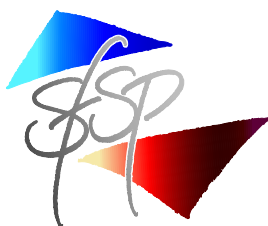




PROPOSITIONS

**Une gouvernance
renouvelée
pour la Stratégie
nationale de santé**

Juin 2014





sommaire

SYNTHESE	5
CONSTATS	8
1/ CONSTAT SUR L'ETAT DE SANTE EN FRANCE	8
2/ CONSTATS SUR LA GOUVERNANCE DES DISPOSITIFS D'INTERVENTION	8
PROPOSITIONS	12
1/ LES ENJEUX EN TERMES D'EQUITE ET DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE	12
1.1/ Proposition 1 – Intégrer le gradient social dans l'appréciation de l'état de santé et faire de la réduction des inégalités une priorité de la politique de santé	12
1.2/ Proposition 2 – Développer le débat public sur la santé et élargir le champ de la démocratie sanitaire	13
1.3/ Proposition 3 – Structurer un réseau d'acteurs en prévention et promotion de la santé réparti de manière homogène sur le territoire national.....	13
1.4/ Proposition 4 – Développer les études d'impacts en santé.....	14
1.5/ Proposition 5 – Faire évoluer les dispositifs de concertation intersectoriels existants en région et dans les territoires pour en faire des dispositifs synergiques de production de politiques publiques sanitaires	14
1.6/ Proposition 6 – Faire du comité interministériel un véritable outil de conduite de la politique de santé dans ses aspects non sanitaires et faciliter son équivalent au niveau régional en rapprochant les ARS des administrations régionales des autres secteurs intervenant sur la santé	15
2/ LES ENJEUX EN TERMES D'EFFICACITE ET D'EFFICIENCE	17
2.1/ Proposition 7 – Mieux intégrer les connaissances scientifiques dans la décision publique, en rénovant et clarifiant l'organisation de l'expertise, les dispositifs de suivi de la politique nationale et les dispositifs de représentation des usagers et des élus locaux.....	17
2.2/ Proposition 8 – Développer et favoriser la démarche et la culture d'évaluation dans tous les secteurs de la santé dans une constante volonté d'amélioration de la qualité.....	18



2.3/ Proposition 9 – Reconnaître la prévention.....	19
2.4/ Proposition 10 – Se doter d'outils consolidés de suivi de l'état de santé de la population	19

3/ LES ENJEUX EN TERMES DE GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE SANTE : CORRIGER LA FRAGMENTATION DES DISPOSITIFS A TOUS LES NIVEAUX ET DEFINIR LES PRIORITES FACE A LA MULTIPLICATION DES OBJECTIFS 21

3.1/ Proposition 11 – Le passage d'un pilotage de dispositifs fragmentés au pilotage cohérent d'un système de santé	21
3.2/ Proposition 12 – Une politique recentrée autour d'un nombre réduit de priorités, rationalisée entre niveaux de territoire et modernisée.....	21
3.3/ Proposition 13 – Valoriser l'échelon communal ou intercommunal, à la fois comme centre d'impulsion et espace d'action.....	23

PRINCIPALES REFERENCES.....	24
------------------------------------	-----------

LISTE DES SIGLES.....	26
------------------------------	-----------

ANNEXE	27
---------------------	-----------

SYNTHESE DES PROPOSITIONS DE LA SFSP « POUR UNE STRATEGIE DE PREVENTION ARTICULANT LA SANTE DANS TOUTES LES POLITIQUES, LA PROMOTION DE LA SANTE ET LES PRATIQUES CLINIQUES PREVENTIVES, INTEGREE A LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE »	27
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------



Synthèse

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

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

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

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

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

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

2e enjeu – L'efficacité et l'efficience

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

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



3e enjeu – La gouvernance des politiques de santé

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

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



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

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

Ce document regroupe les propositions pour une gouvernance renouvelée pour une Stratégie nationale de santé.

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



Constats

1/ Constat sur l'état de santé en France

L'état de santé des Français apparaît globalement bon, mais la **mortalité prématurée**, reste en France l'une des plus élevées de l'Union européenne (UE) notamment chez les hommes. En outre, **des disparités** sensibles perdurent tant entre hommes et femmes **qu'entre territoires ou entre catégories sociales et dans certains groupes de population**¹. Ces différences témoignent des effets combinés de comportements de santé (que ce soit en termes de comportements individuels, de modes de recours ou d'accès au système de soins), de niveaux d'exposition à des risques environnementaux et de conditions de vie et de travail différenciés entre groupes sociaux. Elles s'inscrivent dès le plus jeune âge.

De plus, nombre de pathologies ou phénomènes morbides chroniques (cancers, diabète, obésité, maladies neuro-dégénératives, pathologies mentales) ont un retentissement fonctionnel s'accompagnant de restrictions d'activités sociales impliquant des politiques spécifiques visant à les diminuer. Or, ces pathologies font intervenir de multiples facteurs de risque et déterminants environnementaux et sociaux, dont certains sont accessibles à des mesures immédiates permettant de les éviter ou de les réduire à plus ou moins long terme.

Des progrès pourraient ainsi être réalisés grâce à la prévention, à des améliorations de prise en charge, et à des actions sur les déterminants sociaux à tous les âges de la vie. Cela implique de profondes mesures de restructuration des dispositifs qui en ont la responsabilité et de gouvernance des politiques de santé.

2/ Constats sur la gouvernance des dispositifs d'intervention

Il convient de relever que **le système de gouvernance actuel souffre de faiblesses**. Si un consensus existe sur les objectifs des politiques de santé, la tendance est à confondre priorités (en tant que choix d'axes de travail au regard des problématiques et besoins de santé identifiés), objectifs (en tant que choix de résultats visés) qui sont de nature politique et la stratégie qui relève de la mise en œuvre territoriale. De plus, on peut s'interroger sur la place de la gouvernance d'un **système de santé qui se révèle fragmenté** tant en matière d'organisation, de financement que de fourniture des prestations et services, le tout associé à l'absence de hiérarchisation claire des différents niveaux d'intervention.

