
Rapport au ministre
de la Santé et de l'Action Humanitaire

**STRATÉGIE POUR
UNE POLITIQUE
DE SANTÉ**

Propositions préalables
à la définition de priorités

Haut Comité de la Santé Publique

Décembre 1992

Sommaire

Avant-propos	7
Première partie : Présentation de la démarche	11
I - Exposé des motifs	13
II - Principes généraux de la démarche adoptée	15
<i>II.1 - La conception de la santé</i>	15
<i>II.2 - La référence à des valeurs</i>	17
<i>II.3 - Le cheminement souhaitable</i>	18
III - Le processus d'élaboration du rapport	20
Deuxième Partie : Buts - Objectifs - Actions	23
I - Améliorer la santé	25
Buts généraux	25
<i>Égalité devant la santé</i>	25
<i>Santé et qualité de vie</i>	27
<i>Conditions de vie des personnes handicapées</i>	28
Buts selon les groupes d'âge	32
<i>De la conception à la fin de la première année de vie</i>	32
<i>Santé des enfants et des jeunes</i>	36
<i>Santé à l'âge adulte</i>	42
<i>Santé et grand âge</i>	47
Buts selon les pathologies	50
<i>Maladies cardio-vasculaires</i>	50
<i>Maladies infectieuses et sexuellement transmissibles (MST)</i>	52
<i>Cancers</i>	54
<i>Santé mentale et suicides</i>	57
<i>Infection par le VIH</i>	60
II - Soins appropriés	63

III Drogues, Tabac, alcool médicaments psychotropes et santé : usage, abus et dépendance	67
IV - Santé et Environnement	74
<i>Hygiène de l'environnement</i>	74
<i>Santé et cadre de vie</i>	78
<i>Santé au travail</i>	81
V - Les stratégies de soutien à une politique de santé	86
1 - <i>Mobiliser l'ensemble des acteurs et former les professionnels et la population</i>	86
2 - <i>Développer la recherche et l'utilisation des connaissances en santé...</i>	87
3 - <i>Améliorer l'action administrative dans le domaine de la santé</i>	88
4 - <i>Développer les actions de partenariat</i>	89
5 - <i>Développer le système d'information en santé</i>	89
6 - <i>Prendre en compte les aspects éthiques</i>	90
Annexes	93
Annexe I : Les indicateurs de santé	95
Annexe II : Bibliographie	101
Annexe III : Rapports généraux des débats régionaux	105

AVANT-PROPOS

Le Haut Comité de la Santé Publique a été, dans le cadre de ses missions, chargé par le ministre de la Santé et de l'Action humanitaire de préparer les bases d'un plan de santé publique.

Dans son travail, le Haut Comité s'est appuyé sur une démarche visant à proposer une stratégie pour une politique de santé. Cette démarche passe par trois préalables essentiels car ils commandent toute la suite.

Le premier est celui de valeurs de référence partagées. Leur respect commande le choix des objectifs : par exemple le respect de l'égalité devant la santé commande de lutter contre les inégalités évitables et injustes.

Le deuxième est l'adoption de conceptions de la santé débordant la seule absence de la maladie pour y ajouter les dimensions psychologiques et sociales, prendre en compte les interrelations avec l'environnement (physique et social), en saisissant l'aspect positif (bien-être). Ces conceptions débouchent sur des choix d'action portant sur les modes de vie individuelle et les conditions collectives de vie et de travail agissant en amont de l'apparition des troubles pathologiques, impliquant d'autres secteurs administratifs que celui de la santé et plus largement la population. Un des enjeux majeurs est de mieux équilibrer les moyens attribués entre d'une part le secteur curatif - celui sur lequel se concentre l'essentiel des ressources - et d'autre part les secteurs préventif (individuel et collectif) et médico-social (politiques destinées aux handicapés par exemple).

Le troisième est celui de l'observation des principaux problèmes de santé et de l'analyse des principaux dysfonctionnements dans l'organisation des différentes parties du système de santé. Cette étape s'appuie sur les indicateurs disponibles en comparant leur

évolution dans le temps et dans l'espace national et en les confrontant à ceux des pays de l'Europe communautaire. On voit ainsi que notre pays a la plus faible mortalité par maladies cardio-vasculaires, est celui où les accidents iatrogéniques sont les plus élevés. On constate aussi que la France est le seul pays où il n'y a pas de hiérarchisation entre les niveaux de recours aux soins. Le taux des lits d'hôpital y est un des plus élevés mais, en revanche, la densité des infirmiers par lit occupé y est une des plus faibles.

Ces trois préalables étant assurés, on peut utiliser la démarche classique en planification qui consiste à définir de grands objectifs s'appuyant sur des indicateurs (de santé, d'activité médicale et de facteurs de production) appropriés, en choisissant des situations de référence et des types d'action.

A ce stade du travail, les objectifs ne peuvent être que généraux, les techniciens n'ont de légitimité à intervenir que dans la formulation générale des orientations susceptibles d'être retenues et dans les analyses de faisabilité qu'elles peuvent susciter. Le recours à des valeurs de référence pour chacun des indicateurs retenus conduit à se fixer comme objectif opérationnel de se rapprocher de la situation la plus favorable au sein de la Communauté européenne. Cette même confrontation peut se faire pour chaque indicateur entre les régions du pays.

De même, les actions ne peuvent être choisies précisément. Il s'agit seulement d'en définir le type et les ambitions, de confronter les modalités d'intervention possibles. C'est secondairement, lorsque les priorités seront mises à l'étude, que les choix apparaîtront et que les moyens nécessaires seront clairement précisés.

Treize thèmes ont été retenus initialement lors d'un séminaire préparatoire. Leur choix s'est appuyé sur le découpage institutionnel préexistant pour les groupes d'âge, sur l'existence de programmes spécifiques à l'échelon européen ou sur leur actualité pour les pathologies, enfin sur des aspects plus globaux de la politique de santé. Ces derniers portent sur l'organisation, la qualité et la sécurité des soins d'une part, sur les images et représentations des maladies et des systèmes de soins, sur la santé et le cadre de vie d'autre part. A la suite du travail des treize groupes correspondant aux thèmes, après qu'aient été ajoutés des buts généraux (favoriser l'égalité des chances en matière de santé, développer et mettre en valeur le capital santé du plus grand nombre, améliorer les conditions de vie des personnes handicapées) et les buts sur les stratégies de soutien à une politique de santé, un premier document a été rédigé. Ce document a été présenté lors de quatre consultations régionales rassemblant chacune 250 à 300 personnes, issues de l'administration et des professions du secteur de la santé, du monde associatif, en présence d'élus, de syndicalistes et de représentants d'autres secteurs de l'administration. Il a également été diffusé, dans les autres régions, aux services de l'administration de la santé, de l'action sociale, des organismes de protection sociale, aux organisations représentatives du monde de la santé. A la suite des discussions et modifications proposées, un travail d'enrichissement a été effectué donnant lieu à l'actuel document.

Ces étapes nécessaires montrent que la démarche s'inscrit dans une dynamique sociale où les acteurs concernés doivent confronter leur point de vue pour parvenir à un large consensus sur les objectifs et le choix de types d'action.

Le Haut Comité de la Santé Publique souhaite que la démarche d'ensemble puisse s'appliquer au niveau des régions et qu'elle aille jusqu'à son terme : choix d'objectifs prioritaires et des actions correspondantes, chiffrage des moyens nécessaires, mise en oeuvre de programmes et évaluation de leurs résultats.

PREMIÈRE PARTIE

PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE

I. Exposé des motifs

Le Haut Comité de la Santé Publique a pour missions (article 1^o, alinéa 1 du décret de création) de "contribuer à la définition des objectifs de la politique de santé publique" (article 1^o, alinéa 2), de faire des propositions pour le "renforcement des actions de prévention, en particulier quant à l'information et à l'éducation du public en matière de santé" et de "développer l'observation de l'état de santé de la population" (article 1^o, alinéa 3) et enfin d'établir dans ce but un "rapport annuel, rendu public, comportant des indicateurs comparatifs et régulièrement suivis, de même que des analyses globales et prospectives sur les problèmes de santé publique".

La définition des objectifs d'une politique de santé publique occupe donc une place centrale dans l'énoncé des missions du Haut Comité ; elle est éclairée par des perspectives d'actions - notamment d'éducation et préventives - évaluées par le suivi d'indicateurs pertinents.

Le ministre, dans son exposé introductif lors de sa mise en place, a clairement précisé à ce sujet la démarche qu'il attend du Haut Comité :

- l'aider à proposer des objectifs pour une politique de santé publique, susceptibles de réunir un large consensus de la nation ;
 - définir des indicateurs pertinents vis-à-vis de ces objectifs ;
 - fixer un horizon, c'est-à-dire des références à la fois réalistes et ambitieuses : en l'occurrence, il a suggéré d'étudier, pour la France, dans une première étape, la perspective de son "alignement sur la nation européenne la plus favorisée vis-à-vis de chacun des objectifs retenus" et, s'agissant de chacune des régions françaises, par analogie, son alignement sur "la région la plus favorisée vis-à-vis de tout objectif la concernant" ;
-

➤ définir des modes de cheminement pour se rapprocher de ces objectifs, ce qui suppose l'établissement d'un dialogue stratégique avec les acteurs susceptibles d'intervenir dans le processus, en particulier, bien sûr, avec les acteurs régionaux.

