

La prévention : fondement des politiques régionales de santé

La nouvelle politique régionale de santé devrait permettre la mise en œuvre d'une véritable politique de prévention.

Michel Peltier

Directeur régional des Affaires sociales
d'Ile-de-France

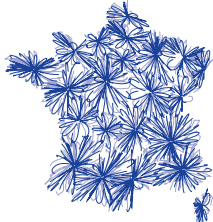
Plusieurs facteurs favorables sont réunis pour faire franchir un grand pas à la politique régionale de santé. Le projet de loi d'orientation sur la santé publique propose en effet un cadre, une légitimité et une dimension nouvelle à une politique régionale qui aura les moyens d'être ambitieuse. L'opportunité se présente mieux que jamais de donner toute sa chance au développement de la prévention.

Pour nos services, le temps est venu de passer de l'engagement quasi militant de quelques pionniers des programmes régionaux de santé à un professionnalisme affirmé de notre organisation au profit d'une ambitieuse politique de santé publique. Cette étape sera d'autant mieux servie qu'on saura reconnaître sa filiation. En effet, le chemin parcouru pour aborder de manière plus globale la santé, le travail des pionniers de la programmation régionale et les premiers défrichements des programmes régionaux de santé doivent être mis en lumière pour les avancées qu'ils ont permis. La deuxième moitié des années quatre-vingt-dix a été, pour les services Drass-Ddass et certains de leurs partenaires, une période d'importante évolution culturelle et de changement profond de la vision de la santé. Auparavant grandement accaparées par l'organisation du système de soins (aussi bien dans une dimension d'adaptation que dans une dimension de maîtrise), Ddass et Drass se sont ouvertes à une vision globale de la santé (observer, programmer, éduquer, prévenir, insérer). Cette évolution, elles l'ont partagée avec de nombreux acteurs (collectivités, associations, groupes de professionnels de santé) et elles ont surtout, avec plus ou moins de succès, tenté de la faire adopter par le plus grand nombre, au travers des outils

qui leur étaient alors confiés (conférences de santé, par exemple). Ainsi, les déterminants, notamment sociaux de la santé ont été mieux mis en exergue. La mobilisation des acteurs de la santé, mais aussi d'acteurs extérieurs au champ traditionnel de la santé, devenait un objectif essentiel ainsi que d'associer la population elle-même à travers ses représentants institutionnels ou associatifs, à la définition et à la mise en œuvre des programmes d'action. Pour cela, il fallait des objectifs visibles, des programmes ajustés aux attentes et un suivi des résultats. De 1995 à aujourd'hui, Ddass et Drass se sont employées à inventer une démarche et à bâtir des programmes, à les faire partager par les partenaires, à les mettre en œuvre et à en rendre compte. L'ambition était juste, la bonne volonté évidente, mais les résultats parfois décevants. C'était encore trop souvent un travail de pionniers, de petits groupes de spécialistes, l'adhésion était trop souvent limitée et les moyens insuffisants. Mais ce travail de défrichage a été fructueux en termes d'expérimentation, de tâtonnement et finalement d'exploration d'une nouvelle démarche de santé.

Un nouveau souffle pour la politique régionale

Qu'a-t-il donc manqué jusqu'à présent pour installer une véritable politique régionale de prévention ? Du temps, des moyens, de la visibilité et un cadre de mobilisation des acteurs. Les évolutions en cours, le projet de loi d'orientation en santé publique, l'organisation des services qu'elle sous-tend vont nous faire entrer dans une nouvelle configuration. Jusqu'à présent la politique de prévention qui doit constituer



l'ossature d'une politique régionale de santé n'était envisagée par beaucoup que comme un produit dérivé ou optionnel de la préoccupation majeure de l'organisation de l'offre de soins. Elle n'apparaissait pas suffisamment comme un objectif en soi. Le projet de loi envisage cette vision globale de la santé, valorise la prévention et procure ainsi une légitimité sans précédent à l'action et aux acteurs qui s'y consacrent.

En plus de la légitimité, la politique régionale de santé va trouver un cadre pour l'action avec le groupement régional de santé publique (article 5 du projet de loi). Il vise à faire converger les énergies vers des objectifs partagés. Pour réussir, il faudra trouver l'équilibre entre l'unité d'action et la capacité d'initiative des partenaires. C'est le regroupement qui donnera à la politique régionale sa cohérence et sa force de frappe, en préservant la possibilité pour chaque partenaire d'exprimer sa créativité et sa sensibilité. L'adhésion volontaire des collectivités locales à cette démarche de travail permettra de donner une ampleur nouvelle à l'action publique en faveur de la santé et de l'inscrire dans la vie régionale et locale.

Ainsi, par exemple, le département qui apportera à l'œuvre commune le savoir-faire, l'implantation territoriale, le contact avec les populations qu'ont su développer au fil des années ses services de PMI pourra à la fois mettre en lumière son action et celle de ses professionnels, et aussi offrir aux programmes de santé inclus dans la démarche régionale une efficacité sans précédent.

La rencontre volontaire, mais structurée dans l'action, des services de l'État, des collectivités territoriales, de l'assurance maladie, de la mutualité et des autres acteurs qui le voudront permet d'envisager des programmes d'action de grande envergure, couvrant un large champ mobilisateur et véritablement inscrits dans une dimension territoriale.

La création de ce cadre juridique propice au partenariat et à l'ambition partagée peut enfin donner toute sa chance à la prévention. Définis ensemble, les programmes régionaux d'action reposant sur des équipes beaucoup plus larges, pourront être enfin à la hauteur des ambitions affichées. L'enjeu sera de rassembler tous ceux qui sont prêts à agir et surtout d'utiliser comme un atout la diversité des compétences, des savoir-faire et des sensibilités qui sont réunis.

Une organisation qui renforce la prévention

Pour réussir, il faudra donner plus de visibilité à la politique régionale de santé. Tout le monde aujourd'hui est convaincu de l'importance de

la prévention et de l'éducation pour améliorer véritablement l'état de santé de la population. Pourtant cette dimension a toujours eu du mal à émerger, apparaissant, dans les faits, comme une activité annexe des acteurs du système de santé et qui passe toujours après l'urgente nécessité d'organiser le système de soins. Jamais ne lui avait été donnée, en termes d'organisation et de moyens, la chance de se développer sans être étouffée ou occultée par les préoccupations lourdes et récurrentes qui traversent toujours le système de soins (évolution des coûts, progrès technique, dimension économique et sociale, problématique d'emploi ou d'aménagement du territoire, etc.). Lui conférer un cadre organisationnel propre à sa mise en place au plus près des populations est la première fondation solide nécessaire au développement d'une politique de prévention. Ainsi, la politique régionale de santé sera visible par elle-même, complémentaire et partenaire du système de soins, mais elle n'en sera plus le parent pauvre. La possibilité s'ouvre pour les acteurs de la prévention de tenir une place reconnue et de faire valoir leur professionnalisme. Bien sûr, entre prévention et soins, l'interaction est constante mais nécessite pour être réelle que les deux préoccupations soient portées avec autant de force, et que l'une n'occulte pas l'autre.