On peut ainsi, lister les faiblesses suivantes :

- une politique de santé qui fait l'objet d'un **ensemble de mesures et d'interventions fragmentées, issues de plusieurs sources** : lois de financement, programmes des administrations centrales et des opérateurs nationaux et régionaux, priorités politiques, politiques ayant un impact sur la santé (éducation, agriculture, logement) en dehors du périmètre du ministère en charge de la santé et dans le cadre des collectivités territoriales, etc ;


¹ Chez les hommes, l'espérance de vie à 35 ans des cadres est de 6,3 ans plus élevée que celle des ouvriers. Le différentiel est de 3 ans chez les femmes mais l'espérance de vie des femmes ouvrières reste supérieure à l'espérance de vie des hommes « cadres ». Insee Première n°1372 - octobre 2011.



- une **multiplicité de plans de santé publique** avec des objectifs qui masquent les priorités et ne prennent pas suffisamment en compte les enjeux financiers du fait de leur construction inflationniste et superposée ; ils sont par ailleurs d'une grande hétérogénéité en termes de méthodes d'élaboration, de suivi et d'évaluation ; enfin, la nécessaire articulation des plans reste souvent limitée ;
- des **défauts dans la structure du système**, à l'origine de dysfonctionnements dans le pilotage et la gouvernance, qui font, par conséquent, obstacle à sa cohérence et génèrent des pertes d'efficacité ; on peut notamment relever :
 - celles qui tiennent à l'organisation de la recherche en santé publique et au partage des connaissances, surtout dans des domaines qui ne sont pas celui des soins ; la mutualisation des savoirs et savoir-faire reste un chantier à ouvrir ;
 - celles qui s'attachent à la maîtrise des dépenses de soins, qui prend le pas sur l'appréciation des résultats en matière de santé publique du dispositif (positifs ou effets indésirables) ; le recours à des indicateurs sanitaires robustes reste rare ;
 - celles liées à l'autorité du pouvoir dans le domaine de la santé par rapport au pouvoir des autorités en charge du budget ; les termes du dialogue, à défaut d'un rééquilibrage des pouvoirs, doivent être plus équitables.

Ainsi, la **gouvernance apparaît bien comme un enjeu stratégique**. Son renforcement et sa structuration doivent par conséquent concentrer les priorités de réforme. En ce sens, la SFSP a défini une série de recommandations appuyant le renouvellement de la gouvernance. Ces recommandations présentées sous la forme de propositions visent notamment à :

- **Intégrer la dimension européenne** dans la Stratégie nationale de santé et sa gouvernance : participer, intégrer et s'appuyer sur les politiques de santé européennes et leurs évaluations (notamment en matière de retour d'expériences et de partage des « bonnes pratiques ») ; par exemple, se comparer en termes d'indicateurs de santé et, pour certains secteurs à impact sur la santé comme l'environnement, considérer que le contexte européen est essentiel ;
- **Reconsidérer les limites conceptuelles du système de santé** en reconnaissant comme légitimement du ressort d'une action publique en santé tout élément contribuant d'une manière ou d'une autre à l'état de santé ;
- **Asseoir la fonction stratégique et le rôle pilote de l'Etat** dans son rôle de maîtrise d'ouvrage en faveur de la santé en permettant de :
 - prendre en compte pour l'élaboration de la stratégie, des données fiables et objectives, régulièrement actualisées, intégrant les écarts de distribution sociaux et géographiques ;
 - établir un pilotage intersectoriel, voire un co-pilotage de l'application de la SNS (par exemple, s'agissant de la politique de santé ciblant les populations d'âge scolaire, il convient d'affirmer la co-responsabilité du ministère de la Santé et de celui de l'Education nationale en matière de pilotage partagé, en lien étroit avec les autres ministères concernés) ; le pilotage doit être clarifié, légitime et



susceptible de déployer efficacement les ambitions intersectorielles de cette stratégie ;

- **Clarifier, avec des représentants des populations concernées, les missions, rôles et niveaux d'intervention** des organes de démocratie sanitaire et de décision en matière de santé ainsi que leur inter-connexion. Une réflexion sur la subsidiarité des outils « participatifs » devrait être engagée : quels mécanismes de concertation, pour quels types de décisions ?
- **Développer les stratégies et pratiques de santé communautaire et de promotion de la santé** à même de lutter efficacement contre les inégalités de santé. Les populations les plus à l'écart des conditions de vie favorables à la santé, des circuits d'information et des dispositifs de santé, victimes de ces inégalités, ne peuvent pas suffisamment bénéficier des démarches classiques de la santé publique et exigent une méthodologie spécifique d'intervention permettant de renforcer leur capacité à agir sur leur propre santé. Il est également nécessaire de mieux anticiper les effets non souhaités de stratégies « universelles » en promotion de la santé.
- **Appuyer la recherche en santé publique**, notamment interventionnelle, le renforcement des systèmes d'information et de l'évaluation quantitative et qualitative des politiques de santé publique ; une réflexion pluridisciplinaire sur les indicateurs et l'aide à la décision en santé, doit être engagée ou poursuivie ;
- **Articuler les actions des organisations de régulation et d'évaluation de la qualité dans les domaines de la prévention, de l'éducation pour la santé et des soins** :
 - les différents leviers financiers et organisationnels de la santé, de la politique de santé publique et de la politique d'assurance maladie : place et missions des administrations centrales, de l'assurance maladie au regard de l'organisation des Agences régionales de santé (ARS) et collectivités ;
 - l'organisation de cette régulation, aujourd'hui peu ou non coordonnée dans différents organes, agences et instances (Haute autorité de santé (HAS), Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), etc.) ;
- **Clarifier les missions du « service public territorial de santé »**, issu des travaux du Pacte de confiance menés par Edouard Coutu, et du rapport Devictor en y intégrant la protection et la promotion de la santé. Le service public territorial de santé proposé dans le cadre de la SNS doit intégrer les acteurs du dispositif de santé publique (comme la médecine scolaire, la protection maternelle et infantile (PMI), les services communaux d'hygiène et de santé, la santé environnementale et au travail).
- **Territorialiser le pilotage de l'action en santé** en valorisant le rôle des collectivités territoriales. En effet, par exemple, la commune ou la communauté de communes sont les niveaux auxquels la majeure partie des actions à caractère social et sanitaire trouvent leur pertinence. A certains égards, on peut considérer qu'elles synthétisent notamment la démocratie, le dialogue, la proximité, l'interdisciplinarité, renforcement et l'utilisation des compétences des citoyens, l'action sur l'environnement comme sur le



comportement, l'influence sur l'offre de services, etc. D'autres échelons (départemental, régional) restent pertinents pour l'élaboration de politiques publiques de santé plus globales. Il importe de créer de nouveaux circuits d'information pour garantir une bonne coordination des aspects sanitaires et sociaux.