Dans ces conditions, le présent rapport du Haut Comité devrait avoir pour objet principal d'aboutir à l'expression d'un ensemble cohérent d'objectifs et d'actions à entreprendre, à partir de l'énoncé d'un certain nombre de principes.

Les retombées d'un tel débat portent, en outre, sur toute une série de questions, en dehors des points déjà mentionnés. On peut citer :

- la structuration du rapport public que le Haut Comité doit établir chaque année ;
 - le dialogue entre l'Etat et les collectivités locales en matière de répartition de leurs responsabilités complémentaires pour la définition et la mise en oeuvre d'une politique de santé publique qui réponde à la fois aux besoins régionaux et à une certaine unité conceptuelle au niveau de la nation ;
 - le dialogue entre la France et ses partenaires européens (et, plus généralement, ses partenaires internationaux) ;
 - la préparation des demandes qui pourraient être adressées au nouveau Comité d'orientation de la recherche en santé publique, notamment en matière de définition, de mesure et de suivi d'indicateurs appropriés, le cas échéant à créer, et plus généralement, en matière d'innovation et de d'évaluation en santé publique.
-

II. Les principes généraux de la démarche adoptée

La définition des objectifs d'une politique de santé est, par essence, de nature politique : au regard de la conception de la santé qu'elle souhaite promouvoir ; au regard des principes et des valeurs présidant à la définition des objectifs ; au regard du cheminement proposé pour élaborer et mettre en cohérence cette politique de santé. Il convient donc de préciser, dès le départ, cette conception, ces principes et valeurs, ce cheminement. En outre, les premières conclusions auxquelles aboutira le Haut Comité devraient nécessairement faire l'objet d'un examen de leur légitimité politique dans des conditions dont l'appréciation relève du Ministre lui-même.

II.1. La conception de la santé

La définition d'objectifs en matière de politique de santé suppose, au préalable, que l'on précise la conception de la santé à laquelle on se réfère. Bien des définitions peuvent être proposées et les débats sont loin d'être clos en la matière. Afin d'éviter des discussions sur ce point qui, malgré son importance, dépasse l'objet du présent document, on propose de s'inspirer de la définition de l'OMS qui constitue une référence internationale et permet d'aborder la question par l'ensemble de ses dimensions : "non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais un état complet de bien-être physique, mental et social". Cette définition peut être utilement complétée par celle de R. DUBOS, spécialement adaptée au cas des personnes handicapées : la santé est **"la capacité de fonctionner au mieux dans son milieu"**.

Pour permettre la proposition de projets concrets d'amélioration de l'état de la santé publique, ces notions doivent être précisées : on indiquera quelques implications des définitions proposées.

- La santé ne se résume pas à l'absence de maladie, surtout quand
-

celle-ci est perçue comme un phénomène individuel, imputable exclusivement à un dérèglement physiologique, dont les causes sont, sinon univoques, du moins peu nombreuses.

- La compréhension de la santé ne peut être assurée par la médecine seule, même aidée de l'épidémiologie ; les sciences humaines et sociales jouent un rôle important dans cette compréhension.

- La santé est un phénomène **social** autant qu'**individuel**. En effet, toute société donne forme et contenu à la maladie, que ce soit à travers les représentations des individus ou les conceptions développées par certains groupes ou par la société entière⁽¹⁾, à travers les institutions de soins ou de prise en charge, enfin, à travers l'état et le développement du savoir et des connaissances médicales, scientifiques et techniques, lui-même sous l'emprise du social.

- Ces considérations impliquent de prendre en compte la santé et la maladie non seulement comme l'état d'un corps individuel mais comme un phénomène inscrit dans les pratiques et les discours de la société toute entière. La maladie est aussi ce qui menace ou modifie la vie personnelle, l'insertion sociale et l'équilibre collectif.

- La santé constitue une réalité dynamique qui s'inscrit dans un processus commençant *in utero*.

- Une multitude de facteurs influence positivement ou négativement l'état de santé de la population : les facteurs endogènes (génétiques...), les facteurs liés à l'environnement (cadre de vie, habitat, conditions de travail, pollution, présence de germes...), les facteurs liés aux habitudes de vie (alimentation, tabac, alcool, sédentarité, conduite...), les facteurs liés au système de soins (dans ses différentes composantes préventives et curatives, dans ses effets efficaces ou iatrogènes) ; ces divers déterminants de la santé sont en étroite relation.

- Pour toutes ces raisons, le domaine de la santé dépasse largement les attributions du système de soins, ce dernier n'étant qu'une partie du système de santé ; en conséquence, il dépasse également largement les compétences du ministère de la Santé ; les orientations prises en matière de santé publique touchent à presque tous les secteurs de l'action politique.

(1) Le poids de ces représentations est d'autant plus important de nos jours que les différents médias se sont emparés des questions de santé, maladie et médecine et en ont fait des thèmes porteurs.

II.2. La référence à des valeurs

La détermination d'objectifs de santé nécessite la référence à des valeurs partagées. A cet égard, les éléments constitutifs de la devise nationale française - liberté, égalité, fraternité - peuvent être proposés comme principes fondateurs d'une politique de santé publique :

➤ **la liberté**, parce que témoignant, particulièrement dans le domaine de la santé, de l'impératif absolu du respect de l'Homme dans la diversité de ses comportements individuels ; témoignant ainsi de la supériorité de l'éducation sur la contrainte ; respect n'excluant pas les interventions motivées par l'impérieuse nécessité de porter assistance à la personne "en danger" ; cette liberté s'épanouit pleinement dans la **responsabilité** assumée par chacun à l'égard de sa propre santé et de la santé des autres ;

➤ **l'égalité**, principalement au regard de son image miroir : la lutte contre les inégalités, en particulier celles liées à l'origine sociale des individus et à leur milieu culturel, à leurs activités professionnelles ou à des conditions de vie imposées ;

➤ **la fraternité**, plus couramment désignée aujourd'hui sous le terme de solidarité. Solidarité et lutte contre les inégalités ont de nombreux traits communs, mais ne se confondent pas (il peut y avoir fraternité sans qu'il y ait nécessairement des inégalités à combattre). Cette fraternité est le fondement même de l'altruisme.

C'est sur ces bases que peuvent être énoncés un certain nombre d'objectifs fondés, de façon essentielle, sur la lutte contre les inégalités, l'exaltation des valeurs positives de la solidarité, dans le respect scrupuleux de la liberté toutes les fois qu'elle n'entrave pas celle des autres et ne porte pas atteinte aux valeurs essentielles reconnues par une société comme fondatrice de son existence même.

II.3. Le cheminement souhaitable

La démarche visant la définition d'objectifs de santé publique doit répondre aux exigences suivantes :

Démarche pluraliste

impliquant :

- les professionnels et administrateurs de santé et les usagers,
- les experts et les acteurs de terrain,
- les niveaux national et local,
- le secteur de la santé et les autres secteurs d'activité de la nation concernés.

Démarche ambitieuse mais réaliste

- ambitieuse, c'est-à-dire renouvelant les approches traditionnelles en matière de politique de santé et susceptibles d'induire des changements dans les comportements ou les pratiques,
- mais faisant la part du souhaitable et du possible en créant des liens entre le point de vue des politiques et celui des techniciens et des professionnels.

Démarche soucieuse de mise en cohérence de divers éléments :

- ce qui relève du système de santé et ce qui incombe aux autres secteurs concernés ;
 - dans le système de santé, ce qui relève respectivement de la recherche, de la formation, de la prévention, du dépistage et des soins ;
 - dans l'analyse des problèmes et dans la conception des actions, l'articulation des différents échelons nationaux, régionaux et locaux.
-

Démarche sensible aux aspects concrets et de faisabilité :

- par la désignation, à la fin du processus engagé, d'objectifs quantifiables situés dans le temps et l'espace par rapport à des référentiels identifiés (internationaux et régionaux) ;
- par une réflexion sur la nature des outils nécessaires, notamment en termes de données, d'indicateurs, ou encore par des suggestions concernant l'organisation, la gestion et la régulation du système de santé ;
- par l'intérêt porté au suivi et à l'évaluation des programmes mis en oeuvre.

Dans la réalisation de ce processus, le Haut Comité de la Santé Publique fait le lien entre la démarche des politiques et celle des techniciens.

III. Le processus d'élaboration du rapport

Lors d'un séminaire de travail qui s'est tenu à Enghien les 13 et 14 Juin 1992, des groupes de travail ont été constitués afin de réfléchir, dans l'esprit qui vient d'être précisé, sur des thèmes abordant l'essentiel des problèmes se posant actuellement en santé publique. Les thèmes retenus étaient les suivants :

▪ **quatre d'entre eux s'intéressaient aux problèmes de santé rencontrés aux grands âges de la vie :**

- naissance et petite enfance,
- enfance et adolescence (inadaptation, marginalisation, socialisation, mode de vie, initiation aux dépendances, violence physique et psychologique),
- âge adulte (mortalité et surmorbidity évitables, y compris mode de vie et maladies professionnelles),
- grand âge.

