

Le pouvoir, les incitations, la confiance

**Pourquoi les politiques de santé sont-elles si difficiles à mettre en œuvre ?
Quel doit être le rôle du pouvoir politique ?
Comment obtenir l'adhésion des acteurs aux propositions de réforme ?**

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 69.

Pierre-Gerlier Forest
Ph. D., expert scientifique en chef,
titulaire invité de la chaire G. D. W.
Cameron, Santé Canada

Le rapport Lalonde de 1974 était porteur d'une nouvelle perspective, fondée sur une vision globale de la santé humaine connue sous le nom d'approche des « déterminants » : un idéal où l'intégration des pratiques, la continuité des soins et l'étendue des services offerts permettaient de venir à bout des inégalités de santé [45]. La mise en œuvre de cet idéal a été tentée un peu partout, grâce au double relais de la charte d'Ottawa et des prises de positions des organisations internationales, notamment l'OMS. Trente ans plus tard, le bilan est partagé, sans être négatif. Aucun pays ne peut prétendre que son système de santé réalise les objectifs du rapport Lalonde. Mais on s'en approche bien, ici ou là, grâce à un long processus d'ajustement et surtout, d'apprentissage.

L'influence des politiques

Le rapport Lalonde reconnaissait l'influence primordiale des politiques publiques sur la santé d'une population. Cela semble si évident aujourd'hui qu'on mesure mal le caractère novateur de cette idée. La découverte était pourtant remarquable : de l'affirmation que la santé ne se limitait pas aux soins médicaux découlait que la politique de santé ne s'arrêterait pas non plus à l'organisation des soins et des services, fussent-ils orientés vers la prévention. Il fallait désormais passer au crible chaque intervention gouvernementale, de la politique fiscale à la politique agricole, pour en soupeser les effets sur la santé. Il fallait surtout inventer des instruments qui permettent d'agir efficacement sur les déterminants, dans le but de réduire les inégalités à la source.

Or, pendant longtemps, on a cru qu'il

existait un lien univoque et simple entre un déterminant et un instrument de politique. Pour changer les habitudes de vie, par exemple, on suggérait l'usage massif et systématique de la « persuasion », ce qui nous a valu nombre de campagnes d'information et de promotion. On ne voyait pas d'autre cible, pour la recherche, que le substrat biologique des états de santé, créant du même souffle un déficit important dans nos connaissances sur les organisations et les systèmes chargés de prendre en charge les avancées scientifiques et techniques. Les réformes des services de santé furent imposées à des professionnels et à des usagers que nul ne prenait le soin de former ou d'informer, sous le prétexte qu'on savait ce qu'il fallait faire et qu'il suffisait donc d'agir pour réussir. On usa peu des lois et de la réglementation, se bornant à intervenir quand menaçait un risque évident et attesté.

En réalité, la pratique était plus complexe que ne le prévoyait une théorie encore un peu fruste. Certains instruments avaient des effets multiples, permettant de cibler non pas un, mais plusieurs déterminants du même souffle. Le recours généralisé à la régionalisation de l'action sanitaire et sociale est indissociable de cette découverte, qui fait maintenant comparer la régionalisation à un « couteau suisse » de la politique de santé. On réalisa aussi que la maîtrise des interactions entre différents instruments n'allait pas de soi et ne se limitait jamais à une simple addition — dans quelques cas limites, comme on l'a vu à des moments de l'histoire de la lutte antitabagique, l'effet combiné de deux instruments pouvait s'annuler et même, chez certains groupes, produire des résultats contraires aux attentes. On réalisa

enfin que le choix et l'usage des instruments de politique ne pouvaient pas être abandonnés à la bonne volonté des acteurs de santé publique, mais exigeaient des mécanismes de gouvernance appropriés, faisant une large place à l'expression du leadership politique, y compris dans l'appréciation des risques.

Une fois encore, on peut voir cette idée comme une évidence, mais il y a trente ans, le point de vue dominant tenait la politique pour un obstacle au bon progrès de la santé publique. Chaque initiative avortée, chaque échec, chaque réforme ratée étaient mis au compte d'une « intervention politique », réputée avoir troublé la bonne marche d'un projet guidé par la meilleure expertise. Dans un monde où l'on rêvait de changement « planifié » et de consensus « large », la politique était spontanément associée au désordre et aux divisions sociales, quand ce n'était pas tout simplement à une sorte de vaste conspiration des ignorants contre la raison. Or dans bien des cas, il en fut tout autrement : seul le pouvoir politique était à même de briser les barrières professionnelles, de déborder les habitudes bureaucratiques, de viser au cœur de puissants groupes d'intérêt. Même le public avait besoin parfois d'être bousculé ou d'être placé devant des choix difficiles, qu'il aurait spontanément évités [24].

Bien faire et comment ?

Un détour par la théorie des organisations peut nous donner des moyens de tirer profit de l'expérience acquise [3]. La conscience des dimensions politiques de l'action sanitaire devrait ainsi se traduire par une approche plus directe des phénomènes de pouvoir. Il importe aussi de rechercher les incitatifs qui pousseront les acteurs à accompagner le changement plutôt qu'à s'y opposer. On s'intéressera enfin à la question de la confiance, sans laquelle l'action collective est vouée à l'impasse. Car il ne suffit pas d'appeler au leadership des élites politiques ; il faut aussi qu'elles soient écoutées et suivies...

À l'inverse du point de vue traditionnel, hostile à la politique, l'approche nouvelle encourage donc l'expression du pouvoir à tous les niveaux du système de santé. La dévolution des responsabilités vers de nouveaux centres d'autorité est d'ailleurs une tendance universelle — les régions, par exemple, mais cela va jusqu'aux unités de soins dans les organisations de santé. Cette dévolution amène pourtant son lot de paradoxes et de complications [25]. Ainsi l'expérience a montré qu'une décentralisation réussie requiert un pouvoir central fort, capable de briser les résistances et de contrer

les forces centralisatrices : on n'accorde pas la dévolution des pouvoirs, on l'impose, dans le pays et dans l'hôpital ! Quant au changement lui-même, il est vrai qu'il se produit volontiers dans des structures plus petites et dont l'environnement limité est plus facile à maîtriser, mais en revanche, il se diffuse alors moins aisément et s'expose donc à être éphémère.