Propositions

1/ Les enjeux en termes d'équité et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Le constat est que les principaux risques pour la santé et les leviers pour la promouvoir sont en grande partie sous le contrôle d'autres secteurs que celui de la santé (habitat, aménagement du territoire, éducation et formation, emploi...), public ou privé, facteurs d'inéquité. Une stratégie de santé efficace requiert donc d'articuler les leviers relatifs à **l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux de la santé**. L'échelle de la ville et des intercommunalités, par exemple, avec leur compétence générale, permet d'intervenir simultanément sur tous ces leviers.

1.1/ Proposition 1 – Intégrer le gradient social dans l'appréciation de l'état de santé et faire de la réduction des inégalités une priorité de la politique de santé

La volonté de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé oblige à reconsidérer l'action publique de manière plus globale en **considérant les politiques publiques impactant la santé**, mais dont l'action est située en dehors du système de santé. Ainsi, les politiques liées par exemple à l'habitat, l'aménagement du territoire, les politiques sociales ou éducatives, autant que celles ayant trait à la famille et à l'accompagnement à la parentalité, impactent fortement l'état de santé de la population.

En ce qui concerne le système de santé, c'est la question de **l'accès aux dispositifs de santé** qui doit orienter les réflexions. En effet, certaines inégalités peuvent se réduire lorsque l'on améliore l'accès (ou l'offre) à la santé dont l'accès aux soins. En revanche des inégalités peuvent persister à accès à la santé identiques ; la question du **recours** doit donc être intégrée à la réflexion et à l'action. De ces deux cas de figure émergent des déterminants et des interventions différents.

En ce sens et pour asseoir une véritable politique de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, la SFSP recommande **d'objectiver la mesure des résultats des interventions transversales** dans ce domaine. Les démarches d'harmonisation et de mise en lien des **systèmes d'information** (santé, social, environnemental) de la santé en cours mériteraient d'être étendues avec cette perspective intersectorielle. Il s'agit, au-delà des indicateurs de santé, d'assurer le suivi d'un certain nombre d'indicateurs **caractérisant l'impact effectif des déterminants sociaux de la santé**.

A titre d'exemple, en Angleterre, M. Marmot propose ainsi une batterie d'indicateurs permettant de suivre les différentes mesures mises en œuvre dans la stratégie de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, tels que par exemple, le pourcentage de femmes âgées de moins de 18 ans exclues du système scolaire ou de l'emploi par rapport à l'ensemble des femmes de ce groupe d'âge.



1.2/ Proposition 2 - Développer le débat public sur la santé et élargir le champ de la démocratie sanitaire

Le processus de décision basé sur la preuve² se doit d'intégrer **les savoirs, les savoir-faire et les aspirations de la population** et ce d'autant plus que les leviers mobilisés dans les pratiques de prévention représentent un enjeu autant social que médical (par exemple les modifications du mode de vie).

Ceci nécessite une rénovation du dispositif de concertation. Il s'agit de prendre en compte dans ce processus que les aspirations exprimées sont notamment fonction du niveau d'information et du statut social, d'où l'importance d'une gestion spécifique de la participation et de la démocratie relative aux questions de santé pour renforcer la « capacité à participer » (empowerment). Ce sont ainsi les conditions d'une réelle **participation des groupes populationnels** qui doivent être revisitées, en tenant compte de **différents niveaux territoriaux** où cet exercice démocratique doit s'exercer.

La santé est citée parmi les premières préoccupations de la population. Il faut faciliter le développement d'un débat public éclairé sur la santé et ce, dans un périmètre plus large que celui du seul ministère de la Santé et des ARS. Il s'agit de créer les conditions d'une **appréhension intersectorielle de la santé** par une responsabilisation des partenaires, et sur des objectifs de progression des déterminants de santé dans un sens favorable à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Ceci implique de ne pas limiter la discussion aux instances de démocratie sanitaire, en assurant mieux la représentation des **collectivités territoriales** dans les instances.

1.3/ Proposition 3 - Structurer un réseau d'acteurs en prévention et promotion de la santé réparti de manière homogène sur le territoire national

Les acteurs de terrain qui rencontrent effectivement les populations sont de moins en moins nombreux. Leurs compétences et leur capacité d'intervention sont déclinantes du fait de l'instabilité des dispositifs de soutien et de l'environnement institutionnel dédié à la prévention. La première préoccupation de la politique publique de santé devrait donc être de s'assurer de la **qualité et de la répartition des agents qui vont mettre effectivement en œuvre cette politique**. Lutter contre les inégalités de santé, c'est aussi veiller à une équité territoriale dans la distribution et la disponibilité des compétences.

Dans ce but, il convient d'imaginer un système cohérent et pérenne d'appui aux effecteurs, leur reconnaissant le besoin de visibilité institutionnelle à moyen terme et ce, pour leur permettre de procéder aux investissements en termes de structuration d'équipe, de formation continue et de mise en place de procédures qualité.

Les intervenants de première ligne, constitués **d'associations et des services publics de prévention**, jouent un rôle majeur pour orienter les activités vers les secteurs les plus démunis. Ces intervenants allient aussi flexibilité et adaptabilité aux besoins de la population, tout en exerçant une forme de réflexion engagée. De fait, la présence et l'intervention de ces acteurs dans les espaces les plus à l'écart des circuits d'information sont particulièrement à même, grâce à cette capacité d'**innovation sociale**, de contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Enfin, la politique publique a besoin de connaissances sur les évolutions sociétales en termes de demandes et de besoins que ce secteur de grande proximité peut apporter.