▪ **quatre thèmes concernaient les groupes de pathologies reprises dans les programmes européens de l'OMS :**

- les maladies cardio-vasculaires, les problèmes de nutrition,
- la prévention, le dépistage et le traitement du cancer,
- les maladies neurologiques et la santé mentale,
- l'infection à VIH.

▪ **deux thèmes concernaient des problèmes particulièrement d'actualité :**

- santé publique, alcool et dépendances,
 - les maladies infectieuses et les MST.
-

▪ **trois thèmes s'intéressaient à des aspects transversaux de la politique de santé :**

- images et représentations des maladies et des systèmes de soins,
- recherche de la qualité et de la sécurité des soins et des filières, égalisation de l'accès, évaluation, organisation,
- santé et cadre de vie.

Pour chacun de ces thèmes, **le travail demandé aux groupes de travail** n'était pas d'être exhaustif mais :

- ayant effectué l'identification plus précise du thème,
- de dégager les questions essentielles qui se posent (objectifs spécifiques à atteindre, actions à entreprendre, ressources à mobiliser),
- de façon à dessiner les orientations d'action pouvant constituer la trame d'une politique de santé.

L'ensemble du travail ainsi effectué est présenté dans la partie suivante :

- dans un premier volet, on traite de l'amélioration de la santé en proposant des buts généraux, des buts selon les âges de la vie, des buts selon les types de pathologies ;
 - dans les trois volets suivants, on s'intéresse à l'amélioration des soins, des modes de vie et du cadre de vie ;
 - le cinquième volet est consacré aux différentes actions pouvant soutenir la politique de santé : mobilisation des acteurs, formation, recherche, valorisation, partenariat, information.
-

DEUXIEME PARTIE

BUTS - OBJECTIFS - ACTIONS

I - Améliorer la santé

Buts généraux

Égalité devant la santé

Malgré les substantiels progrès obtenus en matière de santé, d'importants écarts persistent en termes de mortalité, de morbidité et de handicaps en fonction de l'appartenance à un groupe social⁽¹⁾, du sexe⁽²⁾, du type d'habitat. Si certaines inégalités sont inévitables (telles les différences biologiques liées au sexe), ou relèvent de comportements librement consentis (tels que la participation à certains sports), d'autres sont évitables et injustes.

Tels sont :

- les comportements nuisibles pour la santé dans des situations où l'individu a peu de choix en matière de mode de vie (publicité dirigée vers un groupe particulier et le rendant plus vulnérable) ;
- l'exposition à des conditions de travail et/ou de vie insalubres ;
- le nonaccès aux facteurs de santé essentiels tel que l'éducation ;
- l'accessibilité insuffisante aux services de santé.

Favoriser l'égalité des chances en matière de santé

Ce but implique de veiller à réduire les facteurs se trouvant à l'origine d'inégalité en santé. Il peut être atteint si :

-
- (1) Écart de 8 ans entre les espérances de vie à 35 ans des hommes appartenant aux groupes les plus favorisés et ceux des groupes les plus défavorisés.
 - (2) Écart de 8 ans d'espérance de vie à la naissance entre les sexes.

- la réduction des écarts d'état de santé est affichée comme une priorité pour l'ensemble des administrations concernées, se traduisant par :
 - des programmes d'actions spécifiques multisectorielles ;
 - une meilleure information sur la réalité de ces écarts (recueil, suivi, diffusion) ;
 - des recherches sur les déterminants des inégalités.
 - un cadre de vie et des conditions de travail favorables à la santé sont plus largement accessibles ;
 - chacun peut bénéficier de facteurs de santé essentiels tels que l'alimentation, le logement, l'éducation ;
 - chacun peut avoir accès aux soins de santé appropriés ;
 - les groupes et les régions défavorisés bénéficient de soutiens particuliers.
-

Santé et qualité de vie

La santé est un capital qui se constitue dès la vie foetale et tout au long du premier quart du cycle de vie et qu'il faut apprendre à préserver et à gérer. Sa constitution dépend de facteurs culturels, d'habitudes de vie, des conditions de vie. Son maintien et sa gestion dépendent des mêmes facteurs mais aussi des réseaux sociaux - au travail et hors travail - des conséquences des épisodes pathologiques survenus au cours de la vie, de l'apparition des effets des maladies dégénératives et du vieillissement, de la représentation dominante de la santé à laquelle contribuent les différents médias. Une atteinte du capital santé peut exposer à des désavantages sociaux.

Si une trentaine de municipalités participant au réseau français des villes-santé de l'OMS développent des programmes de promotion de la santé, ces programmes n'ont que peu été diffusés à l'ensemble du territoire.

Pour que le plus grand nombre d'individus puisse avoir la possibilité **de développer et mettre en valeur leur capital-santé de façon à mener une vie socialement et psychologiquement la plus satisfaisante possible**, il faut :

- . améliorer l'accès à l'éducation qui est un facteur essentiel pour la prise de conscience du capital santé ;
 - . promouvoir des modes de vie sains ;
 - . renforcer les capacités des personnes à prendre en charge leur propre santé en facilitant notamment la participation des individus à la vie de leur collectivité et les solidarités de voisinage ;
 - . intégrer la dimension santé dans les programmes locaux d'amélioration du cadre de vie et/ou des conditions de travail ;
 - . accorder une plus grande importance à la qualité de vie dans les prestations de soins.
-

Améliorer les conditions de vie des personnes handicapées

Les handicaps constituent un problème majeur de Santé Publique par le nombre de personnes concernées⁽¹⁾ et le poids financier que représente leur prise en charge (130 milliards, soit 2 % du PIB).

L'objectif général d'une politique du handicap est inspiré par l'idée de la dignité de toute personne, quel que soit son état physique ou mental : à chacun il convient de donner l'épanouissement, l'autonomie, et la liberté maximaux compatibles avec leur état.

Le dispositif législatif français (lois de 1975 et de 1987 notamment) concernant les personnes handicapées peut être considéré comme un des meilleurs et des plus généreux du monde. Il affirme leur droit aux soins, à l'insertion scolaire, sociale, et professionnelle, et aux loisirs. Ce dispositif souffre toutefois d'un certain nombre d'insuffisances dans sa mise en application pratique et dans les concepts sous-jacents :

- . la lourdeur de la procédure d'entrée en freine l'efficacité, notamment faute de moyens humains convenablement formés et rémunérés ;
- . les clivages administratifs et financiers (état, département, sécurité sociale) entraînent une rigidification du processus ;
- . la prise en charge des adultes reste un problème très difficile en raison de la pénurie d'institutions spécialisées ;
- . les textes concernant l'accessibilité pour les handicapés-moteurs restent très mal appliqués ;
- . l'intégration professionnelle est nettement en retard par rapport aux objectifs fixés par la loi - mais étaient-ils réalistes ? -, les entrepreneurs préférant souvent payer l'indemnité compensatrice plutôt que d'embaucher des travailleurs handicapés ;
- . l'intégration scolaire est, elle aussi, insuffisante ;

 (1) De 5 millions à 800 000 selon que l'on considère l'ensemble de la population

atteinte d'un handicap ou que l'on se limite à la population recevant des prestations d'aide sociale.

- . bien que la loi de 1975 soit améliorée par le concept d'incapacité ou de désavantage social, la vision et la pratique des professionnels sont trop souvent dominées par celle de déficience. Il en résulte une sous-estimation fréquente de la sévérité des handicaps mentaux et des conséquences familiales et environnementales du handicap ;
- . l'intégration sociale de la personne handicapée est trop souvent considérée comme un tout ou rien, alors qu'il s'agit d'un processus qu'il faut accompagner. Ceci se traduit par un accent considérable mis sur les institutions pour personnes handicapées (dont il existe une panoplie très diversifiée), et amène à laisser de côté une politique d'accompagnement largement développée dans nombre de pays étrangers ;
- . la prédominance justifiée donnée au traitement social du handicap amène à négliger, voire à rejeter, les préoccupations sanitaires, alors que la personne handicapée peut avoir des problèmes de santé d'ailleurs mal connus, qu'elle connaît le vieillissement, et que la frontière entre maladie et handicap n'est pas toujours aussi nette qu'on le proclame souvent ;
- . le dispositif législatif et réglementaire français amène à séparer la prise en charge des personnes handicapées devenues âgées de celle des personnes qui, du fait de leur âge, deviennent frappées d'incapacité ou de dépendance. Les besoins des unes et des autres peuvent se ressembler et pourraient conduire à uniformiser la prise en charge ; ceci est très controversé : les personnes en situation de handicap vieillissent comme les autres, mais leur processus de vieillissement est encore mal connu ; il est donc souhaitable que le système actuel perdure, ce qui permet au handicap apparu avant 60 ans, une fois ce cap passé, de continuer de ressortir de la loi 1975 ; celle-ci devrait être aménagée en ce sens.

La représentation sociale des personnes handicapées a fait, semble-t-il, des progrès sensibles. L'opinion accepte assez bien les handicapés moteurs et/ou sensoriels, en qui elle voit volontiers le prototype du handicap (bien que ces personnes ne représentent ensemble que moins

de 20 % des handicapés). La tolérance reste très médiocre pour les poly-handicapés, et pour les personnes déficientes mentales.