Considérons aussi la question des incitatifs. Longtemps on a cru que les acteurs obéissaient à des motivations assez simples, parmi lesquelles figuraient au premier chef les questions d'argent. Mais les patients, les professionnels de la santé ou même les administrateurs ne sont pas des êtres moins complexes que les lecteurs de cette publication. Ils répondent donc à un large spectre d'incitations, parmi lesquelles les considérations économiques cèdent le pas à d'autres préoccupations : la générosité, la solidarité, la curiosité, l'inquiétude face à l'avenir, la quête de résultats tangibles, le sentiment qu'un comportement donné devrait être sanctionné. Dans cette optique, inventer des façons de faire moins simplistes et moins brutales pourrait bien faire toute la différence dans les efforts de mobilisation entrepris par les pouvoirs publics.

Une fois réformées les structures et définis les nouveaux incitatifs, un problème pourrait continuer à paralyser les efforts de transformation du système de santé. Tant de promesses d'amélioration ont été trahies dans le passé qu'il ne faut pas en vouloir aux professionnels ou à la population de ne pas s'enthousiasmer pour le dernier virage à la mode. De plus, dans le public, la méfiance est nourrie par ce qu'il faut bien appeler de l'incompétence ou de la négligence. Partout où l'évaluation a été possible elle a révélé des écarts dans la qualité des soins et la sécurité des patients, et ce, indépendamment des ressources matérielles ou humaines disponibles. On peut aussi mentionner l'hostilité à peine voilée que manifestent certains ordres professionnels à l'égard de tous ceux qui se mêlent de leur demander des comptes ; dans une culture politique qui se passionne pour la transparence et l'ouverture, c'est pourtant une mauvaise façon de se faire des amis ou des alliés.

La confiance peut revenir. Elle suppose des engagements crédibles et des services dont la qualité clinique est attestée par des moyens modernes, mis en œuvre à grande échelle — des comparaisons systématiques, des analyses scientifiques, des audits sans complaisance. Elle demande l'adhésion des responsables politiques et administratifs à ce qu'on appelle une éthique de réciprocité, dans laquelle les comportements

attendus des patients ont une contrepartie exacte en matière d'information et d'imputabilité. Certains éthiciens, notamment dans le monde anglo-saxon, n'hésitent pas à parler ici d'une éthique de « canot de sauvetage », pour marquer l'obligation faite à tous de se soumettre aux mêmes règles et de partager ensemble les conséquences de toute décision.

La confiance peut revenir. Mais elle repose en dernière instance sur le consentement actif de la population. Il s'agit de l'accord qui vient en réponse à l'engagement des gouvernements de changer les politiques, les responsables administratifs et les façons de gouverner, si telle est la conséquence de la participation publique. Par une sorte de vice de fonctionnement dans nos démocraties, nos dirigeants cèdent plus volontiers aux sautes d'humeur de l'opinion publique qu'aux demandes sagement pesées issues des consultations. Des centaines d'expériences ont montré de manière probante qu'il est possible de fonctionner d'une autre manière et qu'un consensus profond et durable peut en résulter.

Un dernier mot

Dans le contexte qui vient d'être évoqué, de nouvelles sortes de ressources politiques et sociales deviennent importantes pour assurer la participation de tous à l'avenir de nos sociétés. Une redistribution de l'autorité et une inscription claire du principe de solidarité dans nos institutions devraient assurer la pérennité d'une certaine forme d'équité. Le fonctionnement démocratique est pour sa part plus menacé, car la méfiance et l'insécurité (réelle ou perçue) n'encouragent pas la participation. Le caractère central des programmes et des systèmes de santé dans le contrat social, qui définit nos sociétés libérales, nous crée l'obligation de mettre tout en œuvre pour utiliser les leviers disponibles pour briser la méfiance et pour rassurer les citoyens sur leur avenir.

Réciproquement, il est utile de rappeler aux dirigeants politiques et aux responsables économiques que l'autorité qu'ils exercent n'est rien si le tissu social se défait et si les conflits entre groupes d'âge, entre groupes sociaux ou entre groupes ethniques en viennent à mettre en cause le fonctionnement des institutions. La santé en ses multiples aspects joue ici à son tour le rôle d'un déterminant. C'est d'ailleurs ce qu'avait pressenti Marc Lalonde dans le rapport qui porte désormais son nom : « *La santé est l'assise du progrès social. Les citoyens d'un pays ne peuvent tirer pleinement partie de la vie et n'être heureux que dans la mesure où ils jouissent d'une bonne santé.* » 🌸

Les médecins généralistes et la mise en œuvre de la politique de santé publique

Un ensemble de tâches de santé publique pourraient être réalisées par les professionnels de santé libéraux dans le cadre d'un « contrat sanitaire ».

Richard Bouton
Médecin généraliste,
ancien président de MG-France,
consultant dans le domaine de la
santé et de l'assurance maladie

Les médecins généralistes, dans leur mission de soins primaires auprès des individus qui s'adressent à eux, assument de fait collectivement un rôle essentiel dans l'organisation des soins et la sécurité sanitaire de la population.

L'importance de cette présence sanitaire se remarque d'ailleurs quand elle fait défaut, soit de façon permanente, comme cela est observé dans certaines zones rurales, soit de façon épisodique, en l'absence de permanence des soins.

Mais, outre le fait que cette présence sanitaire participe en soi à la santé publique, les médecins généralistes contribuent concrètement à un ensemble d'actions dans le domaine de la prévention.

Cette contribution est cependant très hétérogène, à l'image de l'ensemble de la pratique des médecins généralistes insuffisamment formatée par un enseignement initial peu spécifique, en dépit de la création d'un 3^e cycle de médecine générale.

Il est d'ailleurs assez surprenant de constater qu'en France ce 3^e cycle ne comporte justement pas de module consacré à la santé publique, à l'inverse de ce qui est observé dans la plupart des pays développés.