² Référence au concept anglo-saxon d'*evidence-based public health*.



1.4/ Proposition 4 – Développer les études d'impacts en santé

Les **études d'impact en santé** constituent un outil opérationnel qu'il convient de déployer. En effet, la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 érige l'évaluation des politiques publiques en principe constitutionnel et le Traité de l'Union Européenne de Lisbonne affirme les principes de la protection de la santé dans toutes les politiques. Une déclinaison de ce principe est l'obligation de la réalisation d'une étude d'impact pour tout projet de loi (c'est-à-dire d'évaluation *a priori* du projet) et avant toute décision relative à la santé de tout ou partie de la population. Cet outil doit évoluer pour :

- intégrer explicitement et systématiquement **la santé** dans l'évaluation ;
- élargir son champ d'application, par exemple pour les **propositions de loi**, et envisager en opportunité pour des textes réglementaires ou délibérations des **collectivités territoriales** ;
- systématiser sa mise en œuvre locale dans les **programmes d'équipement ou d'urbanisme** portés par les collectivités territoriales.

Cette approche doit être encouragée et la finalité « santé », coordonnée. Il s'agit d'explicitier l'impact sur la santé de toutes les politiques et ce, en amont de leur adoption et de **prévoir la surveillance adaptée lors de leur mise en œuvre**, avec la coordination méthodologique des administrations chargées de la santé.

Cette surveillance doit s'appuyer entre autres, sur la vérification des hypothèses sous-jacentes à la planification, par exemple dans le domaine des connaissances et ressources disponibles, afin d'assurer une réactivité et actualisation des politiques sur des bases légitimes.

1.5/ Proposition 5 – Faire évoluer les dispositifs de concertation intersectoriels existants en région et dans les territoires pour en faire des dispositifs synergiques de production de politiques publiques sanitaires

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

Il s'agit d'une part, de renforcer le **pilotage des mesures intersectorielles** visant en premier lieu les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et d'autre part, le pilotage des mesures qui ont pour objectif principal d'agir sur les politiques de prévention ce qui inclut le ministère de la Santé mais aussi tout autre ministère intervenant dans ce champ (par exemple la santé scolaire dépend du ministère de l'Éducation nationale). Le schéma actuel, donnant la responsabilité exclusive de l'ensemble des mesures et résultats au ministère de la Santé et aux ARS, ne peut en effet être suffisant, même si des espaces de concertation existent comme les commissions de coordination au sein de chaque ARS. Mais concertation n'est pas synonyme de pilotage et ce schéma, en l'état actuel, se révèle en effet incapable de promouvoir une action intersectorielle suffisamment efficace.

Ainsi, des dispositifs de concertation entre ministères existent : les commissions d'administration régionale (CAR) préfectorales, les commissions de coordination des politiques publiques (CCPP), les commissions spécialisées des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), etc.

On observe que les représentants décisionnaires sont peu présents dans les CCPP, ne permettant pas de donner à celles-ci l'autorité et le pouvoir d'engagement et de projet collectif prévus dans les textes. En outre, les collectivités territoriales qui



développent des politiques importantes sur les déterminants sociaux de la santé, n'y sont que peu représentées.

Pour ce qui concerne la CAR, les questions de santé publique ne sont que très rarement à l'ordre du jour. Dans ces rares cas, la mise à l'agenda se fait essentiellement sous l'aune de la protection de la santé, excluant quasi systématiquement les questions de promotion de la santé et/ou de prévention.

Ainsi, ces **dispositifs de gouvernance régionaux méritent d'être réinterrogés** (acteurs, fonctionnement) et refondés à l'aune de leur efficacité et leur légitimité pour conduire et **impulser des politiques intersectorielles** et **associer les collectivités territoriales** et les réformes qui les impactent (loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles dite Mapam, décentralisation, politique de la ville). Il conviendrait notamment de renforcer le pouvoir de la CCPP en instituant un **rapport public des travaux** qu'elle conduit pour articuler les politiques intersectorielles. Cela obligerait à favoriser plus profondément le partage de données et la collaboration entre les opérateurs de l'Etat d'une part, et avec les collectivités territoriales d'autre part. Il est à noter que cette proposition n'est pas antinomique avec la réflexion sur les conseils territoriaux, comme proposé dans le rapport de Bernadette Devictor, lorsqu'il s'agit de piloter, élaborer ou décliner une politique plus locale.

Enfin, la **refonte de la CRSA est indispensable** afin d'assurer d'une part la représentativité des acteurs, l'organisation de véritables processus de concertation, et d'autre part lui donner un pouvoir décisionnel et pas seulement consultatif.

1.6/ Proposition 6 – Faire du comité interministériel un véritable outil de conduite de la politique de santé dans ses aspects non sanitaires et faciliter son équivalent au niveau régional en rapprochant les ARS des administrations régionales des autres secteurs intervenant sur la santé

La SFSP propose au gouvernement de **rassembler les ministères et collectivités liés au système de santé** (Education nationale, Santé, conseils généraux, etc.) comme les **ministères ayant un impact sur la santé** (Travail, Environnement, Aménagement du territoire, Ville, etc.), à l'instar de nombreux pays ou régions, dans lesquels les services de l'Etat sont réunis et organisés autour d'objectifs communs en matière de santé et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé³.

Au niveau national, la création d'un **comité interministériel** pour la santé est une première étape structurante. Il doit permettre, en s'appuyant sur les compétences techniques des administrations, de :

- faciliter la considération des déterminants sociaux et des leviers qui les impactent dans les questions de santé ;
- clarifier le périmètre des fonctions régaliennes ayant un impact sur la santé et celui des services de santé publique ;
- définir un ensemble de services de santé adéquats, protection, prévention et promotion de la santé incluses, en incluant les outils de la santé dans toutes les politiques et en articulant les leviers avec les autres politiques publiques :
 - expliciter à chaque niveau, ce à quoi le citoyen peut s'attendre en matière de protection de la santé,
 - s'assurer de la prise en compte des enjeux de santé dans les décisions intersectorielles locales,

³ Rapport IGAS de 2011 relatif aux déterminants sociaux de la santé.