La clef du succès, c'est aussi la mobilisation des partenaires. Une politique de santé globale, appuyée sur la prévention, interfère avec de nombreux champs de la vie sociale (comportement, environnement, conditions de réalisations des activités humaines). Promouvoir la santé dans un territoire, c'est aussi s'intéresser à des objectifs de santé des acteurs qui n'en font pas *a priori* leur première préoccupation. C'est, en plus de l'apport de leur compétence propre, un des intérêts du partenariat avec les collectivités territoriales car leurs contacts avec les acteurs économiques et sociaux sont plus étroits (par exemple, pour promouvoir une action d'éducation à la santé dans une branche d'activité).

Dans la construction de cette nouvelle politique régionale de santé et la mise en œuvre de son cadre d'organisation, l'écueil pourrait venir de la difficulté à en délimiter le champ. Le risque de dispersion n'est pas négligeable. L'immensité du champ possible d'une politique de santé (cf. les 100 objectifs de la loi) peut faire problème. Déjà, lors de la période précédente se posait la question de savoir combien de programmes régionaux de santé pouvaient efficacement être conduits dans une région. Le nouveau cadre d'organisation, en regroupant les moyens, en professionnalisant des acteurs,

permettra de développer une force d'action accrue. Mais surtout il permettra de mieux s'accorder sur les priorités et sur les domaines où il faut concentrer les efforts.

En prévoyant un choix d'objectifs nationaux appuyés sur une démarche scientifique et une consultation nationale, le projet de loi permettra aux différents acteurs, en leur demandant d'élaborer le plan régional de santé publique de se retrouver facilement sur des grandes priorités. Dans le souci du résultat qui marque fortement la nouvelle démarche, le critère de l'utilité devrait plus facilement l'emporter sur l'envie de singularité dans les choix de programmes régionaux. Mais l'espace restera largement ouvert, dès lors que lorsque les acteurs régionaux auront la volonté de s'engager, pour prendre en compte les dimensions régionales ou locales plus spécifiques. L'ajustement de ces deux dimensions fera la richesse de cette nouvelle politique régionale de santé et lui donnera toute sa crédibilité.

Si les conditions sont très favorables pour la réalisation d'une vraie politique régionale de santé, tout n'est pas gagné d'avance, et plusieurs préoccupations demeurent. Il faudra accepter le temps de la construction et de la diffusion d'une culture partagée. Pour cela, formation, information et communication sont des outils à utiliser intensément. La question du financement reste essentielle, et pas seulement sur le niveau global des moyens affectés mais aussi sur la souplesse de mise en œuvre, sur la pluriannalité, sur l'espace de liberté des acteurs régionaux. L'évaluation reste toujours un point d'interrogation. On ne conçoit pas qu'elle ne soit pas une préoccupation constante dans ce secteur pour véritablement orienter l'action, mais dispose-t-on des méthodes et des opérateurs pour la réaliser? On peut en douter dans l'immédiat.

Enfin, ne négligeons pas le risque d'un engagement réservé des partenaires si la configuration proposée apparaît comme éphémère. Sans se priver des possibilités d'ajustement, il faut permettre aux acteurs d'inscrire leur organisation et leur action dans une certaine durée et une certaine continuité.

En conclusion, tout en se gardant d'un optimisme démesuré et sans ignorer les difficultés qui ne manquent pas de se faire jour, car il s'agit par nature d'un domaine d'action complexe, on peut dire que les conditions sont en passe d'être réunies pour donner toute ses chances à la prévention et à une nouvelle politique régionale de santé qui pourra la valoriser. Avec tous leurs partenaires, les Drass ont la volonté de s'y engager. ✨

Évolution des politiques régionales : l'agence régionale de santé en perspective

Les réformes de la politique régionale, introduites par la loi de santé publique en préparation, pourraient être le préliminaire d'une politique régionale articulée autour de l'agence régionale de santé succédant aux ARH.

« Il ne s'agit pas de décrire l'avenir, mais de le permettre »

Antoine de Saint-Exupéry

Le système de santé français se cherche ou, devrait-on dire, se REcherche. Alors qu'il avait atteint sa pleine maturité, largement nourrie par un dispositif de valeurs conçu pour l'essentiel après la guerre, il doit désormais s'adapter à de nouvelles exigences, ou de nouveaux enjeux. Les attentes croissantes de nos concitoyens, une approche des professions médicales et des pratiques revisitées à l'aune de la modernité sociale et technique, un contexte économique qui requiert la vigilance sont autant de raisons qui invitent à repenser un dispositif qui s'esouffle.

Réguler le système de santé en termes de qualité et d'efficacité, d'équité, de maîtrise financière et faire partager ces préoccupations par l'ensemble des acteurs : là est le véritable enjeu des réformes de demain. Dans cette perspective, la création d'une autorité, l'agence régionale de santé (ARS), fédératrice des compétences institutionnelles régionales existantes, interlocuteur unique des professionnels de santé qui se reconnaissent à travers ses missions, s'imposera tôt ou tard¹.

Non pas tant pour répondre à cette tentation permanente de stratifier davantage l'administration alors même que la tendance est à la simplification, mais précisément pour porter et amplifier une politique de santé aux multiples facettes.

En effet, trois notions communément admises en France comme à l'étranger fondent aujourd'hui l'évolution des politiques régionales.

- La région est le bon niveau territorial d'observation, de conception, de mise en œuvre d'une politique globale, permettant de décliner les priorités nationales prenant en compte les réalités locales, de traiter de problèmes spécifiques, de veiller à la qualité et à la pertinence du système de santé.

- La santé est le bien individuel et collectif qu'il convient d'améliorer et de préserver, ce qui demande, bien sûr, d'optimiser l'organisation du système de soins, mais aussi de s'intéresser aux nombreux déterminants de la santé, à la prévention et à l'éducation pour la santé, au travers des priorités affichées d'une politique de santé publique.