La contribution des médecins généralistes à la santé publique

Les actions de santé publique individuelles qui entrent dans le cadre du paiement à l'acte

Celles-ci sont réalisées par l'ensemble des médecins généralistes car elles contribuent de manière significative à l'équilibre économique

des cabinets médicaux en dehors des épisodes épidémiques :

- les vaccinations,
- le dépistage de certains cancers (utérus, colorectal, sein, prostate),
- parfois, la réalisation de frottis de dépistage,
- le dépistage du VHC, VIH,
- le suivi à long terme de pathologies chroniques et donc la prévention tertiaire du diabète, de l'asthme, de la bronchiolite, de l'hypertension artérielle, etc.,
- les examens systématiques de la petite enfance et les renseignements du carnet de santé,
- les certificats prénuptiaux,
- parfois la surveillance de la femme enceinte,
- les certificats d'aptitude à la pratique du sport.

Les actions de santé publique en périphérie du colloque singulier médecin/malade

Celles-ci ne sont réalisées que par une partie des médecins généralistes, car elles ne sont pas directement rémunérées. Elles interviennent à l'occasion d'une consultation, de surcroît, en quelque sorte à un acte forfaitairement rémunéré :

- dépistage et prise en charge de l'obésité, notamment chez l'enfant,
- dépistage et prise en charge des troubles du langage chez l'enfant,
- écoute des adolescents (dépistage des conduites addictives, sexualité et contraception),
- santé mentale, dépistage et prise en charge de la dépression,

- accompagnement du sevrage tabagique,
- dépistage et prise en charge de la consommation excessive d'alcool,
- conseils alimentaires,
- lutte contre la sédentarité, recommandations d'activité physique,
- écoute des personnes âgées.

La participation à ces différentes actions nécessite un investissement particulier en termes de temps et de formation, peu compatible avec les conditions d'exercice actuelles des médecins généralistes. Pour les raisons que l'on devine, elles sont désertées par les médecins généralistes à forte activité et qui, de surcroît, exercent seuls.

Elles reposent donc, pour l'essentiel, sur la motivation personnelle des médecins généralistes, dépendent d'une « appétence » particulière pour certains thèmes et d'une certaine conception éthique de leur fonction.

Les actions de santé publique hors du colloque singulier médecin/malade

Ces activités, qui s'adressent à des populations spécifiques, nécessitent un travail en réseaux ou à tout le moins en équipes formalisées. Elles concernent aujourd'hui une minorité de médecins généralistes, car elles sont faiblement rémunérées ou bénévoles :

- les soins palliatifs et la prise en charge à domicile des patients en fin de vie,
- la prise en charge de patients toxico-manes,
- l'observation de la santé de la population et la veille sanitaire (réseau Grog),
- l'éducation pour la santé, l'information, la promotion de la santé,
- l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer,
- l'amélioration de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes.

Les actions de santé publique totalement incompatibles avec les conditions d'exercice actuelles de la médecine générale

Les médecins généralistes représentent l'essentiel de notre infrastructure sanitaire de base et, à ce titre, contribuent de façon non négligeable à la politique de santé publique.

Comme détaillée précédemment, leur implication est d'autant plus importante qu'elle s'inscrit directement dans leur cadre

d'exercice rémunéré que constitue le paiement à l'acte.

Mais, dans tous les cas, leur action ne concerne que les patients qui s'adressent à eux ou, à tout le moins, les populations de malades identifiés et pris en charge par le système de soins.

En effet, leur statut professionnel actuel leur interdit de prendre des initiatives de santé publique à l'égard de leurs propres patients hors de leur demande et *a fortiori* à l'égard de personnes qu'ils ne connaissent pas.

Ils sont donc dans l'incapacité :

- de faire des relances pour les rappels de vaccination (contrairement aux vétérinaires), ce qui constitue un sérieux obstacle à la conduite d'une politique vaccinale cohérente, voire à la gestion de certaines situations de crise (épidémies locales de méningite) ;
- de rappeler aussi à leurs patients ou patientes certains examens de dépistage périodique, ce qui constitue aussi un sérieux obstacle pour les campagnes de prévention de masse ;
- d'intervenir en amont par des conseils d'hygiène ou de prévention dans certaines circonstances de crise sanitaire. On a pu mesurer les effets de cette incapacité lors de la crise de la canicule. Plusieurs centaines de décès auraient sans doute pu être évités si les généralistes étaient intervenus auprès de leurs patients les plus âgés ou fragiles pour leur apporter les conseils nécessaires afin de prévenir ou lutter contre l'hyperthermie et adapter, le cas échéant, leurs traitements ;
- plus largement de participer à la chaîne des secours en cas de crise sanitaire majeure, comme on a pu s'en rendre compte lors de la catastrophe de l'usine AZF.

Ainsi, paradoxalement, on a confié de fait l'essentiel de notre maillage sanitaire de base aux médecins généralistes, alors que ceux-ci sont dans l'incapacité statutaire d'apporter leur concours en cas de péril sanitaire national.

Un contrat sanitaire pour les médecins généralistes libéraux

Face à ce constat et compte tenu des dispositions de la loi du 9 août 2004, une étude a été diligentée par la direction générale de la Santé intitulée : *Participation des médecins généralistes à la mise en œuvre de la politique de santé publique*.

Dans le cadre de cette étude ont été explorées les autres professions libérales pour lesquelles l'État avait explicitement délégué des tâches d'intérêt général.

Il apparaît en effet qu'il sera difficile d'impliquer davantage les médecins généralistes dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique ambitieuse tant que les éléments de leur statut professionnel (mode de rémunération, organisation de leur activité) n'auront pas été adaptés en conséquence et tant que ces tâches ne leur auront pas été explicitement déléguées.

En cela, l'étude des professions de notaires et surtout de vétérinaires libéraux est riche d'enseignements et peut être d'une certaine façon modélisante.

Les vétérinaires libéraux assurent en effet depuis 1960 la quasi-totalité de la politique de santé publique vétérinaire à travers un « mandat sanitaire » conclu avec les directions départementales des services vétérinaires (DSV).

Les activités réalisées au titre de ce mandat sanitaire sont rémunérées avec la participation du ministère de l'Agriculture sur la base de tarifs négociés et encadrés.

L'adhésion à ce mandat sanitaire est volontaire mais compte tenu des retombées financières directes ou indirectes qu'il induit, il a été conclu par 8 000 vétérinaires libéraux sur les 10 000 en exercice.

