de santé d'un mode d'organisation et de financement centré sur le curatif, à abattre la barrière symbolique qui cantonne d'un côté l'assurance maladie, principal financeur de la santé, au paiement quasi exclusif d'actes de soins, et de l'autre les services de l'État, décideurs sans levier financier à hauteur de leurs objectifs, à la politique de santé publique, ne s'explique pas seulement par la contrainte financière.* »

Les enjeux d'organisation des soins primaires évoqués plus haut, qui peuvent être gages d'économies, obligent à faire mouvement, au-delà de ce qu'ont déjà apporté les dispositions conventionnelles relatives à la profession médicale, aux professions paramédicales ou à l'inter-professionnalité.

La question se pose en effet de l'évolution de la structure des rémunérations, permettant d'inciter les professionnels de santé à diversifier leurs activités et à s'engager dans le développement des activités de prévention.

La promotion de nouvelles activités ou de nouvelles organisations doit naturellement viser l'efficacité et la performance allocative. Selon les cas, selon les configurations

⁵³ IGAS, Rapport annuel 2003 – Santé, pour une politique de prévention durable (déjà cité)

de terrain, le financement des structures existantes peut être privilégié (notamment les formes organisées en matière de soins primaires) ou, au contraire, le choix peut être fait, par des formules d'appel d'offres ou d'appel à projets, de susciter l'émulation entre les organisations pour fournir le meilleur service au meilleur coût.

Revoir l'approche des moyens mis en œuvre au titre de la prévention

Comme l'ont noté différents rapports, il est aujourd'hui difficile d'avoir une vision claire du périmètre des biens et services pris en charge par l'assurance maladie au titre de la prévention et de la promotion de la santé, ainsi que des dépenses qui y sont consacrées⁵⁴. Des travaux sont en cours sous l'égide de la DREES et de la DGS et doivent être poursuivis : ils permettront de mesurer de façon plus fine les moyens utilisés et mobilisables en matière de prévention.

Cet effort de définition vise plusieurs objectifs :

- il est important de bien identifier, parmi l'ensemble des actes et biens de santé pris en charge par l'assurance maladie, ceux qui ressortissent d'une logique de prévention (à tous les stades), voire de promotion de la santé, surtout si l'on entend étendre la doctrine d'emploi des ressources de l'assurance maladie ;
- il s'agit de mesurer l'effort de la collectivité et les dynamiques à l'œuvre : il est en effet important de comprendre la contribution propre de chaque secteur (consultations des différents professionnels, médicaments et biens de santé, « forfaits » populationnels...) ;
- dans une logique d'évaluation, il est important d'apprécier le poids des différentes composantes, tout particulière-

⁵⁴ Dans l'approche des « dépenses liées à l'environnement », on trouve cette définition « Ces comptes couvrent l'ensemble des actions et activités visant à la prévention, la réduction et l'élimination des pollutions, ainsi que toute autre dégradation de l'environnement. Pour être considérées comme relevant de la protection de l'environnement, ces actions, activités ou parties de celles-ci doivent satisfaire le critère de finalité, c'est-à-dire que la protection de l'environnement doit être leur objectif premier. » in Commissariat général au développement durable, Chiffres et statistiques n°708, décembre 2015. Il serait intéressant d'avoir le pendant pour ce qui concerne les dépenses de santé.

ment si on développe en parallèle une analyse en termes de performance comparée.

Au-delà des dépenses d'assurance maladie, il peut être intéressant, on l'a dit, de retracer les dépenses consacrées à la prévention et à la promotion de la santé par les différentes collectivités publiques, voire par les acteurs privés.

En cette matière, dans la logique du *Plan national de santé* proposé dans cet avis, il importe d'être pragmatique. Il s'agit donc de sérier parmi l'ensemble des dépenses ressortissant de près ou de loin de la protection de la santé de la population, celles mobilisables dans le cadre d'une programmation relevant de plusieurs départements ministériels.

Dans son rapport sur la prévention sanitaire de 2011⁵⁵, la Cour des comptes évoquait l'intérêt qu'il y aurait à élaborer, dans la logique de la *Loi organique relative aux lois de finances*, un *document de politique transversale* consacré à la prévention en santé, destiné à retracer l'ensemble des crédits d'Etat : à côté du programme 204 « Prévention et sécurité sanitaire », le programme 230 « Vie de l'élève » qui porte les moyens de la médecine scolaire, le programme 206, « sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation », qui finance des actions en faveur de la qualité de l'alimentation et le programme 181 « prévention des risques », qui porte le *Plan national santé environnement* (PNSE).

Il faudrait y adjoindre les crédits de l'assurance maladie, voire ceux directement mobilisés par les autres collectivités publiques (les collectivités locales en particulier).

Une telle approche permettrait d'étayer la programmation sur le plan financier et d'apprécier les moyens d'intervention réellement mobilisables en pluriannuel (au-delà des « services votés » pour reprendre un vocabulaire ancien, c'est-à-dire des moyens dévolus au fonctionnement courant des organisations).

⁵⁵http://www.assembleenationale.fr/13/budget/mecss/Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf.

La place des assureurs complémentaires

La participation des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) aux actions de prévention et de promotion de la santé est assurée de trois façons : les OCAM prennent en charge les frais de prévention de droit commun de façon complémentaire à l'assurance maladie⁵⁶ ; ils assument également des prises en charge d'actes de prévention à titre supplémentaire⁵⁷ ; enfin, certains OCAM développent des services de prévention et de promotion de la santé à destination des assurés.

L'intervention des OCAM permet de revenir sur un ensemble de questions :

- ils concourent à la prévention dans une logique à la fois individuelle (auprès de leurs assurés) et populationnelle (au sein de la population ou auprès de communautés particulières, en fonction des âges de la vie, des lieux, etc.) ; en cela, ils portent les deux dimensions de prévention et de promotion de la santé ;
- ils accompagnent traditionnellement les pouvoirs publics (aux différents échelons) dans la lutte contre les « fléaux sociaux » et dans la prévention des accidents de la vie (en matière de sécurité routière, en lien avec l'assurance automobile, ou d'accidents domestiques par exemple) ;

⁵⁶ La prise en charge complémentaire du panier de soins intègre des prises en charge relatives aux médicaments dits de prévention, à des frais de dépistage (dépistage des infections sexuellement transmissibles, par exemple) ou encore à la vaccination.

⁵⁷ C'est notamment le cas des consultations chez le nutritionniste mais aussi des consultations en pédicurie et podologie ou de diététique. Dans ce cas, des remboursements sont généralement prévus par les OCAM jusqu'à concurrence d'une certaine somme annuelle ou d'un nombre de séances maximum.

S'agissant de la vaccination non prise en charge par l'assurance maladie, les prises en charge par les OCAM sont très disparates. Ainsi, certains remboursent la vaccination « en frais réels », incluant alors l'achat du vaccin et l'injection par un professionnel de santé, alors que d'autres ne prévoient qu'un forfait global sans mention spécifique. D'autres ne prennent pas en charge les vaccinations non remboursées par l'assurance maladie. Enfin, certains OCAM promeuvent l'automédication responsable et proposent de prendre en charge des dépenses de pharmacie pour des médicaments non prescrits. Des matériels de prévention (tensiomètre, débitmètre de pointe, etc.) peuvent également être remboursés sur preuve d'achat par certains OCAM. Des organismes font le pari d'un forfait prévention permettant d'ajuster la prise en charge aux besoins de prévention de l'assuré.