- Les dépenses de santé ne peuvent que croître, du fait du vieillissement de la population, des avancées techniques et du coût de l'innovation, du recours plus fréquent aux soins. Leur évolution peut être freinée par une plus grande responsabilisation de tous les acteurs, des usagers citoyens et des élus, mais aussi des professionnels dans une problématique d'évaluation des besoins et des pratiques, de rationalisation de l'offre et de la consommation des biens et services médicaux sous responsabilité financière.

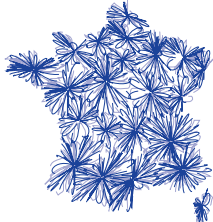
Les principales missions des ARS² pourraient être :

- Coordonner les institutions existantes en développant leurs synergies.

Alain Garcia
Directeur de l'ARH Aquitaine

1. Cette autorité régionale serait le représentant unique du ministre de la Santé et de l'Assurance maladie.

2. Les missions spécifiques aux ARH comme la mise en œuvre du Plan hôpital 2007 sont implicites.



● Organiser les professionnels en réseaux coordonnés et gradués assurant une prise en charge globale des personnes et des problèmes de santé, évaluant leurs pratiques autour de l'amélioration de la qualité et de la réalisation des objectifs contractualisés avec l'ARS.

● Associer les usagers et les élus.
● Rendre compte au niveau national de la déclinaison des priorités nationales de santé, et au niveau régional de la prise en compte des problématiques locales.

● Préserver la santé des plus démunis et des exclus.

● Coordonner les actions avec les autres acteurs de santé, du social et du médico-social. Dans ce cadre, assurer la représentation et la coordination de l'action publique en matière sanitaire avec les collectivités locales en charge du médico-social.

● Évaluer les actions entreprises, sous les prismes du médical et de l'économique, en rendant compte de la gestion d'un Ondam, dont la part régionale doit servir de repère et d'indicateur d'efficacité.

● Contractualiser avec le ministre de la Santé et de la Protection sociale sur des objectifs de progrès pour la région.

Initiée en France avec la loi de 1991 et les schémas régionaux d'organisation sanitaire, la régionalisation du système de santé s'est renforcée avec la création des unions régionales de médecine libérale et les conférences régionales de santé, l'élaboration et la mise en œuvre des programmes régionaux de santé. Les ordonnances de 1996 ont accentué ce processus avec la création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), conduisant à une gestion unifiée de l'hospitalisation publique et privée placée sous l'autorité de l'ARH et une politique régionale du risque coordonnée par l'Urcam.

Dans ce contexte, les ARH représentent un modèle original de déconcentration par les importantes responsabilités qui leur sont accordées ainsi qu'à leurs directeurs. Il s'agit d'une administration de mission qui fédère les valeurs et les compétences des services déconcentrés de l'État et des services régionaux de l'assurance maladie, dans une approche qui se veut moins hiérarchique, plus réactive, plus animatrice qu'une « tutelle » classique, et dans un potentiel d'actions synergiques et partenariales qui gagnerait à s'élargir. Mais il convient de souligner l'adhésion et la contribution essentielle des membres constitutifs et des hospitaliers publics et privés dans la reconnaissance du rôle de cette nouvelle insti-

tution. La crédibilité d'une autorité régionale de régulation et de coordination en santé est aujourd'hui reconnue, et donne le désir d'aller plus loin, en élargissant le champ de compétences des ARH.

Encore en débat parlementaire, le projet de loi relatif à la politique de santé publique réaffirme l'engagement fort de l'État dans la définition d'une politique nationale de santé publique et sa déclinaison régionale, prenant en compte les spécificités locales.

Ces missions seront confiées au groupement régional de santé publique (GRSP), nouvelle institution qui coordonne l'action de l'ensemble des financeurs : l'État, et les agences nationales (comme l'Institut national de veille sanitaire et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), l'ARH, l'Urcam et la caisse régionale d'assurance maladie, mais aussi la région et les collectivités territoriales intéressées. La conférence régionale de santé publique, temporairement supprimée, est ainsi rétablie.

Certains auraient souhaité qu'on aille plus vite dans la constitution d'une agence régionale de santé, ou y voient une complication de l'organigramme régional institutionnel. Mais le GRSP s'inscrit comme une étape devant conduire aux ARS quand sera engagée la réforme de l'assurance maladie. C'est cette lecture que l'on peut faire dans l'exposé des motifs de l'article 5 du projet de loi.

Le bon sens prévaudra

En effet, le concept d'ARS s'imposera à l'avenir par la nécessité de rapprocher l'offre de soins et la santé publique, et d'impliquer davantage les professionnels de santé, hospitaliers et libéraux dans les actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Le concept d'ARS s'imposera également par la nécessité de rendre opérationnelle la santé publique, de reconnaître comme partenaires les associations et les professionnels impliqués, et de rendre lisible cette politique pour le citoyen ! Les ARH ont largement démontré leur savoir-faire en matière de mise en œuvre de priorités de santé publique et sont l'instrument opérationnel d'une telle mission.

Dans cette perspective, les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros) se déclineront par territoires à partir des besoins appréhendés au niveau des bassins de population. Ils ont vocation à déborder les seuls problèmes sanitaires pour aborder les problématiques de santé, avec tous

les intéressés. Une expérience menée dans le Lot-et-Garonne, dans le bassin d'Agen Nérac, montre que c'est non seulement possible, mais souhaité par tous les intervenants et par la population, et réalisable.

Mais l'urgence, à travers l'ARS, consiste à redonner du sens à la médecine ambulatoire, à reconnaître sa mission essentielle de premier recours et de proximité, de même que sa part de responsabilité dans la qualité et l'efficacité du système de santé, à travers l'évaluation des pratiques et le développement de la prévention. Ces engagements seraient contractualisés et financés forfaitairement, à partir d'enveloppes régionales spécifiques qui pourraient abonder les futures missions d'intérêt général et d'accompagnement des contrats (Migac) mises en place avec la tarification à l'activité des établissements de santé publics et privés. Dans ce contexte, la régulation conventionnée assurée par le niveau central (Cnamts) continuerait à garantir un même remboursement des prestations médicales sur l'ensemble du territoire national, tandis que le niveau régional reconnaîtrait les missions particulières de chaque médecin. Aussi, ce rôle majeur du médecin libéral comme maillon dans la chaîne de soins, de partenaire du réseau devrait être pris en compte dans les futurs Sros. Autre avantage, cette reconnaissance viendrait heureusement compléter le dispositif national d'augmentation négociée des honoraires, et renforcer sa spécificité, en appréciant plus précisément les difficultés de certains exercices de terrain.