Les employeurs restent très réticents, et les architectes ont mal intégré les exigences d'accessibilité.

La connaissance concernant le handicap est insuffisante :

- . l'épidémiologie reste à faire ; faute d'avoir mis en place un système d'information adéquat lors de la mise en place de la loi de 1975, les enquêtes existantes sont partielles et traitées avec retard ; sauf exception, il n'y a pas eu d'enquête en population générale ;

- . la recherche est extrêmement déficiente, qu'il s'agisse, entre autres, de la représentation sociale, de l'économie du handicap, ou du vieillissement des personnes handicapées.

Pour que les personnes handicapées, y compris du fait de l'âge, puissent avoir aussi le maximum d'autonomie, il convient :

- . de veiller au meilleur respect et à une meilleure application de la législation existante ;

- . de rattraper le retard important dans la prise en charge des personnes handicapées adultes ;

- . de favoriser une authentique politique d'accompagnement et d'insertion, tant auprès des personnes handicapées que des personnes qui les accueillent ;

- . de créer des environnements qui suppriment les barrières architecturales, qu'il s'agisse des lieux publics, des logements, de la voirie, des transports ;

- . de promouvoir les attitudes positives à l'égard des personnes handicapées, par des actions de sensibilisation et d'information du public (famille, proches, enfants à l'école, employeurs) ;

- . de mobiliser les capacités restantes par des programmes de réadaptation et de soutien social et affectif, et d'offrir les services et soutiens appropriés à ceux qui n'ont pas les capacités fonctionnelles pour accomplir les activités de la vie courante, ainsi qu'à leur entourage ;

. d'assurer une meilleure complémentarité des politiques sociales et des politiques de soins, car les handicaps ne sont pas du seul ressort du traitement social ;

- . de faire un effort de formation des professionnels (médecins, éducateurs, psychologues, para-médicaux, maîtres de l'Éducation nationale, architectes et urbanistes), en favorisant l'acquisition à un niveau différent suivant le cas, d'une vraie culture du handicap ;
 - . d'améliorer la connaissance épidémiologique et scientifique du handicap ;
 - . d'entreprendre une évaluation de l'ensemble des politiques publiques en faveur des personnes handicapées.
-

Buts selon les groupes d'âge

Ce découpage fixe des limites arbitraires, plus administratives que sociales et ne tient pas compte du fait que la santé s'inscrit dans un processus se déroulant tout au long du cycle de la vie.

De la conception à la fin de la première année de vie

La population française continue à croître, mais ne renouvelle pas ses générations avec les quelque 750 000 naissances annuelles.

Parmi ces naissances (dont 5 000 par procréation médicale assistée), on compte 75 000 nouveaux-nés malades (40 000 prématurés, 20 000 hypotrophes, 15 000 malformés sévères), 5 000 mort-nés et 7 000 décès au cours de la première année. De plus, 130 à 140 femmes meurent encore à la suite des complications de leur grossesse et de leur accouchement.

Une part importante de ces faits négatifs est évitable. On sait de plus en plus que la santé du fœtus, du nouveau-né et du jeune enfant conditionne de façon importante la santé de l'enfant et de l'adulte qu'il sera.

En ce qui concerne la mortalité maternelle, la France est mal placée par rapport aux autres nations développées. Cette mortalité évitable relève de fautes et/ou d'insuffisances dans les soins et la prise en charge et au moment de l'accouchement.

Les indicateurs de la mortalité du petit enfant ont montré une diminution importante depuis 20 ans. Cette régression continue, sauf la mortalité postnéonatale qui reste stable. Comparée à d'autres pays, la France est raisonnablement bien placée, mais toutefois dépassée par une dizaine d'entre eux. Les disparités régionales sont importantes et injustifiées. Les mortalités du petit enfant ont connu dans les DOM-TOM une régression spectaculaire, mais restent dans l'ensemble supérieures à celle de la France métropolitaine (sauf pour la Réunion).

La morbidité périnatale se résume en trois notions : prématurité, petit poids, handicap.

Le taux de prématurité a considérablement baissé et est l'un des meilleurs du monde, mais des disparités régionales subsistent, notamment en France d'outre-mer. Par contre la distribution du poids de naissance et le taux de handicap n'ont pas changé notablement.

Pour la morbidité comme pour la mortalité, les facteurs économiques, sociaux et culturels sont à l'origine d'inégalités importantes.

La "prévention" des affections congénitales (malformations, maladies génétiques ou handicaps : 4% des naissances vivantes) passe par le diagnostic anténatal et d'éventuels conseils d'interruption médicale de grossesse, dans la mesure où la plupart ne sont pas curables. Les techniques du diagnostic prénatal méritent d'être améliorées et/ou évaluées. Notamment la qualité de l'échographie obstétricale est trop souvent insuffisante faute d'une formation adéquate. Le dépistage de la trisomie 21 doit être réévalué dans ses modalités d'indications, compte tenu de la multiplication des signes d'appels. Quant aux affections autosomiques récessives (mucoviscidose et hémoglobinopathies notamment), le problème du dépistage en population se pose, mais aucune décision ne peut être prise avant une évaluation multidisciplinaire rigoureuse.

Il ne faut pas oublier que la prévention prénatale pose de redoutables problèmes éthiques, qu'il faut respecter au maximum la liberté des parents, et rester méfiant vis-à-vis de l'effet pervers d'une rationalité reposant uniquement sur un critère économique, ou de celui de l'idéologie de l'enfant "parfait".

La mortalité postnéonatale stagne depuis 7 ans. Il faut s'interroger sur cette stabilité. Le problème majeur semble être celui de la mort subite, concept tiroir qui mériterait d'être démembré et analysé dans ses étiologies.

La technicisation et la médicalisation font courir le risque d'une désappropriation des usagers dans le domaine de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance.

En ce qui concerne les personnels, il faut souligner le déficit démographique en gynéco-obstétriciens, anesthésistes et pédiatres, l'absence de reconnaissance et de statut de la discipline génétique médicale.

Dans le domaine des connaissances, il faut insister sur l'insuffisance de l'évaluation des pratiques médicales, des pratiques de dépistage.

Les sommes consacrées à la prévention maternelle et infantile et à l'aide sociale à l'enfance se montent à quelque 25 milliards de francs sans faire l'objet d'une évaluation des procédures et des résultats.

Buts - Objectif - Actions

Le but est de **réduire mortalité et morbidité**, en rapprochant la France des meilleurs résultats internationaux, et en atténuant les disparités sociales et géographiques (avec une mention spéciale pour les DOM-TOM).

L'objectif d'amélioration du suivi de la grossesse nécessite des mesures telles que :

- . une meilleure couverture géographique des actions ciblées sur les groupes sociaux à risque, la mise en place de réseaux et filières, y compris l'équipe obstétricale, pour assurer la continuité du suivi, le développement des structures et actions de PMI, ce qui nécessite une meilleure collaboration entre les niveaux administratifs et les acteurs de terrain concernés ;
 - . favoriser les accouchements programmés avec transfert des femmes et ainsi éviter le transfert des nouveaux-nés ;
 - . amener les maternités à se doter de la présence permanente sur place de spécialistes qualifiés en gynéco-obstétrique, en anesthésie et de pédiatres compétents en néonatalogie ; doter certaines d'entre elles d'unités de réanimation néonatalogique ;
-

. se donner les moyens d'évaluer les actions entreprises.

Parmi les **moyens** à adopter :

- a) revoir en profondeur le système d'information sanitaire, qui est déficient ;
- b) réformer la formation des personnels : sages-femmes, travailleurs sociaux et médecins. Parmi ceux-ci, il convient d'augmenter rapidement le nombre de gynéco-obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, de donner reconnaissance et statut à la discipline de génétique médicale, de formaliser la formation en néonatalogie et en échographie obstétricale ;
- c) favoriser la recherche pour compenser l'insuffisance de connaissances objectives, nécessaires à la définition de la politique. En particulier, il convient :
 - . d'évaluer certaines pratiques médicales (césariennes, techniques de procréation médicalement assistée) ;
 - . d'évaluer et de définir certaines pratiques de dépistage (trisomie 21, mucoviscidose, hémoglobinopathies...) ;
 - . d'évaluer les interventions médico-sociales d'aide à l'enfance et de protection maternelle et infantile (efficacité des procédures, des résultats et coût).
- d) un gros effort d'information d'éducation et d'appropriation des usagers doit être fait. Il doit être intersectoriel (l'Education nationale, la Politique de la ville et de l'intégration doivent agir aux côtés de la Santé) ;
- e) un effort doit être fait aussi pour sensibiliser les élus départementaux et municipaux aux problèmes de la santé de l'enfant ;
- f) une formation des professionnels dans le domaine de l'éducation pour la santé doit être plus largement développée.

Santé des enfants et des jeunes (1 à 20 ans)

L'enfance et l'adolescence sont les périodes du développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire, plus ou moins important, de l'intégration à la vie sociale, plus ou moins réussie. C'est aussi un moment d'identification personnelle et sociale et celui où achève de se constituer le capital-santé. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable (et apparemment peu menacé si l'on se réfère aux chiffres de mortalité et morbidité particulièrement faibles), mais il risque d'être dilapidé par négligence, ignorance ou par des conduites à risques, dilapidation qui peut accumuler des facteurs de risques pour les stades ultérieurs de la vie.