- s'assurer de la mobilisation des professionnels de santé, du médico-social et du social, partenaires pour les questions de prévention.

Le comité interministériel pour la santé national doit pouvoir légitimer la conduite menée de la politique de santé en **s'appuyant sur les attentes et les besoins exprimés** par des habitants, usagers et citoyens. A cet effet, il doit s'appuyer sur des débats publics réguliers qui recueillent les avis des personnes les plus éloignées des lieux de décision avec l'aide des associations. Pour cela, il convient de structurer et soutenir le secteur associatif en stabilisant ses sources de financement, reconnaissant ainsi sa valeur ajoutée spécifique pour l'élaboration des décisions en santé, et leur acceptabilité sociale.

Enfin, nous proposons qu'une **stratégie explicite de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé** soit adoptée par le gouvernement, introduisant la prise en compte de la santé et des impacts des déterminants de la santé sur le gradient social de santé au niveau de certaines politiques publiques. Les politiques portant sur la périnatalité, la petite enfance et l'enfance d'une part, les conditions de vie et de travail d'autre part, sont prioritaires. Parmi ces dernières, on peut citer la santé mentale, nutritionnelle ou environnementale. Les ministres responsables de ces thématiques doivent être comptables de cet objectif de réduction du gradient social de santé devant le Premier Ministre.

Le comité interministériel pour la santé devrait ainsi être **présidé par le Premier Ministre**, qui pourrait désigner **le Ministre de la Santé comme chef de file**. Le Ministre de la Santé garde autorité et responsabilité sur les dispositifs qui s'inscrivent dans son champ (tels que les plans nationaux ou la prévention médicalisée) et contribue à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé en réduisant les inégalités d'accès à la prévention et aux soins ; il est également responsable de la mise en œuvre des évolutions nécessaires du système de santé dans le but d'accueillir cette nouvelle gouvernance (notamment des évolutions relatives aux systèmes d'information).



2/ Les enjeux en termes d'efficacité et d'efficience

La SNS appelle à **améliorer l'efficience**⁴ qui, en termes de santé, doit intégrer une prise en compte de la qualité des services offerts, et pas seulement leur existence. Quels que soient les savoirs managériaux, administratifs, financiers, technologiques ou juridiques mobilisés, l'enjeu est de s'assurer que le service rendu à la santé de la population reste bien équivalent, entre deux options de coûts différents, et à la condition que l'option retenue ne creuse par davantage les inégalités sociales et territoriales de santé.

2.1/ Proposition 7 – Mieux intégrer les connaissances scientifiques dans la décision publique, en rénovant et clarifiant l'organisation de l'expertise, les dispositifs de suivi de la politique nationale et les dispositifs de représentation des usagers et des élus locaux

La décision doit être transparente et partagée, elle doit être **fondée sur les connaissances scientifiques et l'expérience professionnelle** et tenir compte des **préférences de la population**. Pour cela, elle doit pouvoir s'appuyer sur des dispositifs d'expertise et de concertation rénovés et sur le plein exercice de la démocratie sanitaire. Il s'agit également de développer la prise de décision de santé publique fondée sur des preuves appropriées (*evidence based health policy*), au-delà des standards de la médecine fondée sur les preuves (*evidence based medicine*) dont la portée est restreinte aux approches individuelles et dont le registre bio-médical est peu adapté à l'approche populationnelle.

De plus, le **dispositif d'expertise et d'aide à la décision** en santé est peu lisible. En une décennie, plus d'une dizaine d'organismes de statuts variés ont été créés avec l'expertise sanitaire parmi leurs missions. Une **mise à plat de ce dispositif** est nécessaire, pour identifier les synergies autant que les sujets non couverts. Il s'agit de redéfinir les **missions respectives** des organismes, en évitant les redondances comme les manques et d'assurer leur coordination et leur pilotage par la puissance publique au service d'une décision éclairée.

Avant d'éventuelles mesures structurelles, l'amélioration du dispositif passe d'abord par une réflexion sur les **procédures de production de l'expertise** et de l'aide à la décision (organisation générale, prise en compte de la pluralité des savoirs, transparence...) et sur leurs finalités qui doivent en particulier intégrer une responsabilité collective vis-à-vis des enjeux de santé publique et de réduction des inégalités.

Cela rejoint la nécessité de clarifier et réorganiser les missions des agences (une réorganisation de la régulation de la qualité des soins préventifs, éducatifs et curatifs (HAS, ANSES, INPES, etc.)) en termes de missions : **décision, expertise, norme et contrôle**. Cette clarification doit se faire au niveau central et régional avec une articulation solide entre les deux niveaux. Il convient notamment de renforcer les rôles de certains organismes d'expertise comme le **Haut conseil de santé publique** (HCSP), en favorisant l'indépendance.

De manière globale, il importe de régénérer notre recherche en termes de qualité. Les objectifs d'hier sont atteints, le temps des référentiels est révolu. Aujourd'hui, l'information doit être rapide, partagée, utile.

Enfin, en ce qui concerne le **dispositif de concertation**, si la loi du 4 mars 2002 a posé les bases de la démocratie sanitaire en reconnaissant la place des usagers

⁴ Il s'agit des résultats atteints par rapport aux ressources utilisées pour parvenir à ces résultats.



dans le système, la dilution des instances (une centaine) de concertation et de suivi thématique nuit à sa réelle efficacité. Son pouvoir pourrait se trouver grandi d'une **simplification au sein d'un organe unifié** et dont l'avis deviendrait ainsi plus décisif. Cela pourrait prendre la forme d'un rassemblement des instances nationales de concertation et de suivi au sein d'une coordination consultée sur chaque thématique de programmation. Ce **dispositif unifié** pourrait alors être sous égide de la **conférence nationale de santé (CNS)**, intégrant également une plus grande représentation des CRSA. Là encore, quelles que soient les structures chargées de représenter les habitants, usagers et citoyens et leurs élus, c'est par la **transparence et l'explicitation des principes, procédures et publics d'usagers** ainsi représentés, que sera reconnue la légitimité de cette prise de parole.