- ils sont à l'initiative de campagnes d'information et d'éducation pour la santé sur les grands déterminants de la santé des populations (tabac-alcool, nutrition, activité physique⁵⁸ notamment) ;
- ils sont promoteurs de la diffusion de nouveaux dispositifs, en particulier numériques⁵⁹ ;
- dans le champ de l'audition, de l'optique et du bucco-dentaire, ils couvrent un large spectre d'activités : du dépistage à la prise en charge complémentaire, voire à l'organisation du marché à travers les réseaux de soins. Comme évoqué par ailleurs dans les travaux du HCAAM⁶⁰, ces secteurs sont atypiques, en tant qu'ils concentrent une part importante des garanties apportées par les OCAM⁶¹. Les rôles respectifs de l'AMO et des complémentaires ne sont pour autant pas toujours articulés en termes de modèle économique : dans le domaine bucco-dentaire, l'AMO ayant, pour l'essentiel, à sa charge les soins conservateurs et les complémentaires les soins réparateurs (implants et prothèses) ;
- la généralisation de la couverture santé complémentaire, portée par la Couverture maladie universelle, par l'Aide à la complémentaire santé, et, depuis 2013,

par l'Accord national interprofessionnel (ANI), renforce l'enjeu de la participation des OCAM en matière de prévention⁶². La généralisation de la complémentaire d'entreprise portée par l'ANI permet en outre d'envisager une articulation plus forte des efforts de prévention en dehors et à l'intérieur de l'entreprise, dimension essentielle compte tenu de l'importance des problématiques de santé au travail⁶³. C'est par le dialogue social au niveau des entreprises et des branches, grâce à l'expertise des acteurs, que les politiques de prévention seront adaptées aux situations de travail.

L'empowerment des patients

L'efficacité des politiques publiques en matière de prévention doit tenir compte de la «*construction sociale du risque*» et de la distance sociale entre professionnels et usagers (refus de soins, mauvaise appréciation des besoins, etc.). De plus, l'appétence ou la défiance pour la prévention concernent l'ensemble des citoyens, les usagers comme les professionnels (exemple de la vaccination).⁶⁴

De nombreux pays développent la démarche d'*empowerment* des patients, nouveaux partenaires dans le champ de la santé et singulièrement en matière de prévention. Encore faut-il s'assurer que la relation médecin-malade se transforme profondément et qu'elle envisage effectivement un partenariat avec les patients.

De nombreux exemples militent en faveur de l'implication, de l'association, voire de la codécision du patient. Citons, entre autres, le cas des patients sous anti-coagulants qui adaptent eux-mêmes leurs doses. L'absence de codécision peut induire une mauvaise observance des prescriptions par le patient,

⁵⁸ Cf. « Bouge...Une priorité pour ta santé ! » : cette action, créée par la Mutualité Française en 2008 et pilotée par elle, a pour but de favoriser la pratique régulière d'activités physiques et la lutte contre la sédentarité chez les élèves allant du CP à la terminale. Voir aussi le programme *Attitude prévention* mis en œuvre par les adhérents de la Fédération française d'assurance ou le programme *Bouge avec les zactifs*, à destination du public scolaire.

⁵⁹ Un service en ligne téléphonique mis en place par certains OCAM permet aux assurés d'obtenir des conseils pour s'orienter efficacement dans le système de santé. Des sites Internet dédiés à la prévention ont été mis en place par la plupart des OCAM, avec des informations santé et des conseils de prévention. De la même façon, des applications mobiles sont parfois développées et mises à la disposition des assurés pour permettre aux utilisateurs de collecter des données relatives à leur activité (nombre de pas, nombre de calories consommées ou perdues, temps de sommeil effectif, etc.), d'obtenir des conseils et/ou des orientations diagnostiques, de réaliser des scores, de bénéficier de coaching, de réaliser des défis ou des quiz...

⁶⁰ Cf. travaux sur l'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires

⁶¹ Même si la part respective de l'assurance maladie, des OCAM et des usagers est disparate dans les trois secteurs.

⁶² Des prestations de prévention ont d'ailleurs été identifiées au titre des « contrats responsables », qui prévoient la prise en charge au minimum de deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique.

⁶³ Cf. par exemple le programme *Entreprise territoire de santé* proposé par Malakoff Médéric.

⁶⁴ Les professionnels de santé eux-mêmes sont concernés lorsqu'ils sont dans la situation de patients... Les médecins ne se soignent pas comme les autres. 80 % n'ont pas de médecin personnel. Se livrer aux soins d'un confrère est difficile, du fait d'une éducation inappropriée dès le début de la formation. D'où la campagne organisée par le Collège français des anesthésistes réanimateurs : www.cfar.org/didoc/

qui ne suivra pas la prescription. Mais, à la différence de l'éducation thérapeutique du patient, forme de prévention sanitaire à destination des malades, l'éducation pour la santé désigne l'ensemble des moyens qui permettent d'aider les personnes et les groupes à adopter des comportements favorables à leur santé.

L'exemple de la vaccination, développé dans l'encadré ci-dessous, montre bien l'importance des stratégies d'intervention déployées, en particulier en situation d'adversité.

A côté du rôle des patients et de leurs associations, au-delà des formes instituées de représentation (Commission régionale de la santé et de l'autonomie ou Conseil territorial de santé), l'objectif pour demain est bien d'impulser une véritable participation citoyenne, notamment en proximité. Dans cette perspective, les outils numériques seront des atouts précieux (*Civic Tech*).

L'exemple de la vaccination et la question de l'« hésitation vaccinale »

Contre les maladies infectieuses, l'action s'organise autour du trépied hygiène-antibiothérapie-vaccination. Au XX^{ème} siècle, dans la suite de l'ère hygiéniste, on observe une massification de la politique vaccinale. Estimant les individus exposés à un niveau similaire de risque infectieux, la plupart des pays ont adopté des programmes élargis de vaccination. Ils ont permis l'obtention d'une large couverture vaccinale et le contrôle d'importantes endémies infectieuses.

La pratique de la vaccination universelle des enfants a permis la quasi-disparition de certaines pathologies de l'enfance (poliomyélite, diphtérie, rougeole). Pour autant, les agents infectieux responsables n'ont pas disparu et le maintien d'une couverture vaccinale élevée est nécessaire pour garantir un bon niveau de protection. En plus d'éviter les maladies, la vaccination diminue le portage et assure une « bulle vaccinale » contribuant à protéger les plus faibles, ainsi que le recours aux antibiotiques (et donc à préserver l'efficacité des antibiotiques) en diminuant le risque de surinfection bactérienne.

La France est aujourd'hui l'un des pays où la défiance à l'égard des politiques vaccinales est la plus forte. L'« hésitation vaccinale », en contribuant à fragmenter l'offre vaccinale, conduit à un relâchement de la couverture et certaines infections réapparaissent (exemple de la résurgence des cas de rougeole en France ces dernières années).

Les causes de l'hésitation vaccinale sont nombreuses. L'individu, en raison des externalités positives induites par la vaccination de ses semblables, peut par exemple juger sa contribution à l'action collective de vaccination inutile et décider de ne pas y participer. Les réponses à cette attitude peuvent être de deux ordres :

- coercitives, contraignant l'individu à se soumettre à une obligation vaccinale ;
- informationnelles, afin d'amener les individus à modifier leur balance coût/avantage et à se faire vacciner.