Les DSV modulent évidemment le contenu du mandat sanitaire compte tenu des priorités locales de santé vétérinaire et celui-ci est logiquement plus important pour les vétérinaires d'exercice rural. Ainsi, les activités liées au mandat sanitaire induisent encore près de 30 % des revenus des vétérinaires ruraux.

Au cours des différentes rencontres organisées lors de l'étude réalisée pour la DGS (organismes d'assurance maladie, agences sanitaires, représentants professionnels, etc.), il est apparu que le concept consistant à déléguer aux médecins généralistes libéraux un ensemble de tâches de santé publique en s'inspirant du mandat sanitaire des vétérinaires rallie une rare unanimité.

L'intérêt de confier, sous forme de « mandat » ou « contrat », la réalisation d'un ensemble cohérent de tâches de santé publique aux professionnels de santé libéraux a en outre été expressément souligné par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

En prenant en compte les remarques et suggestions des différentes institutions rencontrées, les souhaits des médecins généralistes ou de leurs représentants, tout en s'inspirant du mandat sanitaire des vétérinaires et de son actuelle évolution, on peut esquisser les objectifs et le contour de ce que pourrait être le « contrat sanitaire » des médecins.



Les objectifs du contrat sanitaire

La mise en place d'une infrastructure de santé publique

La loi du 9 août 2004 définit le champ d'application de la santé publique et les conditions de son élaboration. Elle précise également quels sont ses instruments d'intervention pour les actions de prévention et pour la veille sanitaire, ainsi que pour la réponse aux situations d'urgences sanitaires. Dans ses différents articles, s'il est fait mention de la participation des professionnels de santé; la loi n'en précise pas les modalités.

Pourtant, sauf à imaginer la mise en place d'une lourde infrastructure d'effecteurs de santé publique, salariés de l'État, la réussite de la politique de santé publique est directement assujettie à la participation des professionnels de santé libéraux.

Le principe du contrat sanitaire, en apportant une réponse à cette question, rendrait opératoires les dispositions de la loi du 9 août 2004.

La réponse à une crise professionnelle profonde

Décrite depuis plusieurs années déjà, cette crise atteint aujourd'hui son paroxysme en termes de démotivation de certaines catégories de professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes. Elle s'est d'abord manifestée par le mouvement de grève des gardes de nuit et jours fériés lors de l'hiver 2001-2002. Les fortes revalorisations tarifaires accordées à cette occasion n'aurait pas permis de résoudre au fond le malaise de la profession, comme en témoignent les difficultés persistantes dans l'organisation de la permanence des soins.

D'après toutes les structures de généralistes rencontrées au cours de cette étude, les deux causes profondes de cette crise professionnelle sont justement la perte de sens de leur profession ainsi que l'inadaptation de leur statut professionnel et de leurs conditions d'exercice.

L'instauration d'un contrat sanitaire pour les généralistes permettrait de résoudre en partie ces problèmes.

L'aménagement sanitaire du territoire et la permanence des soins

Plus préoccupant encore : quand finalement les jeunes franchissent le pas de l'installation, ils ne remplacent pas les anciens à leur poste. C'est ainsi que, bien que la démographie des généralistes soit stable depuis ces cinq

dernières années, on observe la constitution de zones de désertification médicale en milieu rural, atteignant parfois des régions entières, ainsi que dans certaines banlieues de grandes agglomérations.

Plusieurs dispositifs d'aide à l'installation ou au maintien dans certaines zones ont déjà été expérimentés avec peu de succès, n'étant pas considérés comme suffisamment attractifs et surtout fiables et pérennes par les médecins.

L'intérêt d'intégrer ces aides dans le contrat sanitaire des généralistes concernés est évident. L'importance au plan de la santé publique de la présence de médecins généralistes sur l'ensemble du territoire serait ainsi reconnue et l'outil utilisé pour y parvenir beaucoup plus fiable car statutaire.

L'organisation de la permanence des soins qui dépend directement de la démographie médicale locale s'en trouverait ainsi grandement facilitée.

Les conditions d'adhésion au contrat sanitaire

Adhésion volontaire

S'agissant d'une délégation par l'État de tâches de santé publique, dont la responsabilité incombe à celui-ci, conformément à la loi du 9 août 2004, les médecins libéraux devront les réaliser dans un cadre et des conditions strictement définis. L'essence même de leur statut libéral justifie en conséquence qu'ils adhèrent volontairement à ce cadre et à ces conditions établis par les organismes habilités par l'État. Ce même principe du volontariat est retenu concernant le mandat sanitaire des vétérinaires libéraux.

Des garanties de formation

L'actuel cursus de formation initiale des médecins ne comporte pas de module spécifiquement consacré à la santé publique. L'adhésion au contrat sanitaire pourrait donc être conditionnée à la participation régulière à des formations spécifiques conçues et réalisées par des organismes agréés par le Conseil national de la formation médicale continue. Il est d'ailleurs à noter que cette condition de formation continue est actuellement envisagée dans le cadre de la réforme du mandat sanitaire des vétérinaires.

La mise en œuvre et le pilotage du contrat sanitaire

Dans la logique de la loi du 9 août 2004, il appartiendrait à l'État, par l'intermédiaire du ministère de la Santé, de négocier, avec les représentants des généralistes, la structure

du contrat sanitaire, les avantages associés et les différentes situations de modulation de son contenu ou de sa rémunération. Il est d'ailleurs à souligner que cette éventualité correspond au souhait d'une majorité de

1 Un État garant de la politique de santé publique.

Garant de l'intérêt général, l'État l'est, par conséquent, de la protection de la santé et de la cohérence des initiatives des acteurs de santé (y compris les siennes) entre elles et avec les attentes des citoyens. Cette cohérence est d'abord garantie par les institutions que la loi met en place pour la bonne réalisation de chacune des étapes décrites, tant au niveau national, de sa responsabilité, qu'au niveau régional, défini comme le niveau territorial optimal de la coordination des acteurs de santé.

Dans ce cadre, sur proposition du gouvernement et après concertation avec les représentants des médecins libéraux, la loi définit le champ général du contrat sanitaire.

2 Le ministère de la Santé précise les différentes rubriques du contrat sanitaire et en négocie les modalités de réalisation.