La santé de l'enfant

Pour ce qui est de l'enfance, les questions de santé sont marquées par la dépendance totale de l'enfant vis-à-vis du groupe (famille avant tout, milieu scolaire, associations et clubs). C'est aussi une période de vulnérabilité et de recherche de cohérence dans les repères apportés par la famille et les éducateurs.

Les problèmes de santé dûment identifiés sont les accidents domestiques⁽¹⁾ (chutes, ingestion de toxiques, brûlures), les problèmes infectieux (maladies traditionnelles en recul grâce aux progrès de la vaccination, méningites virales ou bactériennes, affections ORL, parasitaires, et plus récemment remontée de la tuberculose), les cancers (deuxième cause de décès), les déficits sensoriels, moteurs ou de langage, ainsi que les anomalies et les caries dentaires. La maltraitance qui inclut les violences physiques, les punitions et exigences excessives, les abus et sévices sexuels, sans omettre les négligences, constitue un groupe de problèmes qui s'impose de plus en plus, sans qu'on sache le mesurer avec précision (les chiffres de 40 à 50 000 cas annuels et de 300 à 600 décès sont avancés comme vraisemblables).

(1) entre 700 et 800 décès par an, entre 1 et 15 ans.

Enumérer ces problèmes et agir de façon simultanée contre chacun d'eux est indispensable, mais ne suffit pas à définir une politique globale de santé de l'enfance. Cette santé est menacée par le mal-être de la société où il vit (les problèmes précédents ne sont parfois que des symptômes de ce mal-être). La santé de l'enfant pose donc d'une certaine façon le problème de l'organisation sociale toute entière. Tout particulièrement, elle dépend de la qualité du milieu familial où il évolue. Trop d'enfants, spécialement des milieux défavorisés, se trouvent menacés d'abandon social et font l'expérience précoce de la marginalité. C'est une forme de l'enfance en danger qui dépasse le domaine strict de la pathologie et de la maltraitance.

La santé des jeunes de 15 à 20 ans

Ils constituent la classe d'âge où la morbidité par maladies est la plus faible, mais qui est la plus exposée aux conséquences des conduites à risques (accidents, drogues, violence, suicides...). La France est le pays de la CEE où la morbidité et la mortalité des jeunes sont les plus élevées, notamment du fait des accidents de la circulation et des suicides⁽¹⁾. Depuis 25 ans, cette mortalité a plutôt augmenté, alors qu'elle diminue pour les autres classes d'âges. Elle va de pair avec une nette surmortalité masculine.

La jeunesse se caractérise aussi par la prise d'une certaine indépendance et la méfiance à l'égard des autorités établies. Celles de la santé n'y échappent pas d'où une propension à éviter les professionnels de la prévention et des soins, ce qui contribue à une mauvaise connaissance de l'ampleur des problèmes et à l'absence d'intérêt pour son capital-santé.

(1) 4 000 tués et 18 000 blessés graves sur les routes en 1989, environ 1 000 décès par suicides et 40 000 tentatives.

La jeunesse est aussi le moment du démarrage dans la vie sociale, et c'est à ce moment que peuvent s'exprimer les facteurs critiques que sont l'échec scolaire, l'absence de qualification, de motivations personnelles, de débouchés professionnels, de soutien familial, le tout aggravé par l'absence d'adhésion à un idéal collectif. Dans ces conditions : à quoi bon la santé, à quoi bon l'éducation, etc. Santé, travail, alimentation, logement, stabilité familiale constituent alors un ensemble de fonctions dépendantes : l'effondrement de l'une (le plus souvent la famille ou le travail) entraîne celui des autres. C'est alors qu'apparaît le risque d'inadaptation sociale avec ses multiples conséquences de manque de débouché professionnel, de précarité du cadre de vie pouvant conduire, au moindre mal, à une vision pessimiste et méfiante vis-à-vis du monde des adultes, au pire à la toxicomanie et à la délinquance. L'ensemble des facteurs défavorables se cumule dans des groupes sociaux bien identifiés : jeunes des banlieues défavorisées par exemple.

Le phénomène, peu important sur le plan quantitatif, prend une valeur hautement symbolique du mal-être d'une grande partie de la jeunesse, et du jugement que la société porte sur elle-même.

On conçoit dans ces conditions que les indicateurs de type épidémiologique soient insuffisants. Des indicateurs de comportements seraient plus pertinents, révélateurs d'attitudes plus que d'états. C'est dire aussi que la santé des jeunes comme celle des enfants doit être abordée de façon globale.

Toute politique globale en faveur de l'enfance et de la jeunesse est menacée par la balkanisation et la compétition jalouse des acteurs (par exemple le transfert de l'ASE, de la PMI et du service social aux départements, le "retour" de la santé scolaire à l'Éducation nationale nous ont éloigné de l'idée d'un service unifié de l'enfance, caressée à la fin des années 70) ; ajoutons la compétence enchevêtrée et superposée des ministères chargés de la famille, de la ville, de l'intégration, de l'environnement, de la sécurité, et de la justice...

Buts - Objectifs - Actions

Ces constats concernant l'enfance et les jeunes conduisent à proposer les buts suivants :

1) Amener la jeunesse à ne pas dilapider son capital-santé

Ceci peut être atteint si :

- on développe dès le plus jeune âge une culture du corps qui engage l'avenir ;
- se développent les actions de promotion de la santé vers les jeunes en intégrant la dimension santé dans les programmes locaux d'amélioration du cadre de vie ;
- sont valorisées les habitudes de vie saine, et renforcées les capacités des gens à prendre en charge leur propre santé par des programmes pluridisciplinaires ;
- on favorise l'autonomie des jeunes dans le domaine de la couverture sociale.

2) Diminuer les conséquences néfastes pour la santé des conduites à risques

On peut y parvenir si :

- des actions éducatives sont entreprises dès l'école primaire ;
 - les conduites à risque sont encadrées par des animateurs et éventuellement dans des lieux particuliers (circuits motos, espaces sportifs...);
 - des conduites risquées positives sont valorisées ;
 - le développement des activités sportives se fait en dehors d'une idéologie de compétition.
-

3) Améliorer l'efficacité du dispositif de prévention sanitaire

En particulier :

- en menant à son terme le programme de vaccinations (notamment ROR) ;
- en définissant des programmes d'amélioration de l'état de santé ciblés sur les problèmes souvent méconnus (déficience sensorielle, accidents domestiques, troubles du comportement chez les jeunes) et les populations peu suivies.

4) Renforcer les actions de soutien aux jeunes en difficulté

Ceci est possible si les mesures prises facilitent :

- l'acceptation de ce soutien ;
- le partenariat entre les différents acteurs et institutions ;
- le maintien des solidarités entre générations et entre pairs.

5) Renforcer l'efficacité de l'intervention des administrations

- en facilitant le partenariat aux différents niveaux territoriaux entre les secteurs concernés ;
- en développant des programmes reposant sur des objectifs de santé et élaborés par des groupes de réflexion et d'action transversaux ;
- en évaluant les résultats de ces programmes et d'une façon plus générale en évaluant l'efficacité de l'ensemble des dispositifs très nombreux déployés en faveur des jeunes et des enfants (PMI, aide sociale à l'enfance, dispositif enfance en danger, santé scolaire) ; cette évaluation doit être d'emblée transsectorielle.

6) Mobiliser l'ensemble des acteurs : professionnels et population

Ce but peut être atteint si :

- des professionnels sont formés spécifiquement aux réponses aux problèmes des jeunes ;
-

- l'ensemble des professionnels sanitaires et sociaux est sensibilisé à ces problèmes ;
- des programmes éducatifs spécifiques sont largement diffusés ;
- la participation des pairs aux différentes actions est encouragée.

7) Développer des actions de recherches

On peut citer à titre d'exemples non exhaustifs :

- une meilleure connaissance des rythmes de vie, tant ceux de l'enfant que ceux de l'adulte ;
- une évaluation plus précise de l'importance quantitative de certains problèmes de santé (toxicomanies, maltraitance, par exemple) ;
- une meilleure connaissance des comportements des jeunes, de leurs déterminants et de leurs conséquences ;
- une méthodologie d'évaluation des actions d'éducation et de promotion.

Une telle politique doit donc être largement multisectorielle, avec un accent tout particulier pour la politique familiale.

Santé à l'âge adulte

L'âge adulte, défini un peu arbitrairement dans les statistiques comme la période de la vie allant de 15 à 64 ans, se caractérise socialement en général par l'exercice d'une activité professionnelle et/ou domestique et par la fondation d'une famille. Sur le plan de la santé, c'est une période où les accidents et maladies mortelles devraient être rares mais aussi où apparaissent les premiers effets des maladies chroniques dégénératives dont l'expression est souvent latente.

Il existe cependant, à cet âge, des situations ou des comportements fortement pathogènes et de nature à provoquer l'apparition de problèmes de santé marqués. Il peut s'agir de conditions de travail pénibles ou exposant à des produits dangereux⁽¹⁾, de consommation de tabac ou d'alcool en excès, de conduite routière dangereuse, etc.