Ces futures ARS devront associer et fédérer l'État, l'assurance maladie et la région. Elles s'inscrivent dans le cadre d'une « décentralisation fonctionnelle » fondée sur la large autonomie d'une autorité régionale spécifique qui préserve la garantie, qu'apporte l'État, d'une égalité d'accès des citoyens à la santé, dans le respect de la rationalité médico-économique défendue par l'assurance maladie pour sa gestion du risque.

Une participation plus grande de la région est fortement souhaitable, tant par la légitimité qu'apportent les élus régionaux dans les politiques conduites que par l'intérêt qu'ils peuvent et doivent porter au poids économique et politique que représentent la santé et ses développements, dans tous ses aspects comme, par exemple, l'aménagement du territoire dont ils sont les légitimes défenseurs.

Sont concernés comme champs possibles et immédiats d'intervention :

- la formation professionnelle,

- les aides à l'installation des professionnels dans les zones déficitaires,

- la participation aux investissements hospitaliers restructurant et le financement des équipements lourds,

- le développement des technologies de l'information et de la communication et de la télé-santé, ainsi que des technologies innovantes,

- et, d'une manière générale, les actions de santé publique cherchant à résoudre les problèmes de santé particulièrement prégnants dans la région.

Ultérieurement, et progressivement, la décentralisation pourrait accorder plus de prérogatives aux instances régionales, notamment en terme de financement. Mais il convient de noter, à travers les exemples étrangers, que la majorité des systèmes de santé évoluent sans cesse entre décentralisation accentuée dévolue à des niveaux de plus en plus restreints (comme les municipalités, voire, par exemple en Angleterre, à des réseaux de professionnels organisés en « groupes de soins primaires » ou « *Primary care trusts* ») et réaffirmation de l'autorité centrale qui cherche à limiter les dérapages en accès aux soins et en dépenses. À cet égard, les corrections qui seront apportées les prochaines années dans la régionalisation de la santé en Espagne et en Italie seront certainement instructives.

La forme juridique qui sera donnée à la constitution de l'ARS dépend de choix politiques, notamment du rôle et de l'organisation futurs de l'assurance maladie ; mais l'efficacité voudra que l'exécutif de l'ARS dispose d'une véritable capacité décisionnelle et de pouvoirs étendus comme ceux que détient aujourd'hui le directeur de l'ARH, nommé par décret en conseil des ministres, aux termes des dispositions du Code de la santé publique.

On peut imaginer qu'à l'instar de l'organisation existant au niveau d'un certain nombre d'établissements (Caisse des dépôts, ART), l'ARS dispose de deux instances, l'une d'échange, de concertation, d'information, appelée « conseil de surveillance », et associant les usagers, les organisations représentatives, des personnalités régionales reconnues et des experts, et une instance de décision appelée « directoire », comprenant trois collègues : l'État, l'assurance maladie et les mutuelles, les élus régionaux. La présidence de ce directoire et la direction de l'agence seraient confiées à une autorité nommée en conseil des ministres.

Il reste à évoquer les relations de l'ARS avec l'organisation territoriale de l'État et le projet de constitution de pôles régionaux

placés sous l'autorité du préfet de région. Indéniablement, trois compétences en lien avec la santé relèvent de l'autorité du préfet, garant de la sécurité des citoyens et de la coordination interministérielle : il s'agit de la santé environnement, de la sécurité sanitaire et de la gestion des crises. Il est trop tôt, à l'heure de cet écrit, pour préciser les modalités de cette articulation, nécessaire au demeurant.

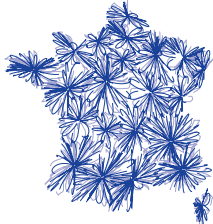
Telles sont les évolutions des politiques régionales à venir : une coordination et implication des acteurs plus grandes, reconnaissant les valeurs, les compétences et les légitimes motivations de chacun. Tant il est vrai que la diversité des métiers enrichit les possibilités d'action, comme, d'ailleurs, elle peut faire perdre ce qui doit rester le fil rouge : la qualité de la santé de chaque usager, ainsi que la qualité de la santé publique citoyenne, qui passent par la performance du système de santé réunissant les acteurs autour d'une même ambition. Tels en sont les enjeux.

L'ARS, conçue sur le modèle des ARH dont le succès est attesté par tous les professionnels concernés, est le bon niveau régional capable de relever les défis et de prendre les décisions coordonnées dont le pays a besoin. ✨

Bibliographie

Avenel Ch., Champion E., Furnon-Petrescu H., Gaeta F., Grivel N., Molet V., Razack J., Rouillon L., Veil S. *La politique régionale de santé*. Séminaire « les politiques de santé », École nationale d'administration. Strasbourg, octobre 2003.

Polton D. *Décentralisation des systèmes de santé – Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères*. Credes, 2003.



L'intérêt à agir dans le cadre d'une politique régionale de santé

Sans nier les aspects positifs du travail effectué en commun par les acteurs régionaux, il est indispensable de prendre en compte des intérêts à agir parfois différents.

L'union régionale des caisses d'assurance maladie de Poitou-Charentes a assuré la chefferie de projet du programme régional de santé (PRS) relatif aux accidents de la voie publique touchant les populations jeunes. Elle était chargée de l'élaboration du programme régional et a initialisé sa mise en œuvre. Il est indéniable que cette procédure (PRS) présente un nombre important de points positifs : confrontation des cultures et adoption d'un vocabulaire commun, découverte et reconnaissance de l'autre, constitution d'une mémoire collective, préparation très en amont des actions, concentration des efforts sur quelques thèmes utiles, multipartenariat pour choisir et financer des actions, poursuite de l'action suffisamment longtemps pour qu'elle soit efficace.

On ne saurait trop insister sur ces avantages qui sont indéniables et opérationnels. La discussion engagée plus bas ne doit pas occulter l'ensemble de ces points positifs qui constituent autant de chances de réussite s'ils sont respectés et encouragés. Grâce à ces principes et aux réflexions riches du groupe de programmation composé des partenaires représentant l'État, les collectivités locales, la santé, les usagers¹, le programme régional de santé a bien été établi, validé et diffusé. Sa mise en œuvre a posé quelques questions qui seront l'objet de cet article et qui peuvent

être analysées au travers d'une constante : l'intérêt à agir qui doit naître et être maintenu pendant toute la durée d'application d'une politique régionale.

