

État de santé et priorités de santé publique

Synthèse des conférences régionales

Les conférences régionales sur l'état de santé et les priorités de santé publique sont nées en décembre 1994 de la volonté politique de décliner au niveau régional la politique nationale de santé publique. La synthèse présentée ici reprend d'une part l'ensemble des priorités qui ont été sélectionnées, et d'autre part les remarques qui ont été émises par les membres des jurys.

Organisées sur le modèle des conférences de consensus, les conférences régionales ont eu lieu dans 23 régions entre septembre 1995 et octobre 1996. Les trois dernières conférences sont en cours de préparation. Cette synthèse intervient alors que l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a institutionnalisé les conférences régionales. Les ordonnances viennent en effet conforter cette démarche et lui apporter la légitimité qui lui faisait défaut dans un cadre expérimental.

Les priorités régionales

Dans toutes les régions, les priorités sélectionnées sont présentées comme préoccupantes par leurs caractères de gravité, de fréquence, d'impact socio-économique, de perception sociale et de faisabilité.

Parmi les priorités sélectionnées au niveau national par le Haut Comité de la santé publique, le tableau de synthèse montre qu'un problème de santé ressort très nettement au niveau régional : il s'agit de « suicide et dépression », comme une priorité dans 16 régions. Viennent ensuite, par ordre décroissant, les accidents de la voie publique (sélectionnés dans 12 régions), le handicap et la dépendance (12 régions), les cancers (11 régions), la toxicomanie (9 régions), les maladies cardio-vasculaires et l'hypertension artérielle (8 régions), la périnatalité (6 régions), les maladies sexuellement transmissibles et l'infection à VIH/sida (5 régions), les mauvais traitements à enfants (3 régions), les accidents du travail (2 régions) et les accidents domestiques (2 régions).

Concernant les déterminants des problèmes de santé, la consommation d'alcool est le déterminant qui est le plus souvent ressenti comme prioritaire dans

l'ensemble des régions (19 régions). Le deuxième déterminant est « pauvreté et précarité des conditions de vie » (15 régions) ; puis viennent l'usage du tabac (9 régions) et les difficultés d'accès aux soins et à la prévention (6 régions).

Quelques régions ont sélectionné des priorités qui ne leur étaient pas proposées au niveau national : il s'agit du diabète (Martinique, Guadeloupe) ; des maladies génétiques (Guadeloupe, Bretagne) ; de l'hygiène bucco-dentaire (Guadeloupe, Haute-Normandie) ; de l'insuffisance rénale chronique, des hépatites, de la tuberculose et des comportements et habitudes socioculturelles spécifiques (Guadeloupe) ; des habitudes alimentaires (Alsace, Bretagne) ; des abus de consommation de médicaments et plus particulièrement de tranquillisants (Alsace, Aquitaine, Lorraine) ; du problème de l'air et de l'eau et des risques directs des pesticides et des nitrates sur la santé humaine (Bretagne) ; de pathologies liées à une mauvaise hygiène de vie (obésité, cirrhoses) et de problèmes liés à l'environnement (Haute-Normandie). Ces priorités résultent du souhait de quelques jurys de mettre en évidence des spécificités régionales, générées par la structure de la population, les conditions de vie et de production propres à la région, et parfois sa géographie et son histoire.

Principales remarques émises par les jurys

De nombreux jurys n'ont pas souhaité utiliser le terme de « conclusion », mais lui ont préféré celui de « recommandation » qui doivent permettre de rendre plus explicites les choix en matière de santé publique dans les régions et d'élaborer une politique pour les années à venir.

Les membres du jury de plusieurs ré-

gions ont insisté sur la nécessité d'améliorer le système d'information et les outils de connaissance, de renforcer la coordination entre le médical et le social, de développer la culture de santé publique dans la population et auprès des décideurs, des administratifs. Ces mesures ont pour objet d'améliorer la coopération de l'ensemble des acteurs et la mise en cohérence de leurs initiatives, de développer les synergies entre les institutions et

les professionnels de santé, de coordonner les interventions grâce à la mise en place de réseaux d'actions reposant sur les dispositifs existants ou à venir. Ce que le jury de la région Centre a résumé dans ses conclusions en faisant des propositions transversales sous la forme de trois points : informer, former et coordonner.

Plusieurs jurys ont émis des remarques, des réflexions :