L'individu parcourt une trajectoire, tout au long de laquelle se produisent des événements, dont certains s'avèrent déterminants sur sa santé. Ils surviennent volontiers en cascade, et lors de périodes critiques. Ces situations ne sont pas réparties uniformément dans la population tant au regard du sexe, de la catégorie socioprofessionnelle que de la région. Leur caractéristique commune est d'être à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité prématurées mais aussi, le plus souvent, évitables.

Le concept de mortalité prématurée est un concept essentiellement basé sur l'âge au décès. Quand l'espérance de vie à la naissance dépasse 72 ans chez les hommes et 80 ans chez les femmes comme c'est le cas en France, les décès survenant entre 15 et 64 ans peuvent être considérés comme prématurés. Actuellement, près de 120 000 adultes meurent chaque année en France, soit l'équivalent de villes comme Rouen, Orléans ou Perpignan. Ce nombre représente environ 22% de l'ensemble des décès. Toutefois, cette proportion diffère fortement selon le sexe.

(1) Ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles est envisagée dans la santé des travailleurs.

La mortalité prématurée dépasse 30% chez les hommes et n'atteint pas 14% chez les femmes. Entre 15 et 64 ans, la mortalité masculine est deux à trois fois supérieure à celle de la femme. Cette situation explique en grande partie l'écart de 8,2 ans séparant en France l'espérance de vie à la naissance des hommes de celle des femmes.

Cette différence est l'une des plus élevées dans le monde. La lutte contre la mortalité prématurée concerne donc d'abord les hommes. Quatre grands types de causes sont à l'origine d'environ 80% de la mortalité entre 15 et 64 ans. Il s'agit des tumeurs dont la plupart sont liées à la consommation d'alcool et de tabac, des accidents et morts violentes, des maladies de l'appareil circulatoire, et des décès directement attribués à une consommation excessive d'alcool. La plupart de ces maladies sont évitables.

Les causes de mortalité "évitable" sont définies comme des causes de décès qui, compte tenu des connaissances médicales et de l'état du système de soins, devraient pouvoir être évitées du moins avant 64 ans.

Un premier regroupement d'affections ("décès liés à des insuffisances du système de soins") représente annuellement 5% du total des décès annuels et 19% des décès entre 0 et 64 ans⁽¹⁾.

Un second regroupement ("décès liés à un défaut de prévention primaire") représente 8% du total des décès annuels et 32% des décès entre 0 et 64 ans⁽²⁾.

(1) Par exemple en 1990, on a observé 18 morts maternelles pour 100 000 naissances (ce taux est de 7 à 10 pour 10 000 naissances en Europe du Nord), 160 décès par appendicite, hernie abdominale et cholélithiase, 190 décès par maladie de Hodgkin, 220 décès par tuberculose, 1 000 décès par cancer de l'utérus, 4 200 décès par cancer du sein et 470 décès par asthme.

(2) En 1990, on a observé entre 15 et 64 ans 8 700 décès par cancer du poumon, 7 200 décès par cancer des voies aérodigestives supérieures, 8 000 décès directement dus à l'alcoolisme, 8 200 décès par accident de la circulation et 8 000 suicides.

Le sexe masculin est sur-représenté au sein des causes de décès "évitables" : 80% des décès inclus dans l'indicateur "prévention primaire" touchent des hommes (57% en ce qui concerne l'indicateur "système de soins"). On note également une distribution géographique très inégale de ces causes de décès (en particulier, la région Nord-Pas-de-Calais se signale par des fréquences élevées pour la plupart des causes).

Depuis une dizaine d'années, on constate une tendance générale à la décroissance des taux de décès correspondant à l'indicateur "système de soins" (à l'exception de l'asthme et du cancer du sein). Par contre, pour les indicateurs de "prévention primaire", on observe la forte progression des cancers des voies aérodigestives supérieures chez les femmes et surtout du cancer du poumon pour les deux sexes (+15% chez les hommes et + 35% chez les femmes).

L'inégalité sociale devant la mort ne se réduit pas. Les études longitudinales menées à partir d'échantillons de population issus des recensements montrent qu'à 35 ans les hommes des catégories sociales les plus favorisées ont une espérance de vie supérieure de 8 ans à ceux des groupes les plus défavorisés. Les écarts vont dans le même sens chez les femmes mais sont nettement moins importants. Les différences sociales sont également très marquées dans la répartition des causes de décès (notamment pour certaines localisations de cancers, les morts violentes et même pour les cardiopathies ischémiques).

Buts - Objectifs - Actions

Les buts suivants peuvent être retenus :

1) Diminuer la mortalité prématurée à l'âge adulte.

2) Diminuer les écarts de mortalité entre sexes, groupes sociaux, régions.

Ces deux buts peuvent être atteints si l'on diminue les mortalités évitables.

3) Faire en sorte que l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé soit distribué de façon plus égalitaire.

Le choix d'objectifs précis et d'actions prioritaires dans le temps peut s'appuyer sur des données épidémiologiques et sur la plus grande facilité de mise en oeuvre. Tels sont par exemple :

- le fait que certains déterminants évitables (sous certaines conditions) soient communs (alcool, tabac) à plusieurs causes de décès prématurés (cancers des voies aérodigestives supérieures, cancer du poumon, maladies vasculaires, maladies respiratoires chroniques...) et responsables d'un nombre important de décès ;
- le caractère inacceptable des décès dus à certaines causes ;
- l'évolution dans le temps et dans l'espace (comparaison par rapport aux autres pays et/ou régions) de certaines causes de décès évitables ;
- le fait que les actions à entreprendre ne nécessitent ni acquisition de nouvelles connaissances, ni modification de l'organisation des soins.

La réalisation des buts et des objectifs précis nécessite de :

- . sensibiliser les professions au cours de la formation initiale et continue ;
 - . sensibiliser les décideurs et financeurs par une meilleure information ;
-

. créer les conditions favorisant l'abandon volontaire des comportements nuisibles à la santé en poursuivant l'action réglementaire (sur la publicité, sur les prix pour l'alcool et le tabac, sur la protection des non-fumeurs) en facilitant l'action d'éducation des professionnels (mesures incitatives pour l'action de conseil), en développant la participation de la population à la gestion de sa santé (programmes locaux de promotion de la santé) ;

. développer les actions coordonnées permettant le dépistage précoce (cancers du sein, de l'utérus, de la peau) avec évaluation des programmes ;

. remédier aux dysfonctionnements du système de soins générateurs de mortalité prématurée en développant les procédures d'évaluation, de la qualité des soins ;

. améliorer les connaissances sur l'état de santé des adultes et ses déterminants et leur utilisation, notamment en développant l'utilisation de l'indicateur de morbidité évitable et la construction d'indicateurs permettant d'apprécier la qualité de vie, en développant les recherches sur l'identification des facteurs responsables de surmortalité et sur les inégalités en santé.

Santé et grand âge

L'accroissement de la longévité fait qu'il n'est plus rare d'atteindre un âge avancé et cette tendance ira en s'accroissant. Le grand âge (pris ici arbitrairement comme au-delà de 85 ans)⁽¹⁾ est la période de la vie où la conception de la santé s'éloigne le plus de l'absence de maladies et/ou d'infirmités.

L'environnement, individuel et/ou collectif, joue un rôle majeur en corrigeant ou, au contraire, en aggravant les incapacités fonctionnelles, générant plus ou moins des handicaps. L'âge n'est pas le seul responsable de tous les problèmes rencontrés par les gens très âgés.

L'histoire de la vie, le capital culturel et économique, la plus ou moins grande intégration au milieu environnant, sont également des facteurs essentiels du maintien de l'autonomie, c'est-à-dire du choix de mode de vie⁽²⁾.

La santé est donc, pour la personne très âgée, l'adaptation au milieu et la capacité d'y fonctionner au mieux, compte tenu de ces incapacités⁽³⁾.

De fait, la réponse aux problèmes de santé est multiple : individuelle ou collective, médicale, médico-sociale ou sociale.

Le grand âge fait appel, plus qu'un autre, aux valeurs de solidarité, de liberté et d'égalité.

La solidarité ne concerne pas seulement la protection sociale institutionnelle, mais aussi les solidarités de voisinage, familiale notamment. Cette solidarité implique de remédier à l'éclatement du dispositif professionnel et institutionnel, mais aussi de la reconnaissance

(1) En 1968 il y avait 400 000 personnes âgées de 85 ans et plus (0,8 % de la population), en 1990 il y en a plus de 1 million (1,8 % de la population).

(2) 20 % de ce groupe vit en institution.

(3) 15 à 20 % des hommes et 25 % des femmes vivant à domicile y sont confinés.

de la complémentarité professions et institutions d'une part, de l'entourage d'autre part, laquelle est souvent ignorée ou négligée.

La liberté suppose que soient pris en compte les désirs des personnes très âgées, tant par l'environnement social que par les professionnels et les institutions. Ceci est particulièrement vrai du choix du domicile, qui doit être favorisé par une adaptation des lieux de vie et le maintien des services collectifs.

L'égalité suppose qu'un minimum de services collectifs soit assuré. Mais elle suppose aussi que l'aide soit personnalisée, tenant compte du parcours de vie de la personne âgée et des problèmes environnementaux, psychologiques et médicaux du moment.