Enfin, la CNS pourrait également être davantage mobilisée par les pouvoirs publics afin de donner **un avis sur les enjeux non programmés** qui peuvent faire l'objet d'une demande habituelle d'expertise lorsque les décisions ont un impact notable sur les usagers (comme pour la politique vaccinale). Ainsi, il convient de **mieux articuler**, d'une part, **l'expertise technique ou scientifique** produite par les dispositifs *ad hoc* (y compris agences) et, d'autre part, **l'expertise expérientielle** produite par la CNS.

2.2/ Proposition 8 - Développer et favoriser la démarche et la culture d'évaluation dans tous les secteurs de la santé dans une constante volonté d'amélioration de la qualité

Notre système de santé ne s'est pas suffisamment doté des moyens d'évaluer les résultats des interventions de santé. Et lorsque des évaluations ont été conduites, les indicateurs retenus sont souvent limités à des mesures de processus, de même des défauts de transparence et de communication pertinente et pédagogique sur les résultats sont observés.

Il est possible d'améliorer cette situation en développant la culture générale de l'évaluation en santé et de communication sur celle-ci, incitant la participation et l'implication individuelle et collective à la démarche d'amélioration continue de la qualité de toutes les interventions et de la sécurité des soins. Professionnels de santé, usagers et élus, patients, familles et proches sont concernés.

Pour faciliter cette démarche dans tous les secteurs d'activité (sanitaire, médico-social, ambulatoire), un appui méthodologique, d'animation et d'expertise doit pouvoir être organisé et rendu accessible à tous.

Plusieurs leviers d'action sont identifiés :

- la mise à disposition de structures de proximité d'expertise et d'appui aux professionnels et aux structures, associations, réseaux de santé et aux communes et leur groupement ;
- une formation initiale et continue renforcée sur le sujet, incluant méthodes et d'outils ;
- le renforcement des articulations entre les collectivités territoriales, les professionnels de terrain et des universités pour produire plus de connaissances par la recherche ;
- la poursuite de la politique de transparence engagée sur les données de santé, les évaluations des services et interventions du système de santé et leur accessibilité ;
- la formalisation de fiches métier consacrées à ces démarches d'évaluation au sein des différents secteurs du système de santé ;



- la formalisation partagée de nouveaux métiers, qu'ils relèvent des nouvelles technologies ou l'objet de coopérations (activités entre personnels paramédicaux, sociaux, médicaux) ;
- le développement d'outils/guides d'évaluation des pratiques professionnelles et de formation.

2.3/ Proposition 9 – Reconnaître la prévention

Il reste un secteur à consolider, priorité de la SNS, qui est celui de la prévention incluant pratiques cliniques préventives et promotion de la santé. Ce champ fait également l'objet de recommandations spécifiques de la SFSP, pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la SNS. La synthèse de ces recommandations figure en annexe.

En effet, contrairement aux professionnels de santé, les acteurs du secteur de la prévention n'apparaissent pas aujourd'hui dans la loi, entraînant par conséquent un déséquilibre préjudiciable en termes de reconnaissance et plus prosaïquement de prise en compte dans les financements, déstabilisant gravement tout le secteur d'intervention préventive de première ligne.

La gouvernance en santé doit permettre de **légitimer ce secteur** en le structurant de manière plus efficace :

- donner un **cadre et une reconnaissance à la promotion de la santé** ; définir en ce sens, les acteurs, activités, situations d'exercice, compétences et formations nécessaires. Loin de normaliser les pratiques, cet effort de cadrage pourrait par exemple permettre de mieux valoriser et intégrer les apports :
 - d'une part des acteurs de première ligne qui combinent dans leurs pratiques (également souvent innovantes) les approches cliniques individuelles et les approches collectives de prévention/promotion de la santé,
 - et d'autre part des "méthodologistes" plus centrés sur la production de grands programmes de prévention/santé publique et de données probantes, utiles à la décision et à l'action ;
- d'organiser la diffusion et plus largement le transfert de connaissances et de pratiques innovantes et/ou pertinentes dans le secteur.

2.4/ Proposition 10 – Se doter d'outils consolidés de suivi de l'état de santé de la population

Notre système de santé ne s'est pas encore doté d'un véritable moyen de suivre et d'évaluer à tout moment l'état de santé de la population. Il est possible d'améliorer cette situation en **renforçant la culture générale de santé publique et de l'évaluation**, et les articulations entre les systèmes d'information et de production de connaissances validées sur la santé et les inégalités de santé.

Un effort doit être fait pour mettre en place un **système d'information** sur l'état de santé de la population en favorisant :

- la production de données et d'indicateurs permettant d'évaluer les résultats des décisions et interventions de santé mises en œuvre ;



- la mise en commun des données utiles et validées, produites dans tous les champs de la santé : soin, prévention, surveillance, veille sanitaire et alerte, évaluation des programmes de santé...

Tous les producteurs d'information à financement public, quel que soit leur échelon géographique, devraient avoir l'obligation d'alimenter régulièrement ce système en informations actualisées.

Il conviendra de communiquer avec pertinence, pédagogie et transparence sur ces résultats. De la même façon, il est nécessaire d'envisager **la déclinaison de ce système d'information aux niveaux territoriaux** où se situent les capacités réelles d'intervention. Les indicateurs de santé utiles au niveau territorial, le plus souvent déclinés au niveau départemental ou parfois cantonal, doivent être **accessibles** à l'échelon des communes et des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) où se trouvent les acteurs.

De plus, les objectifs de santé peuvent constituer un outil traceur de l'efficacité et de l'équité de la politique de santé, surtout s'ils orientent, comme proposé plus en amont, l'ensemble des opérateurs. Il convient de les rassembler au sein du système d'information mis en place, sous la forme **d'un tableau de bord national de la santé de la population**, assorti d'indicateurs pertinents à suivre en termes d'état de santé sur tous les thèmes, ainsi que d'un tableau de bord spécifique pour chaque priorité de la loi, afin d'évaluer les avancées en regard des moyens spécifiques mis en place. Une temporalité pourrait être introduite entre objectifs de court terme (5 ans) exprimés en termes de résultats d'intervention (ex : la couverture d'un dépistage), et d'objectifs de moyen et long termes (5 à 20 ans) exprimés en termes de résultats de santé, tant quantitatifs que qualitatifs. Le rapport 2010 du HCSP, qui propose des objectifs actualisés pour la France, en serait un excellent socle.