Nous examinerons successivement l'intérêt à agir dans le cadre d'une politique de santé qui évolue, l'intérêt à agir en terme de responsabilité des acteurs, l'intérêt à agir en terme de gratification des participants, avant d'en déduire quelques principes pour l'avenir.

L'intérêt à agir dans le cadre d'une politique régionale qui évolue

Les accidents de la voie publique ont été positionnés de différentes manières au gré des évolutions de la santé publique. Placés sous la responsabilité de l'État au travers de sa mission de sécurité routière, ils sont traités d'abord par une politique d'amélioration des voies publiques, une stratégie de contrôle et des messages de prévention. Ils deviennent un enjeu de santé essentiellement grâce à la conférence nationale et aux conférences régionales de santé. Face à un fléau qui provoque des milliers de morts par an, il est nécessaire de réagir et des PRS sont tout à fait possibles dans ce domaine.

La modification des comportements est la base de l'action, et la prévention, l'information... en sont les vecteurs possibles. C'est ainsi que le PRS Poitou-Charentes a déterminé trois objectifs essentiels : l'amélioration de la connaissance sur les accidents de la voie publique, la diminution du nombre de tués et blessés graves grâce aux changements de comportement et la réduction des conséquences physiques, psychiques et sociales des accidents.

Jean-Pierre Robelet
Directeur de l'Urcam Poitou-Charentes

1. Préfecture de la Vienne, Pôle d'animation sécurité routière, Equipement, Jeunesse et Sports, Drass, gendarmerie, inspection académique, conseils généraux, Urcam, Arcmsa, CresS, Samu 79, association des plus grosses villes de la région, association des familles des traumatisés crâniens, association d'étudiants.

Or, depuis 2003, les accidents de la voie publique sont approchés d'une manière différente et essentiellement à travers la sanction. Si la répression permet l'éducation et peut modifier considérablement les comportements, elle reste un des moyens d'y parvenir et doit être accompagnée de pédagogie et de persuasion pour faire évoluer les attitudes de façon pérenne. Les assises de la sécurité routière de la fin de l'année dernière n'ont pas pris en compte les rares PRS existants. Dans l'ensemble des mesures prévues, la seule action assimilable à la santé publique concerne la vérification de l'aptitude physique des conducteurs. La question est donc de savoir si cette politique nationale déclinée au niveau régional reste une politique de santé ou devient une politique de sécurité routière au sens strict.

Cette évolution et l'absence de réponse à cette question mettent en porte à faux l'ensemble des acteurs sur leur intervention et leur possibilité d'agir.

Pour les participants à ce programme, le ressenti est plutôt l'acceptation forcée d'un changement d'approche du problème au bénéfice de la seule répression. S'il ne s'agit peut-être que d'un ressenti, il est suffisamment fort pour remettre en cause l'intérêt à agir.

Et d'autres facteurs peuvent encore limiter ce dernier.

L'intérêt à agir en terme de responsabilité

Plusieurs intervenants ne sont pas forcément adaptés à la concertation régionale et à la prise de décision collective. Trois critères permettent une présentation du problème : le territoire, le pouvoir et le statut.

Concernant le territoire, plusieurs acteurs n'ont pas de niveau régional et ne disposent que d'échelons départementaux. D'autres disposent d'un niveau régional mais qui n'a pas de pouvoir hiérarchique ou d'influence suffisante sur ses composantes départementales. L'exemple de l'État est le plus important puisque chaque préfet est responsable de la sécurité routière et fixe sa politique accompagnée d'un financement spécifique. Lorsque le préfet de région qui préside le comité régional des politiques de santé reçoit et valide un programme régional, le contenu de celui-ci ne s'impose absolument pas à chaque préfet de département. Il ne peut donc y avoir qu'incitation et invitation à agir.

Concernant le pouvoir, les prérogatives de puissance publique peuvent être invoquées pour éviter de partager la politique d'amélioration de la voirie, le contrôle des véhicules, la

répression. C'est ainsi que le PRS de la région Poitou-Charentes s'est trouvé limité aux seules modifications des comportements et n'a pu bénéficier d'une participation active de la gendarmerie, de la police et de la justice. Or l'enjeu n'est pas de mettre en cause le pouvoir de chacun dans l'application de mesures mais bien de partager l'élaboration d'un programme et sa mise en œuvre. De la même manière, dans un domaine comme celui-là, le copilotage État-assurance maladie s'imposait dans la mesure où l'État n'a pas souhaité être seul chef de projet du PRS. Il est dommage que les deux partenaires n'aient pu afficher cette volonté de travailler ensemble.

Concernant le statut, la diversité des origines des intervenants dans un programme oblige à mélanger les statuts et les rôles. Nous disposons donc à la fois de décideurs, de financeurs, d'opérateurs sur le terrain et même d'usagers. Il existe également des intervenants qui sont à la fois décideurs et financeurs, voire opérateurs. La diversité de ces statuts constitue un atout dans l'élaboration d'une culture commune ; elle devient une limite lorsqu'il est prévu de mettre en commun des financements par exemple. Chacun recherche alors une efficacité pour son propre compte qui nécessite la recherche d'un intérêt à agir particulier qui ne s'opposerait pas au collectif.

Plus la concertation et le travail commun commencent tôt, moins cette tendance se fera sentir. La raison en est simple.

L'intérêt à agir en terme de gratification

La modification des comportements suppose une action répétée à long terme et la concertation de financements sur quelques projets importants garantissant une efficacité de résultats. Ce simple principe s'oppose à un retour d'investissement rapide, tant pour les représentants de l'État que pour les politiques. Un préfet ne reste pas dans sa circonscription suffisamment longtemps pour attendre des résultats à long terme. Les électeurs souhaitent des résultats entre chaque élection. Financer un programme global sert l'intérêt général dans son ensemble, cependant chaque intervenant souhaite pouvoir montrer les résultats dans lesquels il a investi mais aussi l'action précise qu'il a pu promouvoir. Cette visibilité paraît indispensable à chacun.

Financer le dépistage du cancer du sein, par exemple, est une réalité trop générale : l'investissement apporté sur tel ou tel matériel ou acte dit de proximité qui touche la population est beaucoup plus parlant. Il en va de même pour les accidents de la voie publique.

Si chaque acteur peut prétendre avoir participé à la diminution du nombre de victimes, avoir financé un radar ou une action précise est beaucoup plus gratifiant. Chacun donc se trouve à la recherche d'un profit particulier, individualisable et visible.