Avec l'expertise de l'HCSF et après consultation de la CNS, le ministre de la Santé définit, au sein du champ général du contrat sanitaire, les rubriques qui concerneraient tous les médecins généralistes adhérents et les rubriques d'adhésion volontaire. Il en négocie les conditions de réalisation avec leurs représentants.

3 Le conseil régional définit les objectifs particuliers de la région en matière de santé publique.

Avec l'expertise de la conférence régionale de santé, le conseil régional arrête les objectifs prioritaires pour la région et adapte en conséquence le contrat sanitaire des médecins généralistes.

4 Le groupement régional de santé publique met en œuvre le contrat sanitaire ainsi adapté et en assure le suivi.

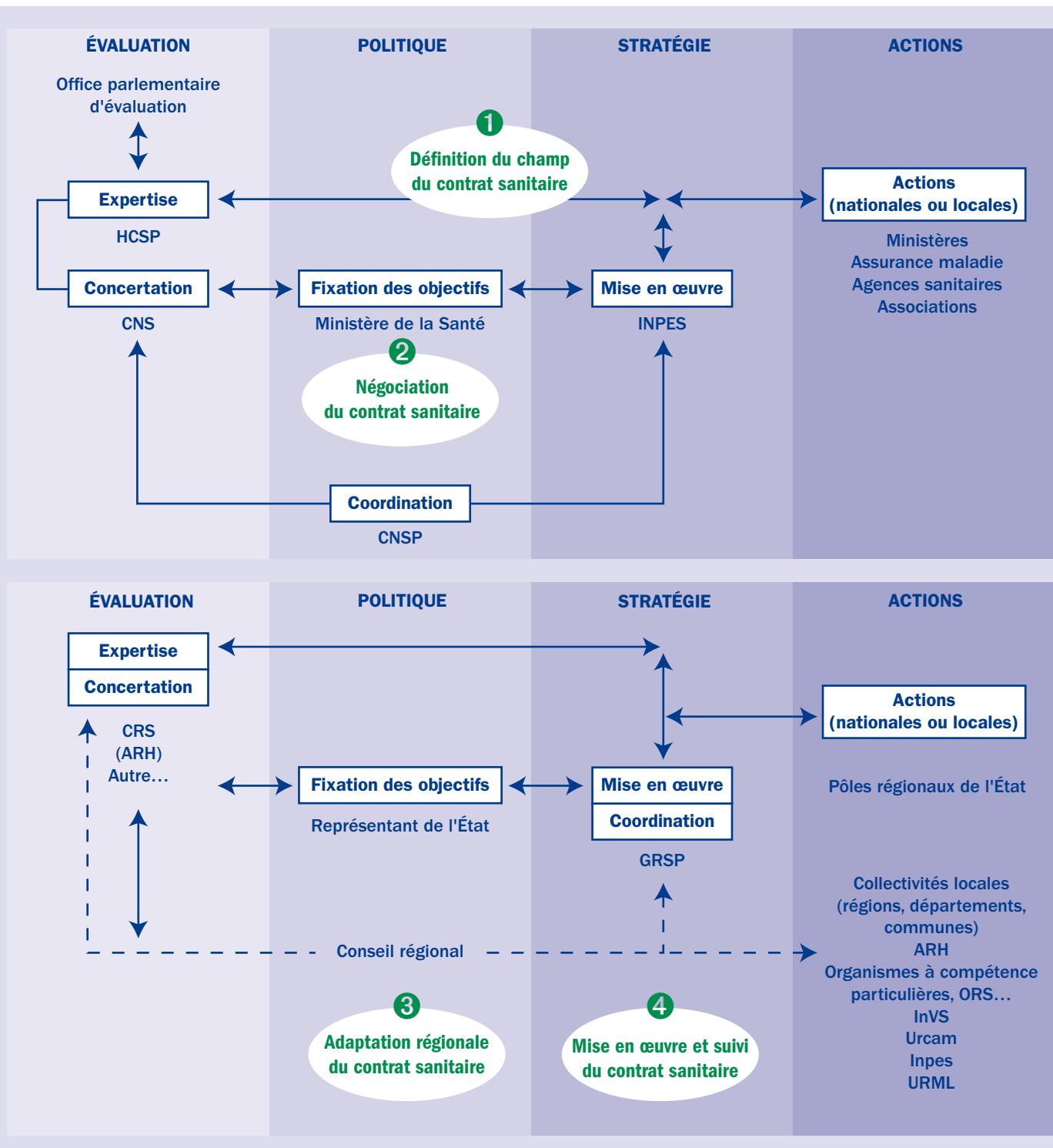
médecins généralistes ayant répondu à l'enquête réalisée.

Mais ces éléments n'étant pas sans rapport avec les autres activités des médecins entrant dans le cadre conventionnel, l'État pourrait

déléguer cette négociation à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Dans les deux cas de figure cependant, il serait nécessaire de créer une nouvelle enveloppe financière au sein du budget de l'assu-

rance maladie affectée au contrat sanitaire. Les différents organismes de santé publique pourraient assurer la gestion et le pilotage du contrat sanitaire suivant les schémas ci-dessous. 🌿



La réglementation de l'usage du tabac, bilan et perspectives

La politique de lutte contre le tabac a près de trente ans. Bien qu'ayant fait l'objet d'attaques régulières, les mesures prises ont nettement contribué à la diminution du nombre de fumeurs.

Capucine de Bérard
Juriste
Albert Hirsch
Vice-président
Ligue nationale contre le cancer

La consommation de tabac est la première cause de décès prématurés évitables. Elle tue chaque année 66 000 personnes en France. Aucun produit de consommation courante, lorsqu'il est utilisé comme le prévoit le fabricant, n'est plus dangereux, ni ne tue autant que le tabac.

Les lois et règlements concernant ce produit témoignent depuis 1976 d'une incontestable audace politique à l'encontre d'une industrie puissante de dimension multinationale... Dans la continuité de ce mouvement, le Président de la République a déclaré, en mars 2003, la « guerre au tabac », inscrivant la lutte contre le tabagisme dans le cadre de la mobilisation nationale contre le cancer. En effet, plus de dix ans après l'adoption d'une législation pionnière en 1991, la loi « Evin »¹, la situation en France impose de rester vigilant.