- pour la région Aquitaine, le jury a

	Alsace	Aquitaine	Auvergne	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Centre	Champagne-Ardenne	Corse	Franche-Comté	Guadeloupe	Guyane	Haute-Normandie	Île-de-France	Languedoc-Roussillon	Limousin	Lorraine	Martinique	Midi-Pyrénées	Nord-Pas de Calais	Provence - Alpes - CA	Pays de la Loire	Picardie	Poitou-Charentes	Réunion	Rhône-Alpes	
Problèmes de santé (HCSP)																											
Suicide et dépression	●	●	●	○	●	○	●	●		●			●		●		○		●			●		●		●	16
Accidents de la voie publique	●	●				●	●	●	●		●			●	●				●			●		●			12
Handicaps et dépendance		●	●		●		●		●	●	●		●	●		●			●					●			12
Cancers	○		●			●		○		●			●	●		●			●		●			●			11
Toxicomanie	●	●						●					●	●	●		●	●		●							9
Maladies cardio-vasculaires / HTA	●		●					●			●						●	●		●			○				8
Périnatalité			○		○			●			●				●				●								6
MST et infection à VIH/sida											●			●	●				●							○	5
Mauvais traitements à enfants				●											●									●			3
Accidents du travail	●					●																					2
Accidents domestiques	●					●																					2
Maladies mentales chroniques																											0
Mal de dos																											0
Infections nosocomiales																											0
Douleur																											0
Affections iatrogènes																											0
Déterminants HCSP																											
Consommation d'alcool	●	●	●	●		●		●	●	●			●	●	●	●	●	●		●		○		●	○	●	19
Pauvreté / Précarité conditions vie		●	●		●	●	●		●	●	●		○	○	●	●		●		●				●			15
Usage du tabac	●							●	●	●			●		●					●					●		9
Difficulté d'accès soins/prévention		●					●						●		●					●				●			6
<p>● Priorité identifiée par la conférence régionale ○ Projet régional de santé en cours</p> <p>Autres priorités identifiées Alsace : nutrition, abus de consommation de médicaments. Bretagne : air, eau, alimentation, maladies génétiques. Guadeloupe : diabète, maladies génétiques, insuffisance rénale chronique, hygiène bucco-dentaire, hépatites, tuberculose, habitudes socioculturelles. Haute-Normandie : pathologies liées à une mauvaise hygiène de vie (hygiène bucco-dentaire, obésité, cirrhoses), problème de l'environnement. Martinique : diabète.</p>																											

souhaité dire que les réflexions ultérieures et les actions qui en découleront devront nécessairement tenir compte d'une part des liens étroits existant entre de nombreux problèmes de santé et déterminants, et d'autre part elles devront refléter une préoccupation environnementale.

- en Île-de-France, l'accent a été mis sur l'importance de revoir les campagnes d'information afin de mieux les adapter aux populations concernées.

- en Guadeloupe, le jury a exprimé des réserves par rapport à la méthodologie utilisée, qui n'utilise pas suffisamment d'indicateurs locaux pour la définition des priorités. Il a dit également son inquiétude quant à la suite qui pourra être réservée à la définition puis à la réalisation des plans d'actions.

- le jury des Pays de la Loire a particulièrement détaillé ses observations. Il a constaté que la réforme est un investis-

sement à long terme et que les ressources dégagées par un redéploiement au sein du seul secteur de la santé devraient être complétées par un effort plus général d'épargne collective. Il a fait référence à la notion anglaise de « Welfare Pluralism » : le bien-être des personnes est une activité plurielle qui dépend de nombreux acteurs et institutions. Cette locution se retrouve dans le souhait émis par les membres du jury alsacien : « La santé pour tous, mais par tous ». Le jury des Pays de la Loire a souligné le fait que l'administration ne peut pas changer les choses par décret et de manière isolée. Il a souhaité également être associé à l'évaluation de la démarche ainsi impulsée.

En définitive, plusieurs régions ont insisté pour que le choix des priorités n'ait pas pour conséquence la négligence, même momentanée, des problèmes de santé et des déterminants qu'il n'a pas été possible de retenir. La vigilance et les moyens qui leur sont consacrés doivent être maintenus, notamment en renforçant la prévention.

Des conférences aux projets régionaux de santé

À la suite des conférences et pour chacune des priorités qui nécessite une mobilisation spécifique, des projets régionaux de santé seront progressivement élaborés en partenariat, au niveau régional. Cette démarche n'est pas exclusive d'autres formes de mobilisation, ni de l'émergence de projets plus restreints qui rentreraient dans le champ des priorités identifiées. ■

Patrice Verpillat

Interne de santé publique,
direction générale de la Santé

Les conférences régionales

Les conférences sont soigneusement préparées par une consultation préalable des principaux acteurs de santé de chaque département de la région. Les personnes interrogées lors de cette consultation sont un panel de 40 « experts » par département (10 responsables de services de l'État, des collectivités locales, des caisses ou mutuelles ; 10 membres d'institutions et d'établissements ayant des activités dans le champ sanitaire ou social ; 10 professionnels du champ sanitaire et social ; 10 personnes du milieu associatif). Chacun des « experts » est sollicité pour répondre à un questionnaire le plus souvent simple et direct : citer deux priorités de santé et un déterminant choisi parmi la liste des priorités nationales identifiées dans le rapport *La Santé en France*. La possibilité d'ajouter une priorité en dehors de celles contenues dans la liste leur est laissée. De plus, ils doivent justifier les raisons de leurs choix.

Les conférences régionales prennent la forme d'une réunion de type conférence de consensus se déroulant sur une journée. Les participants sont pour la plupart des décideurs (services déconcentrés de l'État, collectivités locales, caisses d'assurance maladie et mutuelles, municipalités), des professionnels sanitaires et sociaux, des représentants d'institutions sanitaires, sociales et médico-sociales ou d'associations thématiques et associations d'usagers, les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et les Comités d'éducation pour la santé, les universités.

Après une présentation aux participants des enjeux et des principaux constats du rapport sur la santé en France du Haut Comité de la santé publique, l'ORS fournit les éléments de la situation de la région par rapport aux indicateurs nationaux. Lors de la conférence, un témoin par département et un témoin par groupe d'acteurs rapportent l'avis du panel qu'ils représentent. À l'issue de la conférence, les membres du jury (au nombre de 6 à 10) doivent sélectionner, parmi les priorités nationales proposées par le HCSP ou les éventuels problèmes de santé et déterminants nouveaux apparus au cours de la conférence, quelques problèmes de santé et déterminants qu'ils jugent prioritaires pour leur région. Ce choix doit tenir compte des résultats de l'enquête préalable, des divers exposés et des débats avec les participants au cours de la journée.