Les buts suivants peuvent être retenus :

- 1) **Maintenir et améliorer la qualité de vie des personnes du grand âge** en favorisant l'autonomie et la participation à la vie collective, en prévenant les effets fonctionnels du vieillissement, en réduisant les conséquences sociales des incapacités, notamment par l'aménagement du cadre de vie individuel et collectif.
 - 2) **Développer le partenariat pour la santé du grand âge** et favoriser la complémentarité effective entre les dispositifs institutionnels de soins et d'aide, et les solidarités familiales et de voisinage en multipliant les actions intersectorielles et inter-âges à tous les niveaux.
 - 3) **Faire bénéficier les personnes du grand âge handicapées**, au même titre que les autres handicapés, **d'allocations en espèces et de services** au sein de la collectivité, de qualité élevée, tenant compte de besoins spécifiques éventuels.
-

Ce but signifie que toute personne, indépendamment de son âge, doit pouvoir bénéficier d'une exploration ou d'un traitement lorsqu'elle a fait preuve de son efficacité pour améliorer la santé et que cette exploration et ce traitement doivent être assurés dans des conditions optimales, notamment d'efficience.

La réalisation des buts ci-dessus nécessite :

4) **de mobiliser des acteurs** : professionnels et population, ce qui implique que :

- la formation de tous les personnels mette l'accent sur l'approche multidimensionnelle du handicap sans négliger la prise en compte du grand âge, sur l'évaluation de leurs pratiques, sur la connaissance du dispositif institutionnel de prise en charge individuelle ;
- l'on cherche à modifier les représentations du grand âge en introduisant de nouvelles images dans les différentes formes d'éducation, notamment dans les supports audiovisuels et écrits.

5) **de développer l'acquisition et l'utilisation des connaissances** sur le grand âge par :

- des recherches sur le grand âge, notamment ayant trait à la santé, à la qualité de vie, aux représentations sociales ; sur l'analyse et l'évaluation des politiques sociales et du fonctionnement des dispositifs institutionnels ; ceci implique l'association des acteurs de terrain aux chercheurs et aux gestionnaires dans la définition des stratégies et des priorités en matière de recherche ;
 - la valorisation de ces recherches auprès des décideurs et des financeurs nationaux et locaux, en assurant une meilleure information et une meilleure coopération.
-

Buts selon les pathologies

Maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires occupent numériquement la première place parmi les causes de maladies⁽¹⁾ (36,5 %), mais les taux concernés observés selon l'âge sont très différents, ce dont témoigne l'inégale distribution des décès : 25 % surviennent chez les personnes âgées de moins de 75 ans et 75 % au-delà.

Au cours de la décennie 1980-90, la mortalité d'origine cardio-vasculaire a globalement baissé de 14 %, surtout chez les sujets de moins de 75 ans (34 % de diminution contre 5 % chez les plus de 75 ans). Le bénéfice obtenu est le résultat d'une meilleure prise en charge de la maladie coronaire, en particulier des accidents aigus (infarctus du myocarde), d'un meilleur contrôle de l'hypertension artérielle et de modifications des habitudes de vie individuelle. D'importantes disparités régionales (entre le Nord et le Sud de la France) persistent en ce qui concerne la mortalité d'origine coronaire et la prévalence de l'hypertension artérielle sans que l'on puisse faire la part de ce qui revient à des différences dans les modes de vie (habitudes alimentaires par exemple) ou dans la distribution des catégories sociales.

L'évolution au cours de la décennie écoulée de la mortalité par accident coronaire aigu montre que la durée de la période séparant l'accident de l'accès aux soins reste trop longue.

Parmi les décès imputables aux maladies cardiaques, la mort subite occupe une place de plus en plus importante, actuellement environ un décès sur deux. Ces morts, se produisant en règle générale en dehors des structures hospitalières, sont mal documentées et les caractéristiques de cette population, mal connues.

(1) environ 175 000 décès en 1990.

La cardiologie est une discipline dont le développement a été rapide depuis 20 ans, se traduisant notamment, outre l'augmentation du nombre de praticiens, par celle du volume des actes, par l'extension des techniques disponibles et leur diffusion à la population très âgée. Une telle situation soulève le problème de l'évaluation des pratiques et du bon usage des techniques, notamment chez les gens très âgés pour lesquels le rapport bénéfice-risques est proche de l'équilibre.

Buts - Objectifs - Actions

- 1) **Diminuer les morts évitables d'origine cardiaque** en permettant l'accès aux soins le plus précocement possible pour les accidents coronaires aigus par :
 - une meilleure organisation du système médical d'urgence,
 - une meilleure sensibilisation des professionnels à ce problème (dans la formation initiale et continue à l'urgence),
 - une meilleure information du public.

 - 2) **Améliorer l'efficacité et la qualité des soins en cardiologie** :
 - en facilitant l'élaboration de modèles diagnostiques et thérapeutiques, les stratégies pour les mettre en place, leur évaluation en terme de résultats et de coûts ; en évaluant les programmes de prévention,
 - en recherchant le consensus des professionnels sur des normes de qualité et de sécurité visant à garantir résultat et qualité de vie,
 - en définissant les stratégies à mettre en place pour mieux coordonner le développement conjoint des actions de prévention et de soin.

 - 3) **Améliorer les connaissances sur les maladies cardiovasculaires, leurs déterminants et leurs conséquences** :
 - en développant des programmes, notamment épidémiologiques, sur une meilleure identification des déterminants de la mort subite, des inégalités régionales de mortalité, des disparités dans la prévalence de certains facteurs de risque.
-

Maladies infectieuses et sexuellement transmissibles (MST)

La spectaculaire régression de beaucoup de maladies infectieuses est pour une large part liée à un ensemble de mesures prises par les pouvoirs publics. Ces mesures de lutte ont toujours eu un caractère pluraliste : protection des personnes exposées (par exemple par la vaccination), action sur la transmission des agents infectieux (hygiène de l'eau, suppression des vecteurs...), isolement et traitement des malades. Elles se sont appuyées sur un arsenal réglementaire important et un dispositif épidémiologique d'alerte, de suivi et d'intervention régulièrement mis à jour. Les résultats acquis sont dus aux efforts des usagers, des acteurs professionnels de terrain, de l'administration responsable de la santé publique.

Il reste deux domaines où les démarches suivies ne sont pas efficaces : celui des **infections nosocomiales** et celui des **MST**.

Les premières sont au premier rang de la pathologie infectieuse par leur gravité et représentent un surcoût important pour le secteur hospitalier.

Les moyens budgétaires et humains destinés à lutter contre ce problème endémique restent faibles et les dispositions réglementaires centrées sur les comités de lutte contre l'infection nosocomiale (CLIN) peu opérantes ; le soutien de l'ensemble des acteurs hospitaliers manque. Pourtant les moyens efficaces pour réduire le taux d'infection sont connus, comprenant notamment une bonne surveillance épidémiologique, le suivi des résistances microbiennes aux antibiotiques.

L'organisation de la prévention du traitement des MST non VIH souffre d'un dispositif législatif obsolète et de structures mal adaptées (les dispensaires antivénéériens), et se heurte aujourd'hui à la résistance de plusieurs agents aux traitements anti-infectieux.

Cette situation conduit à proposer les **objectifs** suivants :

- 1) **Diminuer l'incidence des infections nosocomiales**
en faisant de la lutte contre elles une action prioritaire, ce qui implique :
 - de fixer des objectifs chiffrés ;
 - d'introduire des moyens supplémentaires dans les budgets hospitaliers ;
 - de trouver des incitations pour mobiliser les acteurs concernés ;
 - de mieux former les personnels concernés.

 - 2) **Diminuer l'incidence des MST**
en développant des actions de prévention, ce qui implique :
 - des campagnes promouvant une sexualité saine (avec fixation des objectifs et évaluation) ;
 - des recherches sur les modifications de comportement sexuel dangereux et des gestes à risques ;
 - l'adaptation du dispositif législatif ;
 - la transformation des dispensaires antivénéériens ;
 - l'amélioration de la surveillance épidémiologique.
-

Cancers

Le cancer est en France à l'origine de 25 % de l'ensemble des décès⁽¹⁾. Cette proportion atteint 32 % chez les hommes, proportion élevée par rapport à celle des autres pays européens. La mortalité globale standardisée par âge est supérieure d'environ 10 % à celle des pays nordiques. Le nombre de décès dus au cancer devrait augmenter dans l'avenir, compte tenu du vieillissement prévisible de la population.

La fréquence chez l'homme des cancers de l'oesophage et des voies aérodigestives supérieures est en France la plus élevée de tous les pays européens. Ceci montre le poids de l'imprégnation alcoolo-tabagique.

La consommation d'alcool tend à diminuer mais demeure la plus élevée d'Europe. Le pourcentage de fumeurs dans la tranche d'âge 15-24 ans est également le plus élevé d'Europe, la mortalité par cancer du poumon ne cesse d'augmenter.

L'exposition aux ultraviolets du soleil est à l'origine de cancers cutanés, notamment des mélanomes. Peu d'efforts de prévention ont été effectués.