Que dire du cas dans lequel le financeur n'est pas le décideur ? Le « mérite » de l'action en reviendrait-il uniquement à celui qui décide et médiatise ?

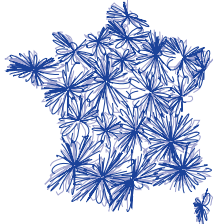
Et demain ?

Ce constat de multiplicité des intérêts à agir n'aboutit pas forcément à une demande d'unicité dans le commandement et dans l'action. Le discours actuel, martelé avec constance, de la nécessité de combattre la trop grande dispersion des acteurs ne traduit finalement qu'une inquiétude et fournit sans doute une réponse à la demande croissante de détermination d'un responsable en cas de problème. La diversité des approches reste une richesse qui assure complémentarité et efficacité.

Il est impossible de juger de la pertinence de procédures telles que les PRS avec si peu de recul et sans analyse. C'est essentiellement parce que la procédure n'est pas respectée que des échecs surviennent : changement de politique, retour ou maintien de pratiques hiérarchiques, non-respect des responsabilités et des statuts, imprévision de la gratification recherchée par chacun. Bref, nous espérons l'avoir montré, la cause en serait plutôt la non-prise en compte des intérêts à agir des différents intervenants.

Concentrer encore un peu plus la détermination d'une politique ainsi que sa mise en œuvre reviendrait à accroître encore ce constat ainsi que les frustrations. Ce problème n'est pas seulement propre à un programme régional de santé, mais concerne toute politique régionale. Le Parlement a été saisi d'un projet de loi de santé publique qui souhaite répondre aux enjeux actuels. Personne ne conteste la responsabilité de l'État et des élus dans la détermination d'une politique de santé et de prévention. La dispersion des objectifs a d'abord été le fait de l'État lui-même. Qu'il y remédie ne peut qu'emporter l'adhésion.

Mais la mise en œuvre de cette politique doit rester le fruit d'une concertation des acteurs et financeurs locaux. À l'heure où nous nous demandons quel est le territoire pertinent pour agir dans ce domaine et même dans chaque type d'action, la proximité et la concertation permettent seules de maintenir les espaces et les intérêts à agir des uns et des autres. ✨



À la croisée des chemins

Les mesures proposées pour une nouvelle organisation de la politique régionale de santé sont vécues comme menaçantes par des collectivités territoriales qui s'étaient beaucoup impliquées dans la mise en œuvre d'une culture de santé basée sur la collaboration de tous les acteurs.

Claude Galametz
Vice-président délégué à la santé
au suivi et à l'évaluation du contrat
de plan

En 2004, sera déterminé le sort des politiques régionales de santé par l'installation des groupements régionaux de santé publique, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) de troisième génération, la loi de décentralisation fixant le transfert du médico-social et la formation paramédicale, le renouvellement des conseils régionaux et généraux, une loi de sécurité sociale redéployant les moyens entre les segments de la santé, avec une indispensable clef de lecture régionale.

Une grande frayeur et bien des inquiétudes sont nées de la suppression des conférences régionales de santé dans la loi d'avril 2002 une première fois, et dans le premier projet de loi de santé publique où elles étaient passées à la trappe, avec semblait-il tous les efforts pour faire vivre une politique de santé régionale. Un amendement les a réintroduites, ne supprimant pas pour autant la méfiance des régions devant le peu de cas que l'on avait fait de leurs efforts et de ce qui était une avancée, sinon une réussite. Ministres et hauts fonctionnaires sauront-ils entendre la voix des régions? Accepteront-ils que les «lointaines provinces régionales» les éclairent? Que devraient-ils intégrer?

Un culture de santé est née dans les régions : dans le Nord-Pas-de-Calais en particulier

Quand une conférence de santé connaît une participation de 500 personnes et est suivie par 6 000 à 7 000 acteurs de santé dans une région, il faut admettre que plus rien ne se fera en santé sans tenir compte du discours régional.

Cette culture repose sur l'appréhension des spécificités des données de santé régionale. Quand on apprend que l'on meurt trois ans et demi plus tôt qu'ailleurs, que la prévalence des cancers, des maladies cardio-vasculaires est 20 % supérieure à la moyenne nationale, que le nombre de spécialités est inférieur de 20 % à la norme nationale, on comprend qu'il est inimaginable que le système de santé fasse l'impasse sur le rôle des acteurs de santé du Nord-Pas-de-Calais.

Pour des raisons moins spectaculaires, il en sera ainsi dans toutes les régions françaises.

Le système de santé, à cause des inégalités territoriales, a basculé définitivement dans l'approche régionale pour des raisons objectives de données.

Dès lors que les acteurs régionaux l'ont perçu, ils ont réagi.

Ce fut la mobilisation générale en bon ordre dans le Nord-Pas-de-Calais :

- partenariale : entre services déconcentrés de l'État, assurance maladie, professionnels de santé, collectivités territoriales et associations d'usagers...

- programmatique : autour de six programmes régionaux de santé (PRS) portant sur les deux grandes pathologies (cancer, maladies cardio-vasculaires), ciblant deux publics prioritaires (population précarisée et les jeunes) en focalisant sur deux déterminants (les consommations à risques et le risque environnemental).

Sros, réseau de santé et structuration de la permanence de soins se sont inspirés de cette demande pérenne : financée par des contrats d'objectifs et de moyens pour les établissements hospitaliers grâce à la péréquation

obtenue dans la dotation hospitalière et pour la prévention à hauteur de 6 millions d'euros par an, par un contrat de plan État-région auquel se sont associés l'assurance maladie et l'union régionale des médecins libéraux (Urmel).

Quand un engagement public est à cette hauteur, la « maladie » ancestrale des mesures nationales avec moyens fléchés annoncés, délégués tardivement et partiellement, devient insupportable parce que tout simplement connue de tous...

Les acteurs nationaux auront dorénavant du souci avec les acteurs régionaux de santé dans le Nord-Pas-de-Calais. Ce n'est déjà plus à démontrer : il serait osé de décréter nationalement, étatique et jacobiniquement des mesures. Le risque serait une perte de temps pour les premiers et d'argent pour les seconds. Que reste-t-il à faire ?

La contractualisation en région est la seule voie pour la santé

Évitons d'emblée le faux débat opposant déconcentration et décentralisation : jacobins d'en haut et jacobins d'en bas ne raisonnant qu'en termes de pouvoir, surtout sur les questions financières.

En région, sauf à y être préparé historiquement comme en Alsace, personne ne demande à gérer le système de santé de manière indépendante et même autonome.