Après les interdictions pionnières mais partielles formulées par la loi Veil votée en 1976, ouvertement contournées et violées par les cigarettiers, la loi Evin a marqué un tournant dans la lutte contre le tabagisme.

Les apports de la loi Evin

Le premier volet de ce texte fondamental² instaure une protection des non-fumeurs par la réglementation stricte de l'usage du tabac dans les lieux publics. Ces dispositions entendent limiter l'exposition des personnes au tabagisme passif. Ainsi un principe général d'interdiction de fumer dans tous les lieux

affectés à un usage collectif et tous les moyens de transports collectifs est posé, exception faite de la possibilité de réserver des lieux pour les fumeurs. Un décret en conseil d'État³ en précise les conditions d'application avec en particulier la description des lieux affectés à un usage collectif (lieux fermés et couverts accueillant du public, lieux de travail, lieux fréquentés par les élèves, etc.). Le décret prévoit également les conditions auxquelles doivent répondre les emplacements mis à disposition des fumeurs (signalisation, volume, ventilation, aération, nécessité d'assurer la protection des non-fumeurs, etc.).

Le second volet de la loi⁴ interdit et sanctionne par principe toute propagande et publicité en faveur du tabac : « la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac ou des produits du tabac ainsi que toute distribution gratuite sont interdites ». Le bien-fondé de l'interdiction générale de publicité du tabac a été contesté au moment du vote du texte par ses adversaires, qui dénonçaient l'atteinte au droit de propriété ainsi qu'à la liberté d'entreprendre. Le Conseil constitutionnel s'est donc prononcé et a décidé que les limitations dénoncées trouvaient leur fondement dans le principe constitutionnel de protection de la santé publique. Une victoire importante, tant il est évident que la publicité encourage la consommation de tabac. Quelques rares exceptions sont néanmoins mentionnées : dans un premier temps au profit des débitants de tabac (affichettes)

1. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991.

2. Codifié à l'article L. 3511-7 du Code de la santé publique.

3. Repris aux articles R. 3511-1 et suivants du CSP.

4. Articles L. 3511-1 et suivants du CSP.

puis au profit de la presse professionnelle, de la télévision et des sports mécaniques.

Enfin, la loi encadre le commerce et la production des produits du tabac⁵ avec en particulier des règles concernant les mentions obligatoires de conditionnement du produit, destinées à l'information des fumeurs. Le dernier volet de la loi a permis de sortir le tabac de l'indice des prix à la consommation.

Afin que la législation soit correctement appliquée, la loi Evin a prévu le recours à la sanction pénale et civile. Concernant l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les transports collectifs, l'article R3512-2 du Code de la santé publique (CSP) sanctionne d'une contravention de cinquième classe⁶ les exploitants de locaux et moyens de transport qui ne respectent pas leurs obligations. Quant aux fumeurs, ils sont punis d'une contravention de 3^e classe⁷ en cas d'infraction à la législation. Enfin, les violations des dispositions relatives à la publicité et à l'information du consommateur sont réprimées par l'article L3512-2 du CSP. Il s'agit d'une peine principale pouvant aller jusqu'à 75 000 euros d'amende, dont le maximum peut être porté à la moitié des dépenses consacrées à l'opération illégale. De surcroît, en cas de récidive, le tribunal a le pouvoir d'interdire la vente des produits ayant fait l'objet de l'opération illégale pendant une durée allant de un à cinq ans.

En plus de ces différentes sanctions pénales, la loi Evin a prévu⁸ la possibilité, pour les associations dont l'objet statutaire comporte la lutte contre le tabagisme, d'exercer les droits reconnus à la partie civile pour les infractions aux dispositions de la loi.

Les mesures récentes

Depuis 2003, soit plus de dix ans après l'entrée en vigueur de la loi, sous l'influence des directives européennes et dans le cadre du plan cancer, plusieurs modifications importantes sont intervenues et ont permis l'amélioration réelle du dispositif.

Au niveau européen, une directive⁹ du 5 juin 2001 a permis notamment la mise

en place d'avertissements sanitaires standard, uniformisés entre les États membres, ainsi que l'interdiction des appellations trompeuses (du type cigarettes légères, « mild »...). Cette directive a notamment été transposée par un arrêté du 5 mars 2003 et a entraîné la modification des articles L3511-1 du CSP (sur la définition des ingrédients, incluant le papier) et L3511-6 du CSP. La nouvelle réglementation des avertissements sanitaires standardisés (caractère Helvetica gras noir sur fond blanc, entourés d'un bord noir, couvrant une surface minimum du paquet, textes spécifiques, etc.) a permis notamment de mettre un terme aux tentatives insidieuses de contournement par les fabricants des avertissements sanitaires : dénaturation du message sanitaire par adjonction de la mention « selon la loi », ou encore reproduction des avertissements sanitaires en caractères non contrastant avec le fond du paquet de cigarettes rendant la mention illisible et inefficace.

Plus récemment, une directive¹⁰ européenne du 26 mai 2003 a permis une avancée importante dans la lutte contre la publicité du tabac. Cette directive est destinée à remplacer la directive du 6 juillet 1998¹¹ interdisant « toute forme de publicité ou de parrainage » en faveur du tabac dans la communauté, annulée par la Cour de justice¹² pour des raisons d'ordres techniques après un lobbying très efficace de l'industrie. La nouvelle directive, bien que constituant une avancée dans la protection de la santé publique au sein des États membres, demeure moins protectrice que la législation française. Cette directive a même entraîné la création d'une nouvelle exception à l'interdiction générale de publicité formulée à l'article L. 3511-3 du CSP au profit des services de communication en ligne destinés aux professionnels du secteur ou des services mis à disposition du public par des personnes établies dans un pays n'appartenant pas à l'Union européenne et non principalement destinés au marché communautaire.

Au niveau national, la loi¹³ du 31 juillet

2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes a modifié le Code de la santé publique en interdisant la vente et l'offre gratuite de tabac aux moins de 16 ans, ainsi que les paquets dit « enfants » de moins de 19 cigarettes. Des sanctions spécifiques sont prévues pour les infractions à ces dispositions.