La concurrence informationnelle peut aussi justifier le développement de campagnes d'information selon une approche de marketing social. Ainsi, les enjeux ne consistent pas seulement en la mise à disposition d'un site Internet grand public pédagogique ; il s'agit aussi de développer des stratégies appropriées sur les réseaux sociaux, en vue d'exercer une forme de contre-lobbying.

5. La gouvernance de l'action publique

L'organisation nationale

Qu'en est-il de l'organisation propre au ministère de la Santé au niveau national ?

La *Stratégie nationale de santé* et la définition du *Plan national de santé* qui en serait l'expression programmatique décrivent assez bien le rôle du ministère de la santé au niveau central, à savoir réunir les éléments d'une stratégie et décrire les moyens afférents, en l'occurrence dans le champ de la prévention⁶⁵.

Le pilotage national et le suivi de la programmation relèvent pour leur part, en bonne logique (d'agence⁶⁶), des opérateurs dont ce doit être la mission : l'Agence nationale de santé publique, les opérateurs spécifiques (type INCA), l'assurance maladie (dans le domaine de la prévention médicalisée et de la santé au travail notamment) mais aussi aux opérateurs des

⁶⁵ Description des tendances épidémiologiques, évaluation des menaces et des risques, définition de priorités stratégiques et de priorités opérationnelles, appréciation des moyens d'action disponibles, en fonction notamment de l'organisation des acteurs mais aussi des retours d'expérience et des évaluations...

⁶⁶ Cf. Conseil d'Etat, *Etude annuelle 2012, Les agences : nouvelle gestion publique*, La documentation française, 2012.

autres ministères : la santé à l'école doit par exemple à l'évidence figurer parmi les priorités d'action d'une *Stratégie nationale de santé*, l'investissement à conduire doit relever d'un *Plan national de santé* mais les moyens mobilisés à l'intérieur de l'institution scolaire peuvent continuer de relever du ministère de l'Education nationale, à charge pour lui de mettre en œuvre le programme d'action concerté pour le compte du gouvernement.

L'organisation territoriale

Si on laisse de côté les actions de portée nationale (en matière de législation et de réglementation, en matière de fiscalité ou pour ce qui est des campagnes nationales), la dimension territoriale de l'action publique est bien entendu essentielle.

On considère ici les actions qui relèvent du ministère de la Santé⁶⁷, autrement dit des actions de prévention et de promotion de la santé « classiques » (prévention médicalisée, actions de prévention vis-à-vis de déterminants tels que l'alcool⁶⁸, le tabac ou les drogues...).

Pour leur conduite, plusieurs territorialités se superposent⁶⁹ :

- il y a les territoires de l'ARS, la construction territoriale en question portant souvent l'empreinte des compétences détenues par ailleurs par l'ARS pour l'organisation de l'offre de soins ;
- il y a la territorialité propre aux collectivités locales, qui dépend de la construction institutionnelle prévalant sur le territoire, c'est-à-dire des compétences des collectivités (commune, département, région) et des politiques de celles-ci, c'est-à-dire aussi des compétences détenues et exercées par les or-

⁶⁷ Cf. infra les actions au niveau intersectoriel.

⁶⁸ Voir le rapport de la Cour des comptes sur les « consommations nocives d'alcool » :

<http://www.ccomptes.fr/Actualites/Archives/Les-politiques-de-lutte-contre-les-consommations-nocives-d-alcool>

⁶⁹ Comme le souligne Thierry Lang, cette notion de territoire est complexe, selon qu'il s'agit d'un territoire géographique, administratif ou d'un territoire de mobilité personnelle, qui n'est pas celui de la résidence et qui est plus ou moins étendu suivant les territoires et les catégories sociales. Ce territoire de mobilité est celui qui permet l'accès aux services. Il y a donc une interaction entre le territoire « entité géographique » et la façon de l'habiter qui devrait être un élément de réflexion dans l'offre de prévention.

ganismes de regroupement⁷⁰. Au-delà des territoires et des compétences, au-delà de la volonté de prendre véritablement en charge la compétence, la mobilisation de l'action publique en santé dans les collectivités dépend enfin fondamentalement des capacités d'ingénierie (en termes d'analyse des besoins et de l'offre et en termes de management de projet) ;

- il y a enfin la territorialité propre aux professionnels de santé, avec là aussi des périmètres institués (autour des Unions régionales de professionnels de santé – URPS), des territoires fonctionnels (en fonction des zones de recrutement de patientèle et des organisations économiques instituées) et des territoires de projets (ceux des maisons de santé pluri-professionnelles ou des communautés professionnelles territoriales de santé).

Face à cette diversité territoriale, il importe de se doter de quelques principes d'action :

- la nécessité de développer la connaissance mutuelle et les liens de confiance entre les différents acteurs (ARS, élus locaux, professionnels de santé, assurance maladie) : interconnaissance et confiance ne sont pas forcément les caractéristiques qui ressortent spontanément lorsqu'on interroge les acteurs de part et d'autre ;
- face au risque d'une prévention et d'une promotion de la santé trop médico-centrées, des instances opérationnelles mixtes regroupant les professionnels de santé et des professionnels issus du secteur social ou médico-social, ainsi que les usagers, pourraient jouer un rôle intéressant sur le territoire et concrétiseraient une vision élargie de la première ligne de soins ;
- l'intérêt qu'il peut y avoir à unifier organisation territoriale et programmation stratégique : bien évidemment, il peut y avoir distorsion entre la logique fonctionnelle du territoire de santé (les zones de « recrutement » de patientèle, les parcours des patients...) et les frontières instituées. Ceci dit, au-delà de cette dimension fonctionnelle, le premier pas pour al-

⁷⁰ Communautés de commune, d'agglomération et désormais métropoles, lesquelles au contraire des communautés vont intervenir en substitution des autres collectivités existantes sur les territoires considérés.



ler au-devant des autres acteurs du territoire n'est-il pas de travailler dans la même territorialité⁷¹ ? ;

- de même qu'il importe de raisonner sur des espaces communs, il convient de distinguer scrupuleusement les dispositifs selon qu'ils ressortissent de compétences détenues en propre ou de logiques de coopération. Le jugement porté sur les Contrats locaux de santé (CLS) est assez symptomatique de l'ambiguïté des relations au sein du triptyque ARS – collectivités locales – professionnels de santé : dans certains cas, ils seront largement utilisés par les ARS dans une logique d'organisation territoriale des soins ; certaines ARS en font même le vecteur principal de leurs relations territoriales, au risque parfois de bousculer les compétences détenues de part et d'autre ; dans d'autres cas, plus nombreux sans doute, ce sont des dispositifs frontières entre l'ARS et les collectivités, facilitateurs de coopération mais dénués de moyens, en dehors du financement du dispositif d'interface (au même titre que les Contrats locaux de prévention de la délinquance, dans le domaine de la sécurité).