3/ Les enjeux en termes de gouvernance des politiques de santé : corriger la fragmentation des dispositifs à tous les niveaux et définir les priorités face à la multiplication des objectifs

3.1/ Proposition 11 – Le passage d'un pilotage de dispositifs fragmentés au pilotage cohérent d'un système de santé

La **lisibilité et la transparence de notre système**, tout comme sa capacité à réellement mettre en œuvre ses textes, demandent à être revues dans notre prochaine loi de santé. Des règles de décision doivent être énoncées dans une loi structurante qui répartisse les rôles institutionnels et asseye la gouvernance du système. Il s'agit de recentrer le débat vers une appréciation partagée des finalités de santé populationnelles à atteindre, et leur mise en relation avec les moyens dont on dispose ou qu'il est nécessaire de prévoir et ce, quel que soit le ministère impliqué.

Pour le système de santé et ses acteurs, il s'agit désormais de caractériser dans la loi :

- la méthode pour déterminer les **besoins** prioritaires de santé ;
- les critères distinguant les **disparités** inévitables des **inégalités** inacceptables ;
- le **processus de concertation** entre les différents partenaires, notamment les représentants des populations concernées ;
- une meilleure **organisation et lisibilité des opérateurs** chargés de mettre en place la politique de santé (agences, administrations, secrétariat général, collectivités territoriales, etc.) et qui tiennent compte des spécificités territoriales (en particulier de la situation en zone de ruralité) ;
- les **processus de décision** interministériels, régionaux, territoriaux ;
- une **réorganisation de la régulation** de la qualité des soins préventifs, éducatifs et curatifs mais aussi de réadaptation et palliatifs (HAS, ANSES, INPES, etc.) en termes de missions : décision, expertise, norme et contrôle ;
- les **moyens d'évaluer** l'impact de la politique de santé et des politiques publiques en termes de santé ;
- **l'importance des actions de proximité** en l'affirmant de manière volontariste ;
- des **mécanismes de suivi de la loi** par des rapports d'exécution périodiques présentés au Parlement.

3.2/ Proposition 12 - Une politique recentrée autour d'un nombre réduit de priorités, rationalisée entre niveaux de territoire et modernisée

L'enjeu d'une politique fondée sur des **priorités qualitativement définies et quantitativement limitées**, repose sur l'engagement de chacun de ses acteurs à les respecter et à les faire respecter dans le cadre de son champ partenarial. La SFSP propose que la SNS et sa gouvernance permettent :

- **Une meilleure articulation intersectorielle** des secteurs relevant des dispositifs de prévention et de promotion de la santé (santé scolaire, santé au travail, PMI, etc.) et des secteurs à « impact » sur la santé (éducation, aménagement du territoire, transport, économie, emploi, etc.). La SFSP plaide pour une politique unifiée comprenant l'ensemble des politiques qui ont pour objectif principal d'agir sur la santé de la population, incluant le



ministère de la Santé mais aussi tout autre ministère intervenant directement dans le champ.

- **Une meilleure lisibilité de l'engagement et de l'action des services de l'Etat impliqués ;**
- **Une mise en cohérence entre le niveau régional/national :** il existe une cohérence régionale structurelle avec les ARS et fonctionnelle avec une structuration des priorités et programmes à l'échelle régionale même si cette structuration régionale gagnerait à faire davantage de place à plus de contre-pouvoirs et de débats. Il convient désormais d'organiser cette cohérence au niveau national, prenant notamment en compte **l'articulation entre politique de santé publique et politique d'assurance maladie** : réévaluation de la place et des missions du comité directeur national chargé de coordonner les ARS au regard de leur organisation, intégration d'un volet prévention dans les programmes de réduction des risques, guichet unique de financement en région, simplification des démarches administratives à tous les niveaux, meilleure identification des acteurs de terrain, etc.
- **Une architecture des priorités et des objectifs rationalisée et transparente :**
 - incluant des **priorités nationales resserrées** qui s'imposent à tous et la possibilité en région de définir les priorités régionales répondant aux spécificités des territoires ;
 - distinguant les notions d'objectifs et de priorités :
 - les **priorités nationales** sont nécessairement **peu nombreuses** en ce qu'elles se définissent comme sujets d'importance majeure - problème de santé ou prise en charge spécifique d'enjeu national – qui légitiment des **moyens supplémentaires** dans une période donnée et l'engagement de tous ;
 - les **objectifs de santé** structurés par la loi de 2004 (dont le HCSP proposait de les actualiser dans son rapport 2010), ne sont plus des priorités mais peuvent être maintenus comme tableau de bord pour orienter les opérateurs, sans nécessairement de financement supplémentaire ou avec un redéploiement des ressources disponibles pour un investissement dans la prévention et la promotion de la santé. En ce sens, ils ne relèveraient donc pas de la loi (contrairement aux priorités), même si le principe de ce tableau de bord doit y être retenu.
- **Des outils d'interventions modernisés** et en cohérence avec le **contexte budgétaire contraint** : il s'agirait de re-caractériser les **plans ou programmes comme des outils** organisant la réponse aux priorités nationales ou régionales et/ou aux objectifs sur la base de références validées et non plus comme les « politiques autonomes » tels qu'ils le sont aujourd'hui. En effet, parce qu'ils sont conçus ainsi aujourd'hui, ils conduisent à une logique d'habitude, inflationniste, influencés par des stratégies de lobbying qui, bien que souvent louables, contribuent à l'éparpillement des financements dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint. Il semble plus cohérent de proposer qu'ils deviennent, pour une maladie, un déterminant de la santé ou une population donnée, des **référentiels pour les dispositifs et interventions** : modes de prévention, de prise en charge, d'accompagnement et d'organisation, reconnus comme



les plus efficaces et les plus efficaces pour orienter les différents opérateurs de santé pour une réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. A charge pour chaque opérateur et en fonction de ces besoins de s'y référer en ce sens.