Enfin, la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004¹⁴, en plus des modifications susmentionnées transposant la directive de 2003, a essentiellement modifié les dispositions relatives au volet publicité de la loi ainsi que les dispositions pénales dans le sens de la sévérité. Il a également été prévu une mise en place d'un dispositif de contrôle de l'interdiction de fumer dans les lieux de travail. Une première depuis le vote de la loi Evin.

Le premier alinéa de l'article L3511-3 du CSP énonçant l'interdiction générale de la propagande et de la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac a ainsi été complété par l'interdiction de la vente « *d'un produit du tabac à un prix de nature promotionnelle contraire aux objectifs de santé publique* ».

Concernant les dispositions pénales et allant vers une plus grande liberté d'action des associations, les droits reconnus à la partie civile (initialement réservés aux associations dont l'objet statutaire comporte la lutte contre le tabagisme) ont été étendus aux associations de consommateurs ainsi qu'aux associations familiales. Les sanctions des infractions aux dispositions des articles L. 3511-2, L. 3511-3 et L. 3511-6 du CSP ont été alourdies, passant de 75 000 euros à 100 000 euros. Enfin, le législateur a décidé que les personnes morales pourraient être déclarées pénalement responsables des infractions à la loi. Il s'agit probablement de la mesure susceptible d'entraîner les principaux succès, ces prochaines années, dans la lutte judiciaire engagée contre l'industrie du tabac, et il convient de féliciter les pouvoirs publics de cette mesure très attendue.

Malgré ces avancées incontestables, plusieurs carences persistent

L'interdiction de fumer dans tous les lieux affectés à un usage collectif et tous les moyens de transport collectifs prévus dans la loi n'est toujours pas uniformément et correctement appliquée. À l'heure où l'Irlande et la Norvège

5. Articles L. 3511-1 et suivants du CSP.

6. Article 131-13 du Code pénal, amende d'un montant maximum de 1 500 euros et 3 000 euros en cas de récidive.

7. Article R. 3512-1 du CSP, amende d'un montant de 450 euros maximum.

8. Article L. 3512-1 du CSP.

9. Directive 2001/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juin 2001 relative au rapprochement

des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac.

10. Directive 2003/33/CE du Parlement européen et du Conseil du 26 mai 2003 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de publicité et de parrainage en faveur des produits du tabac.

11. Directive n° 98/43/CE du 6 juillet 1998.

12. CJCE arrêt du 5 octobre 2000, affaire n° C-376/98.

13. Loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003.

14. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.



ont interdit de fumer dans les cafés et les bars, la protection des non-fumeurs n'est toujours pas assurée à France.

Concernant l'interdiction de toute propagande et publicité en faveur du tabac, le constat est également très nuancé. Malgré la quasi-disparition de la publicité directe, des phénomènes promotionnels efficaces persistent [53], encourageant les jeunes à fumer et les entraînant vers la dépendance. Ces nouveaux procédés publicitaires utilisent des voies détournées, aux limites de la loi, pour passer leurs messages (paquets de cigarettes décorés, en « série limitée », soirée parrainée par les fabricants, mécénat citoyen, etc.). Il convient donc de rester extrêmement vigilants sur ces pratiques en constante évolution. Face à ces nouvelles techniques, la jurisprudence demeure trop variable et incertaine. L'inertie des parquets ne facilite pas la prévention des infractions.

La réduction de l'offre des produits du tabac, par l'interdiction de la promotion et l'augmentation du prix de vente, et de leur demande, notamment à l'aide des campagnes, ont fait la preuve de leur efficacité : réduction de 13,5 % des ventes de 2002 à 2003. Si ces mesures sont maintenues, le bénéfice sur la santé de la population est assuré.

Il n'est donc pas question de revenir sur le dispositif législatif, mais au contraire de le renforcer en attaquant en justice les infractions de l'industrie du tabac notamment dans le domaine de la publicité et en assurant la protection de tous, non-fumeurs et fumeurs, par l'interdiction complète de fumer dans les lieux publics clos.

Compte tenu de la puissance financière et de la dimension mondiale de l'industrie du tabac, de la nécessité de maintenir sur le long terme un dispositif global de contrôle, de la spécificité de l'usage d'un produit nécessairement licite compte tenu de la fréquence de son usage, enfin des contraintes européennes de la réglementation, nous proposons la création d'une agence française du tabac pour mettre en place les dispositions prévues par la Convention cadre de lutte antitabac de l'OMS¹⁵ que la France a été la première à ratifier dans l'Union européenne. ✎

*Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 69.*

15. Organisation mondiale de la santé, Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac du 21 mai 2003.

Histoire et avenir de la santé publique

**La santé publique,
dans sa conception
sociale
et collective, n'a jamais
été suffisamment prise
en compte dans notre
pays et sa mise en œuvre
a rencontré de nombreux
obstacles.**

François Grémy
Professeur de santé publique

Il n'est jamais de mauvais ton d'invoquer Hippocrate, dont nous citons à l'envi le premier aphorisme : « *La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile.* » Admirable description de l'art médical ! Mais lisons la suite, trop ignorée : « *Il faut non seulement faire soi-même ce qui convient, mais encore faire que le malade, l'entourage, et les choses extérieures y concourent.* » Ne nous indique-t-il pas la place qu'il convient d'accorder à des acteurs et facteurs extérieurs à l'acte médical : le patient et son environnement social et physique ? C'est-à-dire la dimension désormais symphonique de la médecine : il n'est plus possible aujourd'hui, dans le contexte dominé par les pathologies chroniques, souvent invalidantes, et par la place croissante des dépendances liées au vieillissement, d'isoler le soin de l'individu malade de son environnement, et en particulier du contexte populationnel : les déterminants de la santé collective, l'organisation et l'efficacité des moyens mis en œuvre pour faire face aux problèmes de santé. Naguère, la santé était seulement individuelle, elle devient aussi systémique, sociale et citoyenne. Inévitable dédoublement du regard, il ne faut pas oublier que le malade d'aujourd'hui a toute chance d'être le malade de demain.

La « santé publique » est donc l'un de ces regards : nous entendons par là les actions de prise en charge de la santé de la population à titre collectif, par complémentarité avec la prise en charge à titre individuel des seules personnes malades. Les deux approches, ou plutôt les deux stratégies, diffèrent par le point

d'observation, mais sont indissolublement liées. Tout praticien de santé doit « zoomer » en permanence.