Tout ceci n'est au fond que le résultat d'une triple incertitude :

- de l'ARS quant à sa capacité à incarner la santé dans toute les politiques (cf. infra) et à aller au-delà de la mobilisation des moyens qu'elle détient en propre ou sur lesquels elle a la main (ce que ne se privent pas de faire d'autres services déconcentrés de l'Etat au niveau régional) et de sa capacité à jouer le rôle d'« architecte » des stratégies de prévention sur les territoires, en facilitant notamment la diffusion de l'innovation ;
- des collectivités locales, de leurs regroupements et des nouvelles collectivités (métropoles) quant à leur capacité et leur légitimité à prendre les compétences santé, traditionnellement exer-

⁷¹ Pour certains interlocuteurs, il ne faut pas exagérer l'importance de ces distorsions territoriales : avec les outils informatiques assez courants désormais disponibles, avec en plus l'ouverture du Système national des données de santé, il paraît assez aisé de reprendre les mêmes données pour produire des indicateurs sur des territoires de dimensions voisines, mais dont les délimitations sont variables.



cées par l'Etat mais qu'elles sont désormais en situation de mettre en œuvre du fait d'un triple mouvement : le désengagement de l'Etat sur le territoire (en termes de moyens d'intervention), la pression de la population en termes d'accès à la santé et le poids de la valeur santé dans le ressort d'autres politiques (la pollution de l'air et l'urbanisme ou les transports par exemple) ;

- des professionnels de santé enfin, écartelés entre disposition à agir dans le champ de la prévention, moyens disponibles pour le faire et incertitudes quant à la dévolution des compétences entre ces professionnels en matière de prévention et de promotion de la santé. D'où l'importance de reconnaître aux professionnels organisés, à travers les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé, une responsabilité sur le territoire et en population en matière de santé publique. Cette organisation stable, sur des périmètres fonctionnels proposés par les acteurs de terrain, est une condition à la mise en place de financements pérennes.

La dimension interministérielle

Au fond qui est responsable de la « santé globale » ? Qui est responsable de la protection de la santé des populations ?

Le ministère de la Santé a certes une place privilégiée mais il n'a pas la main sur quantité d'outils majeurs, dans le champ de la santé environnementale ou de la santé au travail par exemple.

Au niveau national, les ministères ont souvent une logique « propriétaire » : la santé au travail relève du ministère du Travail, la santé à l'école du ministère de l'Education nationale, etc.

Ce principe des frontières, des territoires ministériels est certes battu en brèche. Les juges ont ainsi pu incriminer les responsables du ministère de la Santé sur des dossiers, dont la gestion principale relevait de tiers. L'opinion publique, de son côté, fait fi des frontières institutionnelles et fait volontiers du ministre en charge de la santé le premier interlocuteur... et le premier responsable dès qu'il est question de santé.

Le sujet des moyens est souvent prégnant derrière les conflits de compétences... même

si, en l'espèce, la préservation des services en question serait souvent mieux assurée par des rapprochements ou un effort de mutualisation.

Telle ou telle situation a pu pousser à l'action : on pense au partage des responsabilités, qui ne va certes pas sans heurts, entre le ministère de la Santé et le ministère de la Justice, s'agissant du monde pénitentiaire, où la situation a pu s'améliorer à la faveur du renforcement des prérogatives du ministère de la Santé.

Le ministère de la Santé a affirmé ses prérogatives dans le champ de l'évaluation des risques et de la sécurité sanitaire⁷².

Il n'en va pas de même dans le champ de la santé publique, où il peine à affirmer une prééminence.

Les limites de l'action transversale se voient notamment lorsqu'on considère le fonctionnement concret des organisations dédiées à l'interministérialité en santé, au plan national comme au niveau régional.

Au plan national, le Comité interministériel pour la santé créé en 2014 s'est réuni pour traiter de la question de l'antibiorésistance. Son action doit aujourd'hui être élargie et appuyée sur des moyens suffisants. Un tel comité doit à l'évidence avoir une vocation double :

- prendre en charge en routine un certain nombre de thématiques de portée interministérielle, dans le cadre de la *Stratégie nationale de santé*, non pas pour en tirer un énième plan ou programme d'action ponctuel mais pour traiter au fond les problèmes, lever les blocages, bâtir un langage commun et une doctrine d'action partagée ;
- travailler au fond sur un certain nombre de sujets à documenter : comment comptabiliser les moyens ? Comment mettre en œuvre des études d'impact sur la santé⁷³ ou des analyses coût-

⁷² Il l'a fait par le biais d'organismes tiers (les agences sanitaires), dont la tutelle a dû être partagée... mais, quelles que soient les prérogatives des uns et des autres, la valeur santé y a été considérablement réhaussée, en matière d'évaluation des risques comme en matière d'action préventive ou réparatrice, sans toutefois que les avancées se fassent de façon homogène dans les différents domaines et sur les différents dossiers.

⁷³ Le CIS pourrait d'ailleurs avoir la responsabilité de déployer les études d'impacts sur la santé.

bénéfice comparées? Comment déployer de l'évaluation ex post ?.... Il y aurait là une façon efficace de lutter contre les logiques sectorielles, qui viennent parfois de ce que chacun, chaque ministère en l'occurrence, aborde les sujets avec des méthodes spécifiques.

Un autre rôle du CIS pourrait être de faciliter les « circuits courts » dans les relations avec la sphère scientifique, dans une logique de veille. Prendre en charge précocement telle ou telle problématique émergente dans un registre commun serait assurément une façon de contrecarrer les tendances centrifuges de la gestion en « silos ministériels »⁷⁴.

Le Comité permanent restreint du CIS, présidé par le Directeur général de la santé, devrait être l'opérateur clé de ce travail, dans ces deux dimensions.

Le Comité interministériel pour la santé

Le Comité interministériel pour la santé (CIS) a été créé par le décret n°2014-629 du 18 juin 2014 et a pour mission de suivre l'élaboration et la mise en œuvre des plans ou programmes d'actions qu'élaborent les ministres dans le cadre de leurs attributions, lorsque ces mesures sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur la santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il doit également veiller à ce que l'articulation des politiques publiques en faveur de la santé soit développée au niveau régional.

Les travaux du comité s'appuient sur un comité permanent restreint. Les moyens de l'équipe assurant le secrétariat du CIS confié à la DGS, doivent être renforcés et considérés en rapport avec ces missions, en termes de ressources humaines et de crédits d'études.

Au niveau régional, il existe également des commissions censées représenter la dimension intersectorielle des politiques⁷⁵. Il

⁷⁴ Et de rapprocher certaines questions de l'expérience des professionnels : exemple de l'impact environnemental des médicaments.

⁷⁵ Au niveau régional, la Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » a instauré en 2009 au sein des ARS (décret n° 2010-346 du 31 mars 2010), deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, dont l'une est chargée de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile. L'article D.1432-1 précise la liste des membres de la commission de coordination qui inclut les représentants de l'Etat compétents, des représentants des collectivités territoriales (conseil départemental, représentants de commune ou de groupements de communes) et des représentants des organismes de sécurité sociale.

n'existe pas de bilan global de leur action. Il semble à ce niveau que l'action bilatérale (de l'ARS avec le rectorat, avec la DI-RECCTE⁷⁶ ou la DREAL⁷⁷) soit plus efficace que les commissions en question. Encore faut-il que l'ARS ait la faculté d'affirmer ses prérogatives en termes de « santé globale » et de promotion de la santé, ce qui n'a rien d'évident pour certains interlocuteurs, qui cantonnent volontiers son action dans les champs de l'organisation des soins et de la prévention médicalisée.

Prévention et santé au travail

L'employeur est responsable de la santé et de la sécurité de ses salariés. D'où une pratique ancienne de la prévention.