Déconcentration ou décentralisation sont vouées à l'échec inéluctablement si elles sont appréhendées séparément.

Un système de santé ne réussit dans ses objectifs et dans ses rapports aux moyens que s'il répond précisément aux besoins. Or les besoins sont, on le sait assez précisément aujourd'hui, très différents d'une région à une autre.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, on sait aussi qu'ils sont très différents d'un bassin de vie à l'autre : les indices de besoin du Boulonnais n'ont rien à voir avec ceux de l'Arrageois.

Les cartes d'indices sanitaires ont été superposées à celles de l'indice de souffrance de la population, établies pour déterminer les zones éligibles à la politique de la ville ; elles se superposent presque exactement, comme se superpose à elles la cartographie des moyens de soins médicaux et paramédicaux : plus les besoins sont grands, moins les moyens sont nombreux.

Nous savions que les maladies étaient au nord et les médecins au sud. Nous avons appris, dans le Nord-Pas-de-Calais, que

lorsque les maladies sont nombreuses, les soignants ont tendance à être ailleurs.

Face à ce constat, il a fallu « tous s'y mettre » et, quand vous voulez faire travailler plusieurs acteurs ensemble, il faut établir une « règle de jeu » : notre règle de jeu a été la contractualisation :

- Contrat de programme : les six programmes régionaux de santé lient tous les acteurs de la prévention et des soins sur des objectifs de santé publique.

- Contrat de financement : dans la prévention, le contrat de plan qui finance des actions et les grands opérateurs régionaux par des contrats d'objectifs.

- Dans le soin hospitalier : contrat avec l'État central par la péréquation interrégionale ; contrat entre l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et les hôpitaux au travers de contrats d'objectifs et de moyens.

- Contrat de coopération entre les professionnels des soins hospitaliers, avec une coopération inter-hospitalière par bassins de vie et par disciplines de soins, et coopération entre l'ambulatoire et l'hôpital amorcée dans les réseaux de soins.

Tous les acteurs de santé dans le Nord-Pas-de-Calais ont pris l'habitude d'associer leur partenaire à leur gouvernance. L'ARH a associé, dès les Sros de 2^e génération, le conseil régional à ses travaux. La Drass a intégré les collectivités territoriales dans le comité de pilotage de l'observatoire régional des professions de santé. L'Urcam associe aussi les collectivités à sa démarche de construction de réseaux de santé.

Chacun fait ce qu'il a à faire, mais en portant systématiquement son action à la connaissance des autres acteurs de santé.

Un comité régional des politiques de santé a servi de lieu d'échange entre les institutions qui financent et les opérateurs de soins ambulatoires, hospitaliers et de prévention.

Tout allait pour le mieux en Nord-Pas-de-Calais, les différents acteurs ayant trouvé un équilibre, quand la création du groupement régional de santé publique (GRPS), Gip où l'État aurait 50 % des sièges, apparaît comme une nouvelle menace. S'il veut vivre avec les collectivités territoriales, il lui faudra passer préalablement convention avec elles car, au nom du principe de leur libre administration, il n'est pas admissible qu'elles soient sous la tutelle de l'État.

Si le GRPS accepte de contractualiser par convention, : alors les blocages politiques inéluctables seront levés et la régionalisation contractuelle pourra reprendre son chemin

vers des territoires nouveaux : les agglomérations et les pays qui découvrent petit à petit leurs problèmes de santé — un coup de légionellose et voilà les élus de l'arrondissement de Lens sur le pont de la santé.

La contractualisation est le seul moyen d'ordonner la révolution culturelle qui apparaît dans la santé.

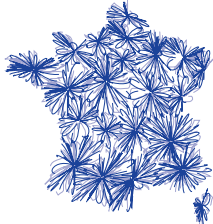
La santé fait régulièrement la Une de l'actualité : sur ces vagues surfe aujourd'hui la classe politique qui en a fait, dans le Nord-Pas-de-Calais, une priorité dans ses programmes électoraux.

Tout cela va bien au-delà du débat du financement et de l'expertise sur les pathologies.

Une « feuille de route » commune, bâtie au niveau régional, permettra d'éviter les dérives.

Peu importe le nom de l'institution où sera établie cette « feuille de route », il appartient au représentant de l'État en région d'animer cette concertation en disposant de marges de manœuvre ; l'essentiel étant qu'au travers de l'institution les acteurs de santé régionaux dialoguent, œuvrent en commun avec des moyens identifiés dans le temps et arrêtent les bases du contrat.

Il appartient au niveau national législatif et réglementaire de le comprendre... enfin... en 2004. ✨



tribunes

Jean-Claude Fimbel, représentant les usagers de santé dans sa région, fait part de la difficulté rencontrée pour communiquer avec les différents acteurs du système de santé.

Jean-Claude Fimbel
Union régionale des associations familiales, représentant la conférence régionale au comité régional des politiques de santé, (ex)membre de la Conférence nationale de santé, administrateur de la Fondation Vincent de Paul (5 cliniques, 4 maisons de retraite, 2 maisons d'enfants, 1 IFSI)

Paroles des usagers de santé

Combien de fois ai-je lu ou entendu : « l'utilisateur doit être placé au cœur du dispositif » dans la bouche d'élus, de représentants de professionnels de la santé, de porte-parole d'associations de malades ou de victimes du système, de fonctionnaires du ministère de la Santé, des Drass ou Ddass ? J'ai apprécié cette assertion car j'en suis convaincu, tout en ayant conscience qu'il y a un long chemin escarpé à parcourir.

Il ne s'agit pas que des droits du malade — à ce propos on a fait quelques avancées, on légifère, réglemente, on tente de précéder pour éviter une « américanisation » des rapports des usagers au système de santé qui voit les couloirs des cliniques et hôpitaux devenir des déambulateurs d'avocats en mal d'affaires. À qui la faute quand on ferme tout débat avec des arguments tels que « nous n'avons pas d'obligations de résultats », ou « nous ne sommes pas maîtres de l'aléa thérapeutique » ou mieux encore « nous avons laissé le choix au patient qui en toute lucidité et conscience nous a donné son consentement éclairé ».

À qui la faute quand certains usagers qui rencontrent une difficulté tentent de l'inverser en aubaine rémunératrice ? Le malade et ses proches ont des droits, le soignant aussi, c'est la moindre des choses ; il faut les écrire pour organiser le dialogue, les échanges, la conciliation voire le règlement du conflit, pour respecter chacun dans sa dignité et sa conscience.