3.3/ Proposition 13 - Valoriser l'échelon communal ou intercommunal, à la fois comme centre d'impulsion et espace d'action.

La future loi devra poser le double principe d'une autorité et d'une responsabilité municipales en santé. Il s'agit donc de reconnaître **l'action des communes**, acteurs majeurs de santé publique en clarifiant les rôles de chacun et en les intégrant **aux dispositifs de gouvernance territoriaux** de manière plus systématique. Pour cela, la SFSP propose de reconnaître leur capacité à piloter, élaborer et mettre en œuvre une politique locale de santé en lien avec la politique régionale de santé et les autres politiques publiques à impact sur la santé.

Il s'agirait ainsi de réfléchir à la création de nouveaux dispositifs qui couvriraient, au niveau local les trois aspects sanitaires, sociaux et préventifs.



Principales références

Bas-Theron F, Daniel C, Durand N. Expertise sanitaire. Paris : IGAS, 2011.

Brown C, Harrison D. WHO Regional Office for Europe. Governance for health equity in the WHO European Region. World Health Organization, 2013.

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

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

Charpak Y. Notre Europe de la santé. Santé publique, 2014;26(1):5-7. Annexe 1.

Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final. Genève : OMS ; 2009

Cour des Comptes. L'organisation territoriale des services de l'état. Paris ; juillet 2013.

Courrèges C, Lopez A. L'Agence Nationale de Santé : le défi d'un pilotage national unifié, refusant technocratie et centralisation. Santé Publique, 2012;24(3):229-40.

Direction générale de la santé. Recommandations pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans nationaux de santé. Paris : DGS, 2009.

Direction générale de la santé. Éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025. Paris : DGS, 2011.

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

Hsiao WC. Abnormal economics in the health sector. Health Policy, 1995; 32:125-39.

Hawe P, Potvin L. What Is Population Health Intervention Research? Can J Public Health 2009;100(1):I8-I14.

ITMO Santé Publique - Contribution de l'ITMO Santé Publique d'Aviesan à la Stratégie Nationale de Recherche; Mai 2013.

Kickbusch I, Gleicher D *et al.* Governance for health in the 21st century, a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. World Health Organization;2011:94 p.



Lombrail P. Inégalités d'accès aux soins. *In* : Réduire les inégalités sociales de santé. Potvin L, Moquet MJ, Jones CM eds. INPES, St Denis, 2010 : 380 p.

Lopez A. Rapport sur les conditions d'élaboration et de mise en œuvre de la politique nationale de santé. Paris : IGAS ; 2010.

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

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

Marmot M. Fair society, healthy lives, 2010.

Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action. Paris : IGAS ; 2011.

Murray CJL, Frenk J. Evidence and Information for Policy : "A WHO Framework for Health System Performance Assessment" . World Health Organization 2000.

Organisation Mondiale de la Santé. Everybody' s business - strengthening health systems to improve health outcomes - who's framework for action. World Health Organization; 2007.

Organisation Mondiale de la Santé - Comité régional de l'Europe, Soixante-deuxième session. Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique. Malte, 10-13 septembre 2012.

Rolland C, Pierru F. Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade. *Santé Publique* 2013 ;25(4) :411-9.

Salomon JA†, Vos T, Hogan DR, Gagnon M, Naghavi M, Mokdad A et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2129–43.

Actuellement mis à jour pour la France sur
<http://www.healthmetricsandevaluation.org/tools>

<http://www.sante.gouv.fr/rapport-d-edouard-couty-le-pacte-de-confiance-pour-l-hopital.html>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000233/0000.pdf>



Liste des sigles

ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ARS	Agence régionale de santé
CAR	Commission d'administration régionale
CCPP	Commission de coordination des politiques publiques
CNS	Conférence nationale de santé
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
DGS	Direction générale de la santé
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ISTS	Inégalités sociales et territoriales de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
SFSP	Société française de santé publique
SNS	Stratégie nationale de santé



Annexe

Synthèse des propositions de la SFSP « Pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la stratégie nationale de santé »

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

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

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

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

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

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

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

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

La stratégie proposée repose sur cinq axes :



- sensibiliser les décideurs, les professionnels et la population aux déterminants de la santé et aux principaux leviers d'action ;
- objectiver les inégalités sociales et territoriales de santé et leurs déterminants ;
- évaluer l'impact sur la santé et l'équité en santé des politiques publiques ;
- faire de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé dès l'enfance une priorité, à travers les politiques sanitaires, sociales et éducatives ;
- et rendre effectif l'accès aux droits fondamentaux, dont font partie les soins, la prévention, la protection sociale et les mesures intersectorielles en direction des plus vulnérables.

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

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

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

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

Proposition 4 – Améliorer l'efficacité des pratiques cliniques préventives

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

- améliorer l'efficacité des pratiques cliniques préventives ;
- rationaliser l'offre en termes de bilans de santé et de consultations de prévention ;
- accompagner la population afin d'améliorer sa capacité de choix ;
- prendre en compte la problématique des inégalités d'accès aux pratiques cliniques préventives ;



- élaborer et mettre en œuvre une stratégie de prévention des événements indésirables associés aux soins [Le détail de cette mesure figure dans une note spécifique] ;
- faire du système de soin un acteur de la promotion de la santé.

Proposition 5 – Définir une nouvelle gouvernance

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

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

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

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

*ELLES FONT SUITE A LA CONTRIBUTION DE LA SFSP POUR
L'ELABORATION D'UNE STRATEGIE NATIONALE DE SANTE
ET COMPLETENT LES PROPOSITIONS POUR
UNE STRATEGIE DE PREVENTION ARTICULANT LA SANTE DANS TOUTES LES
POLITIQUES, LA PROMOTION DE LA SANTE ET LES PRATIQUES CLINIQUES
PREVENTIVES*

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



Société Française de Santé Publique

1 rue de la Forêt - 54520 LAXOU

Tel : (+33)3.83.44.94.11

Fax : (+33)3.83.44.37.76

www.sfsp.fr