Le besoin de prévention est, il est vrai, considérable dans le champ de la santé au travail. Des données par secteur d'activité, taux ajustés sur le sexe et l'âge seraient d'ailleurs utiles pour conforter nos connaissances.

La fréquence et la gravité des accidents du travail diminuent dans le temps mais les causes sont rémanentes. Pour la CNAMTS (18 millions de salariés couverts au sein de la branche AT-MP), les accidents liés à la manutention manuelle (53% des sinistres), aux chutes (25%) et à l'outillage à main (9%) sont les plus fréquents. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent une large part des maladies professionnelles reconnues mais le dispositif d'indemnisation reflète de façon très imparfaite la réalité. En 2015, 1 804 cancers ont été reconnus et indemnisés au titre des maladies professionnelles (pour la plupart causés par une affection liée à l'amiante) alors que l'incidence des cancers d'origine professionnelle est estimée entre 11 000 et 23 000 cas par an (source InCA).

Une problématique émergente concerne aujourd'hui le secteur des soins à la personne : le taux de sinistralité de ce secteur est aujourd'hui plus élevé que celui du BTP⁷⁸. Ces résultats plaident pour un renforcement de l'incitation à

Cette commission a pour mission d'assurer la complémentarité des stratégies institutionnelles en matière de prévention. Elle est censée répondre au constat de la diversité des acteurs et des financeurs de la prévention au niveau local en : (i) organisant la mise en commun de données pour l'établissement de diagnostic partagé, (ii) contribuant à l'élaboration des PRS, (iii) favorisant la complémentarité des actions et des modalités de cofinancement.

⁷⁶ Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

⁷⁷ Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

⁷⁸ Le travail de prévention réalisé au fil des ans dans le secteur a eu un impact notable sur la sinistralité.

la prévention pour les petites entreprises concernées, de 10 à 20 salariés, qui concentrent une sinistralité importante.⁷⁹

La CNAMTS met en œuvre des programmes de prévention spécifiques⁸⁰ : contre les TMS, contre les chutes dans le BTP ou contre l'exposition aux cancérogènes identifiés. Quatre CMR et secteurs d'activité ont par exemple été ciblés : fumées de soudage dans la chaudronnerie, le perchloroéthylène dans les pressings, les émissions de moteur diesel (EMD) dans les centres de contrôle technique et le styrène dans la plasturgie et le nautisme.

Des évolutions sont aussi nécessaires pour intégrer travail, santé et environnement dans une vision élargie de « santé globale ». L'attente sociale impose de plus en plus aux entreprises et au travail d'améliorer la qualité de vie, de « fabriquer du bien-être ». Le concept de responsabilité sociale s'applique à la santé au travail et vise à faire reconnaître que les entreprises n'assument pas suffisamment leurs responsabilités (logique « pollueur-payeur »), ou à l'inverse qu'elles peuvent en assumer au-delà des seules exigences réglementaires (logique d'« entreprise promotrice de santé »).

Pour stimuler l'intérêt à agir pour les entreprises, le moteur de la rationalité économique est un levier puissant. La santé au travail est en effet un vecteur de performance économique. De nombreux travaux (cf. calcul de retour sur investissement⁸¹) attestent de la pertinence, pour une entreprise, de mener des actions de prévention à destination de ses salariés.

Face à ces besoins nombreux, la capacité de réponse par l'offre professionnelle (médecins et infirmier(ère)s) est posée depuis de nombreuses années, en termes de démographie (celle des médecins du travail étant particulièrement sinistrée) et d'attractivité, d'organisation et de répartition des tâches et donc de priorisation de l'activité des professionnels de santé au travail.

⁷⁹ Ce qui pose la question des modes de tarification. Trois modes de tarification sont en vigueur (le calcul de taux « bruts » pour les sinistres « imputables ») :

- des taux collectifs par code risque (dépenses / MS) pour les entreprises de 1 à 19 salariés ;
- des taux individuels pour les entreprises de plus de 150 salariés : somme des coûts moyens (par CTN et indice de gravité) / masse salariale des entreprises ;
- un mix des deux, entre 20 et 150 salariés.

⁸⁰ On évoquera aussi le rôle d'opérateurs comme l'ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail).

⁸¹ <http://www.eurogip.fr/fr/actualites-eurogip/4560-prevenir-les-risques-professionnels-un-enjeu-economique-pour-l-entreprise>

Au total, consolider les dispositifs de programmation en matière de santé publique constitue un enjeu majeur. En effet, des outils de nature différente – d'ordre réglementaire (obligations, restrictions ou interdictions), informationnels (campagnes de prévention, étiquetage nutritionnel, éducation pour la santé) ou incitatifs (taxation), etc. – nécessitant l'intervention de diverses compétences dispersées au sein de l'appareil de l'Etat, doivent pouvoir être mobilisés en faveur d'objectifs communs.

Selon les cas, selon les outils, les supports et les promoteurs seront évidemment très diversifiés : le ministère de la Santé sera ainsi d'autant plus présent en tant que promoteur que l'on se situera dans le champ du code de la santé publique, avec les moyens qui sont les siens ou ceux mobilisables via l'assurance maladie... et d'autant plus éloigné de ses bases que l'on utilisera des outils tels que les taxes ou les accises (sur le tabac ou l'alcool notamment), domaine dans lesquels le ministère de la Santé est en situation de proposer mais doit – au mieux – partager la décision. Bien souvent (cf. infra la partie évaluation), la dispersion de l'action publique entre les ministères fait que l'on n'est pas en situation de comparer la performance et l'efficacité des différents types d'outils. Le développement de l'expertise en ce domaine devrait être une priorité du CIS.

6. L'évaluation

Reste la question de l'évaluation. Aujourd'hui – mais la situation prévaut depuis longtemps – le secteur de la santé, et plus précisément celui de la prévention, est largement défaillant dans le domaine de l'évaluation des dispositifs d'action publique⁸².

⁸² La situation du ministère de la Santé n'est pas isolée, D. Bureau y voit même un phénomène assez général : « Force est de constater que la tendance générale est plutôt un processus de régression, se nourrissant de quatre ingrédients : l'absence d'appétence des décideurs politiques pour l'évaluation des politiques publiques ; un déficit de compétences au sein de l'Etat, notamment pour aborder les nouveaux domaines et réaliser les investissements nécessaires pour y adapter les méthodologies disponibles ou en développer de plus appropriées ; le refus fréquent de fournir des références pour pondérer les coûts et avantages, au motif que cela ne relèverait nullement de l'expertise économique ; et, aussi, une dégradation

Pourtant, personne ne soutiendra que la prévention et la promotion de la santé doivent faire exception et que l'évaluation ne doit pas sous-tendre l'action publique et conditionner l'investissement public.

Les interventions⁸³ doivent *a priori* être évaluées selon les standards de l'*evidence-based decision* incluant des études médico-économiques, des analyses d'impact budgétaire, des analyses coûts-bénéfices – ACB⁸⁴, etc. D'où évidemment l'importance de pouvoir mobiliser les données de santé.

Mais quelles sont au fond les finalités de l'évaluation ? Définir des priorités d'action, compte tenu du fardeau des maladies et compte tenu de la performance attendue ou révélée de la politique en question, hiérarchiser des modalités d'intervention, qualifier des innovations techniques, organisationnelles.

Encore faut-il s'entendre sur les différents niveaux auxquels considérer l'évaluation : la politique, le programme, l'action.