L'accès au dossier médical : un progrès à confirmer

À ce propos, je reconnais sans détour que l'accès à son dossier médical pour l'utilisateur

est essentiel. Je ne doute pas qu'il contienne bien l'ensemble des informations concernant la ou les pathologies du patient qui ont permis le diagnostic et l'élaboration du traitement, pour que cela nous soit utile.

Le dossier médical, ce n'est une avancée que si, au-delà d'en déposer une copie dans les mains du malade, il est le déclencheur d'un échange entre le thérapeute et le patient. Le patient doit savoir poser les bonnes questions et trouver de l'aide pour ça, et le thérapeute doit être formé à traduire ce qui est écrit en termes compréhensibles par son interlocuteur.

Même si je pense que l'on a encore à progresser sur cette question, l'obligation d'informer, le droit d'accès à son dossier sont indispensables et participent à la responsabilisation de tous, patients et thérapeutes, et leur proximité ne peut que s'en consolider.

Il ne s'agit pas que de cela, loin s'en faut, même s'il est probablement nécessaire d'en passer par là...

La région : le bon niveau pour la participation de l'utilisateur

Ce dont je souhaite parler, c'est d'un système de santé qui doit en partie être massivement régionalisé, largement déconcentré pour d'autres parties, et encore nationalisé en ce qui concerne les garanties d'équité et d'égalité pour tous.

À mon sens, il ne peut y avoir de système de santé de qualité, massivement régionalisé, sans une place, un rôle, des fonctions, des missions confiés aux utilisateurs du système.

Quand on parle de ma santé, c'est de moi dont on parle ; quand on aborde « la Santé »

on parle encore de ma santé, mais aussi de celle des autres, de mes proches, mes amis, mes voisins, mes relations... que devient notre parole? Existe-t-elle? Ne serait-elle qu'alibi?

Tout cela mérite de grands changements car il s'agit de modifier des rapports humains, de changer de culture, de répartir les pouvoirs en abondant ceux des «sujets», les nôtres, pour comprendre, apprécier ou dénoncer ceux des «sachants», ceux qui savent et qui parlent, cela leur arrive, à notre place, mais qui parlent surtout pour défendre leurs intérêts, c'est leur rôle.

Il faut que nous parvenions à améliorer et à sortir la parole des cabinets de consultation et des cercles de famille. Il faut que les malades témoignent. Il faut que les victimes dénoncent. Que les bien portants fassent connaître leur point de vue, cela dans un large débat et échange avec les professionnels de santé, les administrations et les politiques.

La région me paraît le territoire le plus approprié pour faciliter ces rencontres entre tous.

Je me suis associé à un groupe de réflexion régional, constitué d'acteurs du secteur sanitaire et social, qui se sont rencontrés à titre personnel, dans une démarche citoyenne, pour accompagner par leurs réflexions les réformes en cours, en particulier dans leur objet régional.

Nous avons redit la nécessité de faire entrer plus de démocratie dans les structures de gestion de la santé, en assurant la plus large participation possible aux représentants des acteurs et de la population, tout en reconnaissant l'intérêt d'une place aux techniciens pour assurer la faisabilité des décisions.

Dans chaque région, nous préconisons la mise en place d'une assemblée, placée auprès du préfet, composée des différents acteurs : usagers, professionnels de la santé, politiques, ayant un rôle décisionnel. Cette assemblée se consacrerait à l'élaboration des principes généraux à appliquer dans les domaines de compétence régionale et elle se doterait d'une commission exécutive chargée de mettre en place la politique définie par tous dans le contexte des réflexions nationales.

Les missions de cette assemblée devraient être :

- Le suivi régulier de la connaissance des paramètres régionaux de santé et la prise de décisions relatives à des études ainsi que l'affectation des moyens adéquats.

- L'émission d'avis en direction du gouvernement sur les priorités nationales de

santé publique et d'organisation générale du système de santé.

- La fixation des priorités régionales de santé et détermination des ressources propres, (en fait, une politique d'éducation et de prévention santé).

- La fixation, dans le cadre et les limites des politiques nationales, des principes généraux en matière d'organisation sanitaire, de réseaux de soins et de géographie médicale ambulatoire, sanitaire et médico-sociale.

- La connaissance régulière des résultats des évaluations systématiquement mises en place pour chaque action.

L'autorité type direction régionale des Affaires sanitaires et sociales, à défaut d'une agence régionale de la santé, devrait être responsable de la préparation, de l'organisation et de l'animation de cette assemblée. Le budget doit être contractuel, réparti entre la région, l'État et les départements. Le travail s'effectuerait sur le long terme : une préparation ininterrompue par groupes de travail, conférences, auditions...

L'ensemble des groupes de travail devraient se réunir régulièrement dès qu'un sujet arrive à maturité ou, à tout le moins, lors d'une réunion plénière tous les trois ans, afin de faire le point, réorienter les travaux, formuler de nouveaux objectifs.

Il est assez injuste que certains puissent après cinq ou six conférences régionales de santé, organisées sans moyens financiers et humains véritables, laisser dire et écrire qu'elles n'étaient d'aucune utilité*.

Je revendique partout que l'on donne la parole aux usagers. Cette parole doit rester directe, franche, sans détour. Je revendique le droit à la parole du quotidien, du vécu, du ressenti, une «parole des tripes», si j'ose me permettre.

Je revendique une parole de l'usager qui utilise son vocabulaire habituel et ne cherche pas à «jargonner» en utilisant le vocabulaire technique et hermétique de nos interlocuteurs.

J'en resterai là en reprenant, en conclusion, ma conviction que j'ai retrouvé assez bien écrite dans le rapport d'un groupe de travail : régionalisation de la santé en Alsace, du conseil régional «Alsace» : «*la santé est le*

résultat d'un ensemble complexe qui dépasse de loin le système de santé. La qualité de l'eau, de l'alimentation, de l'habitat, du niveau culturel, du niveau de vie ont contribué bien plus que le progrès médical à l'élévation de la durée de vie et à l'amélioration de la santé de la population», c'est connu de tous, c'est un fait, il faut maintenant le traduire dans les actes et restituer à chacun d'entre nous le devoir de rester en bonne santé et le droit de se faire bien soigner si besoin est. ✨

* Ndlr : ces conférences régionales de Santé, qui avaient été supprimées dans la loi de mars 2002 ont été réintroduites dans le projet de loi de santé publique, et l'article 1411-13 fait état de leur composition : les malades et usagers du système de santé y sont représentés.