Les raisons de cette nécessaire révolution culturelle sont multiples :

– Les considérables et insoutenables *inégalités* sociales et géographiques en santé.

– La dimension économique de la santé : elle ne se résume pas aux problèmes budgétaires (apparemment incurables) que posent les soins aux finances nationales (10 % chez nous, de 8 à 14 % ailleurs, du PIB des nations occidentales). Le fait économique le plus important, et le plus oublié, est que la santé d'une population est sans aucun doute *sa ressource* (sa richesse) principale.

– Le poids sans cesse croissant, que l'on attribue aux *déterminants sociaux*, des affections chroniques (et du vieillissement prématuré), qui dominent le paysage pathologique des nations dites développées. Ces déterminants sociaux ne concernent pas seulement les échanges moléculaires que les individus ont avec leur environnement (toxiques, alimentation, polluants divers), mais aussi les échanges symboliques et relationnels : rapports de domination, intensité et qualité des rapports sociaux. Dans sa conférence d'Ottawa, en 1986, l'OMS faisait de la *cohésion sociale* le déterminant positif majeur de la santé d'une population. Je ne suis pas loin d'adopter cette vision.

– La participation croissante de la population et des malades aux décisions de santé les concernant (les Américains ont un mot excellent : l'*empowerment*), qu'il faut encourager. Les citoyens sont de plus en plus instruits et conscients, par ailleurs



l'explosion d'Internet ne peut que favoriser cette évolution.

– Enfin, il est de plus en plus clair que les soignants ne sont plus les seuls « professionnels » de santé : des techniciens, des ingénieurs, des chercheurs en sciences biologiques et en sciences humaines, des gestionnaires, des industriels, des politiques, des philosophes entrent dans la tribu de tous ceux qui œuvrent pour la santé de la population et de ses membres les plus démunis : les malades.

Des espoirs et des obstacles

Bref, la médecine n'est plus une île. Le « dieu médecin » a de plus en plus besoin des (autres) hommes. La médecine n'est plus un temple sacré : les profanes refusent de rester cantonnés sur les parvis. Même si son statut intellectuel lui laisse un rang et des responsabilités de premier ordre, le médecin traditionnel fait désormais partie d'un grand service public de santé, dont la finalité est la promotion, la protection, la restauration éventuelle de cette richesse nationale qu'est la santé de la population.

Par service public, il faut entendre le service du public, « ardente obligation collective » qui s'impose à tous les professionnels, quel que soit leur statut au regard du droit du travail. Pour ce qui est des médecins, le mode de paiement : à l'acte, à la capitation, ou salarié, ou toute combinaison de ces modes, ne change rien à des devoirs collectifs tels que la permanence des soins ou la répartition géographique équitable des divers modes d'exercice.

Tel est donc l'objectif de cette nouvelle manière d'être de la prise en charge de la santé. Cette formidable révolution culturelle, organisationnelle et éthique est nécessaire et elle est en marche. Mais rien n'est acquis, car les obstacles demeurent nombreux et importants. En voici deux :

● En premier lieu, les médecins français dans leur ensemble y sont-ils prêts ? Par contraste avec ce qui se passe pour leurs confrères étrangers, britanniques et allemands par exemple, l'histoire révèle une longue *tradition de combats d'arrière-garde* contre l'évolution vers une conception sociale et collective de la médecine et de la politique sanitaire :

– Au XIX^e siècle, refus, au nom de la liberté, du caractère obligatoire de la vaccination anti-variolique (elle ne l'est devenue qu'en 1902,

alors qu'elle l'était dès 1820 dans plusieurs États allemands).

– Au XIX^e encore, refus de la mise en place d'une politique de lutte contre la mortalité urbaine et de structures sanitaires centralisées (en 1880, 8 000 agents en Angleterre contre 9 en France).

– Émasculature de la grande loi de santé publique de 1902, pourtant obtenue de haute lutte, et dont Clémenceau disait en 1907 : « *de cette loi, personne ne réclame la mise en vigueur. Que dis-je ? Chacun s'ingénie à la paralyser* ».

– En 1927-1928, combat forcené contre les assurances sociales, et création en guise de ligne Maginot de la Charte de la médecine libérale.

– En 1945, puis en 1958, il a fallu des événements politiques majeurs, extérieurs à la médecine, pour imposer l'assurance maladie puis le salariat de la médecine hospitalière.

● En deuxième lieu, la faiblesse et l'impéritie de l'État dans le domaine sanitaire :

– Tout au long du XIX^e siècle, sa faiblesse vis-à-vis des autorités communales, contrôlées par la bourgeoisie en pleine expansion, avides de se protéger contre le centralisme « jacobin ».

– Plus précisément, dans les débuts de la III^e République, cette résistance s'est incarnée dans le Sénat, issu des collectivités territoriales.

– La reconnaissance tardive de la Santé et de l'Hygiène comme département ministériel (1921).

Bien entendu, le corps médical et l'État, l'un et l'autre évoqués, peuvent se renvoyer les responsabilités. Il faut remarquer que les médecins étaient très bien représentés dans les collectivités communales et départementales, et aussi nationales pendant la III^e République : plus de 100 membres du Parlement étaient médecins. L'État républicain, impuissant en matière de santé, s'est montré assez fort pour imposer aux collectivités locales une politique routière et une politique d'instruction publique...

En fait, sauf quelques hauts fonctionnaires et politiciens lucides et courageux, l'État n'a jamais fait preuve, en matière de santé, d'imagination, de réflexion, ni de courage. Depuis le début de la V^e République, après le remue-ménage de la réforme Debré, sa préoccupation majeure a été l'équilibre comptable du budget de l'assurance maladie, sans interrogation véritable sur les finalités, sur la validité des modèles, la pertinence des moyens, sur l'adaptation des structures. Enfin, l'État ne fait rien pour essayer de remédier aux innom-

brables combats des chefs, aux compétitions et conflits qui donnent de notre système de santé une image de royaume indéfiniment divisé contre lui-même. Alors que le combat commun pour la santé de notre population pourrait constituer une motivation forte et unifiante. ✨