Premier niveau : l'évaluation de politique

« *Evaluer une politique, c'est rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus de cette politique et d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés* » (décret du 22 janvier 1990 relatif à l'évaluation des politiques publiques)

Qui conduit aujourd'hui des évaluations de politique?

de la qualité des évaluations produites dans les domaines traditionnels, exacerbant le soupçon de technocratie et contribuant sans doute aux impasses observées à-propos de différents projets d'aménagement.» in « Pour l'évaluation de l'efficacité des politiques publiques », note pour France stratégie, 2017.

⁸³ Au-delà d'un seuil à définir.

⁸⁴ « *L'ambition de l'ACB est de mesurer concrètement cette utilité sociale des dépenses publiques, et de rendre cohérent les arbitrages collectifs compte tenu du fait que les ressources disponibles sont limitées. A cette fin, l'outil du « calcul économique » intègre de nombreuses dimensions, financière, environnementale, sociale, sanitaire, etc., mais aussi des temporalités différentes, le court, le moyen, le long et le très long terme, et des groupes spécifiques de populations. Comme le souligne Luc Baumstark, c'est un outil pour alimenter la réflexion collective et les échanges, et aider par-là aux résorptions potentielles des désaccords, créer du consensus dans la société sur tel ou tel sujet.* » (D.Bureau)

⁸⁵ Se pose aussi la question des compétences à constituer chez les professionnels de santé en ce qui concerne la maîtrise de ce type d'outil.

Dans le champ de la santé publique, les évaluations de politique sont rares : la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères sociaux (DREES) peut être amenée à mettre en place des études à vocation évaluative ; le Haut conseil de la santé publique s'est pour l'essentiel consacré à l'évaluation de programmes et de plans (cf. infra) ; en dehors de l'IGAS, la Cour des comptes est le principal opérateur concourant à l'évaluation des politiques de santé, à l'occasion du rapport annuel sur la Sécurité sociale ou de rapports particuliers, ou encore à la demande des commissions parlementaires, particulièrement depuis la réforme constitutionnelle de 2008⁸⁶ ; des travaux de recherche peuvent également contribuer à la connaissance des politiques.

De fait, il n'y a pas de dispositif institutionnalisé en matière d'évaluation des politiques de santé : les évaluations interministérielles des années 1990-2000 sur la loi Evin ou sur la politique de lutte contre le sida n'ont pas eu de postérité. Les effets sur la santé des politiques peuvent néanmoins – et de façon paradoxale – être pris en compte dans des évaluations de politique diligentées par d'autres ministères.⁸⁷

Quelles sont les voies de progrès ?

- Clarifier la doctrine (notamment en termes d'indépendance de l'évaluation). Il faut être clair : la même instance ne peut pas définir la stratégie et conduire l'évaluation. De ce point-de-vue, la rédaction de l'article L1411-4 du code de santé publique définissant les missions du Haut conseil de la santé publique (modifiée par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016) ne manque pas d'étonner : « *Le Haut conseil de la santé publique a pour missions 1° de contribuer à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la Stratégie nationale de santé* »
- Définir l'organisation de l'évaluation : il faut pour cela un dispositif d'instruction souple (qui instruit les projets? Qui

⁸⁶ Cf. par exemple, Cour des comptes, *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*, juin 2016.

⁸⁷ A la différence du ministère de la Santé, le ministère de l'Environnement s'est volontiers prêté dans la durée aux travaux d'évaluation ministériels et interministériels.

s'assure de leur faisabilité et de la robustesse des moyens envisagés ? Qui décide du lancement des évaluations?) et un dispositif de mise en œuvre, lui aussi adaptatif (l'évaluation pouvant se faire « en régie » au sein de l'organisme en charge, être externalisée sur un tiers (une équipe de recherche), avec ou sans collectif d'évaluation *ad hoc* ; la question de la bonne temporalité est cruciale (il faut notamment disposer du recul nécessaire pour mesurer des impacts en population) ;

- Renforcer les moyens du ministère de la Santé – en l'occurrence la DREES – pour ce qui est des ressources propres d'évaluation des politiques de santé (évaluations *ex post*, évaluations d'impact sur la santé, analyses coût bénéfice)⁸⁸ ;
- Renforcer les ressources de l'évaluation au niveau interministériel : rôle de France Stratégie notamment.

A partir du moment où il existera une *Stratégie nationale de santé*, où l'action publique sera consolidée dans un *Plan national de santé*, l'évaluation des politiques de santé publique, considérée globalement ou par grand domaine, prendra tout son sens et l'organisation envisagée ci-dessus pourra être déployée. En l'état actuel des choses, l'évaluation de politique, dans bien des cas, s'avère très lourde et complexe, quand elle n'est pas tout simplement irréalisable, du moins si l'on veut aller au-delà des considérations de mise en œuvre et mesurer l'impact⁸⁹.

Deuxième niveau : l'évaluation de programme

Dans le contexte français, l'évaluation de

⁸⁸ Comme l'écrit encore Dominique Bureau : « *L'organisation de la statistique publique, qui combine services statistiques ministériels et coordination méthodologique par l'Insee, pourrait servir d'inspiration étant noté : qu'il s'agit de missions différentes (la statistique est descriptive et répond à un principe d'accès ouvert et parfaitement équitable ; l'évaluation est normative et au sein de l'administration) ; mais que les deux missions peuvent se situer au sein des mêmes structures (cf. Dares, Drees, Depp), pour des raisons de masse critique, de métiers et de synergies, sous réserve d'organisations tenant bien compte de leurs spécificités (garantissant notamment l'indépendance professionnelle de la statistique publique)* » in note pour France stratégie citée supra.

⁸⁹ Sauf en ce qui concerne les grands plans structurés évoqués plus haut (PNSE...)

programme est principalement à l'œuvre en matière de plans de santé publique ou pour ce qui concerne l'action d'opérateurs nationaux (CNAMTS ou agences), parfois dans un cadre interministériel.

Qui conduit aujourd'hui de tels travaux ?

La HAS réalise des évaluations de programmes *ex ante*. La loi du 13 août 2004 modifiée par la loi du 21 décembre 2006 (art. L161-40 du CSS) précise ses missions en la matière : « *Au titre de sa mission d'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population, la Haute Autorité de santé est chargée : (...) - 2°bis : de rendre un avis sur la liste des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage mis en œuvre dans le cadre des programmes de santé visés à l'article L.1411-6 du code de la santé publique - 3 : 3° d'évaluer la qualité et l'efficacité des actions ou programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé, de diagnostic ou de soins* ». En pratique, les travaux de la HAS en matière de prévention portent largement sur les stratégies de dépistage, notamment les stratégies médicalisées susceptibles d'être financées en partie par l'assurance maladie. Il faut noter que les missions de la HAS ont été récemment élargies à la vaccination.

Il serait cependant inexact de limiter les travaux de la HAS à la prévention médicalisée, puisque des stratégies de prévention primaire ont été également évaluées, notamment sur la prévention de la carie dentaire ou l'aide au sevrage tabagique.

Le Haut conseil de la santé publique a de son côté conduit un travail d'évaluation des plans de santé publique⁹⁰, aussi bien pour ce qui concerne les programmes d'action structurés (pour lesquels l'évaluation était partagée : selon les cas, étaient mobilisés le HCSP, le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES)⁹¹ pour le volet « recherche », les corps d'inspection ministériels ou interministériels, des instances *ad hoc*, etc.) que pour ce qui est des plans de santé publique

⁹⁰ Cf. HCSP, Séminaire du 11 décembre 2013 « De l'évaluation des plans à l'élaboration des politiques de santé publique »

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=382>

⁹¹ Ou avant lui l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur.

moins bien dotés. Il s'est dans ces cas de figure heurté aux limites exposées plus haut de la conception même de ces plans.

S'agissant de l'évaluation de programmes dans le cadre promu par cet avis, avec une responsabilité affirmée d'opérateurs de mise en œuvre, la conduite des travaux d'évaluation devrait se faire à leur niveau, en mobilisant, selon les cas, les inspections ministérielles concernées, des instances d'évaluation installées auprès des opérateurs (mais présentant les garanties requises en termes d'ingénierie, de méthode et d'indépendance) ou des équipes de recherche. (Cf. développements infra sur la recherche)

Troisième niveau : l'évaluation des actions

S'il y a un consensus pour développer une prévention scientifiquement fondée sur les preuves, il convient de s'interroger sur le champ de l'évaluation : faut-il tout évaluer ? Cette question se pose en particulier pour les opérateurs dans le choix des stratégies d'intervention locale.

Les formes de l'évaluation des actions sont diversifiées :

- auto-évaluation ;
- évaluation par rapport à un référentiel de « bonnes pratiques » ;
- évaluation tutélaire, en particulier en lien avec un dispositif de financement, pérenne ou sur projet ;
- évaluation scientifique externe...

Le sentiment des acteurs est celui d'une grande disparité des pratiques en la matière, augmentant parfois la charge administrative, suscitant des interrogations du fait de certaines asymétries (évaluation parfois trop basique demandée aux expérimentations, surtout quand on compare aux procédures d'évaluation des expérimentations dans le domaine du soin et une « surévaluation » des interventions de routine, à qui on demande parfois d'avoir des indicateurs de résultats de santé, alors qu'en routine, c'est le respect des référentiels qui est important), renforçant enfin l'impression de précarité sur les moyens.

Face à ces constats et à l'image de ce que font d'autres pays (notamment le Royaume-

Uni avec les *What Works Centers*⁹²), deux pistes méritent sans doute d'être explorées :

- importer et adapter des programmes validés ou prometteurs par le repérage des programmes efficaces dans la littérature internationale ;
- diffuser les initiatives et expérimentations locales qui font la preuve de leur efficacité.

Lorsqu'on fait le lien entre les interventions, la recherche (cf. infra) et la production de connaissances, il importe en effet de bien distinguer ce qui relève d'une démarche « top down », visant à transférer dans la pratique des programmes de recherche qui ont fait leurs preuves dans d'autres contextes (sous réserve de travailler les notions de transférabilité et de contexte, notions encore insuffisamment stabilisées) et ce qui relève d'une autre démarche « bottom-up », qui consiste à reconnaître la créativité et la diversité des actions de prévention et de promotion de la santé en France, menées par des collectivités territoriales, des associations, etc. La plupart d'entre elles restent méconnues et non évaluées. Des efforts sont faits pour les recenser. Il conviendrait de valoriser toute cette créativité non seulement en recensant les actions dans des bases de données, mais en dégagant les points positifs transférables de manière à assurer leur diffusion dans d'autres contextes (ce qui représente un gros travail). Un certain nombre de travaux sont en cours dans cette direction. C'est ici un des rôles essentiels de Santé Publique France.

Outiller les acteurs locaux : l'exemple du NICE

Depuis 2012 avec le *Health and Social Care Act*, s'est opérée au Royaume-Uni une déconcentration de l'action en matière de prévention et de promotion de la santé avec le développement d'une plus grande autonomie des « local government ». Cette déconcentration s'est ac-

⁹² L'Agence nouvelle des solidarités actives a réalisé une étude des *What works Centers* (WWC) britanniques. En Grande Bretagne les WWC ont pour but de stimuler la réalisation de synthèses de littérature sur les interventions efficaces, le développement de la recherche interventionnelle et la dissémination des innovations efficaces. *What Works Centres britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ?* Agence nouvelles des solidarités actives, mars 2017.

compagnée de la mise à disposition d'outils de décision pour les opérateurs. On peut distinguer deux types d'outils :

- des outils descriptifs (*local government brief*) qui déclinent des recommandations pour les décideurs locaux et qui répondent directement à la question : que pouvez-vous faire sur votre territoire en matière de santé publique, de prévention et de promotion de la santé ? Par exemple pour lutter contre le tabagisme ou pour promouvoir le dépistage du VIH...
- des outils économiques (*return on investment*) qui permettent de comparer diverses interventions possibles entre elles et de calculer leur coût sur un territoire : à partir de données préfigurées (l'utilisateur choisit son territoire d'intervention, la cible, son champ d'intervention - alimentation, activité physique, alcool, tabac,...), il est possible de calculer pour diverses interventions dûment référencées en termes d'efficacité, les retours sur investissement que l'on peut attendre de leur implémentation à différentes dates (1 an, 2 ans, 10 ans, vie entière), les gains en termes de santé (QALY), d'efficacité et de coûts nets sectoriels (santé, social, transports, productivité...).

L'effort de recherche

Les enjeux de prévention sont aussi des enjeux de recherche. Pourquoi le tabagisme ne diminue-t-il pas dans les populations les moins favorisées ? Pourquoi a-t-on cette défiance vis-à-vis de la vaccination ? Pourquoi le recours aux dépistages organisés est-il en baisse ? Quelles sont les politiques urbaines qui pourraient favoriser l'activité physique des séniors ? En quoi les objets connectés pourraient être un outil de prévention ?, etc. La réponse à ce type de question doit permettre d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des politiques de prévention⁹³.

On peut distinguer trois enjeux majeurs pour cette recherche⁹⁴ :

⁹³ Ainsi, la *Feuille de route de la Stratégie nationale de santé* suggérait « d'accroître les contributions de la recherche en matière de définition et d'évaluation des politiques de sécurité sanitaire et environnementale et d'apporter des éléments aux débats sur l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacité du système de santé et des politiques de santé publique et de prévention. » Dans la continuité, la loi de modernisation de notre système de santé a inscrit la recherche comme partie intégrante de la politique de santé.

⁹⁴ Les développements ci-dessous reprennent des éléments de rédaction proposés par François Alla.

Premier enjeu : expliquer

Il s'agit en particulier d'identifier et de comprendre les chaînes causales complexes, les dynamiques au cours de la vie, les interactions entre facteurs individuels biologiques et comportementaux, environnementaux et sociaux, les mécanismes biologiques qui conduisent à ce que des expositions se traduisent en phénomènes pathologiques. Il s'agit en particulier – au-delà de leur description – d'expliquer la genèse des inégalités sociales de santé. Ceci nécessite une approche de recherche interdisciplinaire associant les sciences de la santé⁹⁵ et les sciences humaines et sociales. Des expositions clefs pourraient être explorées : alcool, tabac, nutrition, en particulier leurs associations.

Deuxième enjeu : agir

Au-delà de la compréhension des déterminants de la santé, il s'agit aussi de développer et évaluer des interventions innovantes, quelle que soit leur échelle : actions locales, programmes, politiques – visant à modifier cet état des lieux. Cette recherche sur les interventions se doit d'être contextualisée, le résultat étant autant le fruit d'une intervention que du contexte socio-culturel et organisationnel avec lequel elle interagit. C'est tout l'enjeu du développement de la recherche interventionnelle en France, jugé prioritaire et faisant l'objet à ce titre d'une action coordonnée portée par AVIESAN, l'IReSP, l'ANRS et l'INCa et associant chercheurs, acteurs et décideurs.

Troisième enjeu : transmettre

La recherche en santé publique a une visée cognitive – c'est de la recherche, mais aussi opérationnelle. Cette recherche ne fait ainsi sens qu'en tant qu'elle est intégrée aux préoccupations des décideurs et des acteurs et transférée vers la pratique et la décision. Les projets Inspire-ID au niveau national et Cerresp au niveau régional vont dans ce sens. Ces interactions entre chercheurs et décideurs sont indispensables⁹⁶.

⁹⁵ D'où l'importance du processus d'« universitarisation » de l'ensemble des formations en santé et du développement des travaux de recherche.

⁹⁶ Cependant, ce transfert de connaissances ne va pas de soi : qu'est ce qui fait que les praticiens, les décideurs utilisent ou non les connaissances issues de la recherche ?

Sur ces thématiques, la France dispose de nombreuses équipes de recherche⁹⁷, qui se mobilisent fortement pour répondre aux appels à projets de recherche en santé publique. Les équipes de recherche s'emparent des enjeux de santé publique dès lors que les priorités sont affichées et les ressources disponibles pour s'y consacrer. La soutenabilité des infrastructures nécessaires (telles que les cohortes et grandes bases de données) nécessite la mise en place d'un financement dédié. Il s'agit de donner la même impulsion pour la recherche en santé publique que ce qui a été fait pour la recherche clinique il y a 25 ans, à travers le *Programme hospitalier de recherche clinique* (PHRC)⁹⁸. Un *Programme national de recherche en santé publique* pluriannuel concrétiserait l'investissement dans la prévention et permettrait :

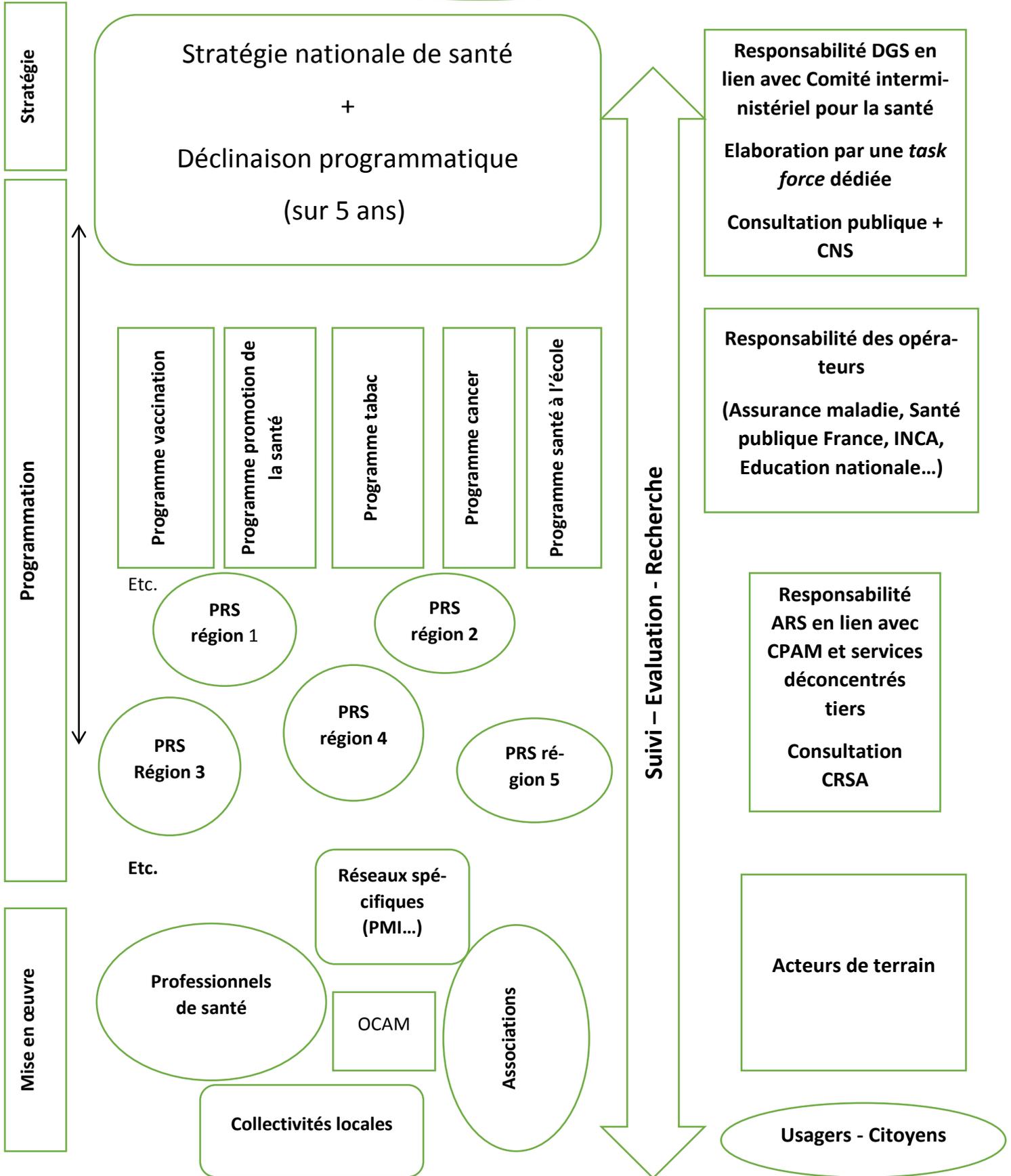
- de renforcer et mettre à disposition les infrastructures nécessaires ;
- de consolider les efforts de recherche et d'innovation, par un guichet généraliste de financement sur projets à la hauteur des enjeux ;
- d'animer, de structurer et de coordonner les efforts de recherche dans la durée, particulièrement dans le champ des soins primaires.

⁹⁷ Environ 300 équipes réparties sur le territoire français sont labellisées sur une recherche prioritairement de santé publique

⁹⁸ On peut aussi évoquer l'extension à l'ambulatoire des programmes de recherche clinique.

SCHEMA CIBLE DE GOUVERNANCE

Stratégie nationale de santé, programmation et mise en œuvre dans le champ santé publique



Ventilation des dépenses de prévention par financeur (sur la base d'une dépense estimée de 15,2 Mds € -
Compte élargi de la prévention 2015)

Financeurs	Sécurité sociale	Collectivités territoriales	Etat	Secteur privé	FIR	Total
Prévention collective et individuelle	48%	11%	10%	29%	2%	100%
Prévention collective	13%	37%	44%	3%	3%	100%
Prévention individuelle	54%	7%	5%	33%	1%	100%

Source DREES



Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du HCAAM (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

**Dernières publications
et actualités du HCAAM**
[www.securite-sociale.fr/
L-actualite-du-HCAAM](http://www.securite-sociale.fr/L-actualite-du-HCAAM)

Contact
hcaam@sante.gouv.fr - 01.40.56.56.00

Adresse postale HCAAM
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07
SP

Locaux HCAAM
18 place des Cinq Martyrs du Lycée
Buffon
75696 Paris cedex 14