La consommation de mammographies et de frottis vaginaux en France est considérable, supérieure aux besoins d'un dépistage satisfaisant des deux grands cancers féminins. Mais ces examens sont souvent faits à des âges et à un rythme inadéquats, ce qui diminue considérablement leur efficacité dans la réduction de la mortalité. Par rapport à des pays comme la Grande-Bretagne, les Pays-Bas et les pays nordiques, le coût est important, les résultats médiocres.

Des expériences pilotes de dépistage du cancer du sein ont été récemment lancées en France, mais beaucoup d'entre elles n'offrent pas les garanties méthodologiques nécessaires. Une grande partie de l'effort financier actuel risque d'être perdue, si les conditions minimales du taux de couverture, du contrôle de qualité des matériels et des interprétations ne sont pas atteintes.

(1) 140 000 décès en 1990.

D'après l'expérience internationale, le cancer du col relève aussi d'une politique de dépistage organisé. Avant de mettre en place des expériences pilotes, il conviendrait de fixer les règles méthodologiques indispensables et de préparer un cahier des charges.

Pour le cancer colo-rectal, l'efficacité du dépistage par l'hémocult n'est pas à ce jour démontrée. Il faut attendre les résultats d'études en cours avant de décider une politique.

Le rôle éventuel de la médecine préventive, notamment grâce à l'identification de facteurs de risque génétique est encore du domaine de la recherche. Celle-ci devrait être soutenue.

Le traitement du cancer requiert une approche multidisciplinaire et des praticiens très expérimentés. Des études internationales ont montré qu'il existe des différences importantes d'efficacité (et de coût, mais sans lien avec l'efficacité) selon les régions, les filières et les centres de soins. La situation française est très contrastée. Nous bénéficions d'un ensemble de centres spécialisés et de départements de cancérologie d'un très haut niveau, mais, inversement, une proportion élevée de malades est traitée dans des centres de soins dont la taille et l'équipement sont sub-optimaux.

Ceci est en partie le résultat d'une balkanisation des moyens, d'une part, de l'existence de plusieurs filières distinctes sans véritable coordination d'autre part. Il en résulte des duplications, des redondances et des manques. De plus, les praticiens traitant un nombre sub-optimal de malades cancéreux éprouvent des difficultés pour se tenir au courant de l'évolution des techniques et des indications.

Buts - Objectifs - Actions

Les buts sont de **diminuer la mortalité par cancer et d'améliorer la qualité de vie de tous les cancéreux.**

Ces buts peuvent être atteints si l'on se fixe pour objectifs :

1) **de diminuer la fréquence des cancers liés au tabac et à l'alcool** en faisant de la lutte contre le tabac une priorité se traduisant par : des mesures d'ordre réglementaire et des programmes d'éducation visant à augmenter la proportion des non-fumeurs et à limiter la consommation excessive d'alcool ; des recherches permettant de mieux connaître les facteurs à l'origine de changements de comportements ;

2) **de réduire la mortalité par cancer du sein et du col** en développant des programmes de dépistage (visant à une meilleure acceptation, répondant à un cahier des charges précis) et de traitement précoce ;

3) **de diminuer les cancers cutanés** en développant des programmes visant à sensibiliser le public aux risques que font courir les ultra-violets, en standardisant les produits protecteurs et en contrôlant les lampes à UV utilisées en cosmétologie ;

4) **d'améliorer les connaissances en matière de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs et leur utilisation** pour qu'elles soient effectivement appliquées à l'ensemble des cancéreux :

- . en développant la recherche clinique (notamment en remédiant aux facteurs qui y font obstacles) ;
 - . en promouvant des actions d'information et de formation (protocoles reconnus par conférences de consensus) auprès des spécialistes, des médecins-conseils de l'assurance maladie et des médecins généralistes ;
 - . en favorisant la collaboration entre spécialistes hospitaliers et généralistes ;
 - . en favorisant le regroupement des moyens et la coordination des centres anti-cancéreux.
-

Santé mentale et suicides

La santé mentale est un grave problème de santé publique par l'importance de la morbidité⁽¹⁾, par l'intensité de la souffrance éprouvée par les malades et leur famille, par l'invalidation sociale considérable induite, par l'ampleur du coût lié à la maladie et aux dispositifs de prise en charge.

* La politique de sectorisation s'est donnée pour objectifs le maintien des malades mentaux dans la communauté et la réduction de leur handicap, en confiant à une même équipe les structures diversifiées de soins, de prévention, de réhabilitation. Les évolutions thérapeutiques, les possibilités offertes par la prévention, le développement des structures de réinsertion sociale, rendent nécessaire un réaménagement de la politique de sectorisation.

* Les situations éprouvantes pour les individus sont de plus en plus nombreuses : modes de vie stressants, chômage de longue durée, isolement social. Elles sont responsables de souffrance psychique et exposent à différents risques : problèmes de santé mentale plus sévères, conduites menaçant la vie comme le suicide, abus de produits toxiques pour la santé (alcool, tabac, drogues) ou menaçant la société comme la violence. Ces situations sont très inégalement réparties (quartiers des banlieues défavorisées, zones de destructuration industrielle).

La maladie mentale fait peur. L'ensemble de la population, les personnels soignants, les décideurs adoptent des attitudes de déni, d'indifférence, de négligence, de rejet ou d'ostracisme. Ceci conduit à un refus ou à un retard dans l'utilisation des structures de soins, à une diminution des problèmes de guérison, à une insuffisance des moyens de toute nature mis à la disposition de la santé mentale.

La formation en santé mentale de l'ensemble des personnels sanitaires en France est très insuffisante notamment celle des médecins et des

(1) Au 15 janvier 1988, il y avait près de 110 000 personnes hospitalisées et 750 000 avaient été prises en charge par les secteurs psychiatriques en 1987.

infirmiers autres que psychiatriques. En outre si les liens entre travaillсанitaire et travail social sont indispensables, les formations n'y préparent guère.

La maladie mentale est susceptible d'altérer gravement les capacités d'un sujet à vivre en société. Il a le droit d'être respecté, soigné et protégé. Or ce droit n'est toujours pas respecté.

Les tentatives de suicides et les suicides sont en constante augmentation, depuis les années 70. Cette évolution est plus particulièrement marquée chez les jeunes, le suicide y est la 2^e cause de mortalité après les accidents (8 % des décès entre 15 et 19 ans et 11 % entre 20 et 24 ans). La France se situe dans une position moyenne par rapport aux pays voisins. On assiste à une augmentation des suicides chez les personnes âgées. Les célibataires sont les sujets les plus exposés au suicide ; de même les catégories sociales les plus démunies ont les taux de suicides les plus élevés. Une certaine négligence vis-à-vis de la pathologie, l'inadéquation des soins immédiats, la non-prise en charge ultérieure des patients après une tentative de suicide, expliquent le taux élevé de récidives, accompagné d'une mortalité plus élevée.

Buts - Objectifs - Actions

Les buts suivants peuvent être proposés :

- . **réduire la prévalence des troubles mentaux,**
- . **améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de tels troubles,**
- . **renverser la tendance à la hausse du nombre de suicides et de tentatives de suicide.**

Ces buts sont possibles si on se fixe pour objectifs :

* de réduire le retentissement psychique de situations éprouvantes pour les individus :

- . en développant des programmes locaux d'éducation pour la santé visant à renforcer l'aptitude des individus à faire face à de telles situations ;
-

- . en améliorant les possibilités de bénéficier d'interventions préventives pour les personnes en situation de crise, de chômage prolongé, ou souffrant d'isolement social ;
- . en développant des actions de soutien aux familles destinées à renforcer les réseaux informels et leur articulation avec les professionnels ;

* de développer sur l'ensemble du territoire des services de santé mentale comprenant services et structures de prévention, de soins et de réinsertion, et de faciliter leur intégration dans la collectivité, leur coordination avec les structures et les professions s'occupant de soins somatiques ;

* d'améliorer la qualité des soins aux malades mentaux :

- . en donnant une formation pas seulement biomédicale mais aussi psychosociale à l'ensemble des personnels des services sanitaires ;
- . en améliorant l'information du public sur la maladie mentale ;
- . en développant des actions d'évaluation et en diffusant leurs résultats ;

* d'améliorer l'attitude de la population et des professionnels vis-à-vis de la maladie mentale :

- . en agissant au niveau des représentations dans les supports éducatifs et informatifs ;
- . en favorisant la participation de la population dans l'accueil de malades mentaux (structures d'hébergement, milieu de travail) ;

* de garantir les droits fondamentaux des malades mentaux, en veillant à leur respect dans la communauté et dans les structures de soins ;

* de développer des programmes nationaux et locaux de prévention et de suivi du suicide, facilitant, notamment, la coordination des intervenants professionnels et bénévoles.

Infection par le VIH

La France est un des pays occidentaux les plus touchés par l'épidémie mondiale⁽¹⁾ ; le seuil épidémique est élevé, plaçant le pays au premier rang européen. L'épidémie est due aux trois principaux modes de contamination : transmission homosexuelle, toxicomanie et hétérosexuelle, la transfusion par voie sanguine étant largement maîtrisée.

Les stratégies de prévention et de prise en charge se caractérisent depuis 1988/89 par une forte mobilisation humaine et financière mais aussi par une conception exigeante de l'éthique et de la solidarité. Elles devraient être adaptées compte tenu du développement prévisible de l'épidémie et des caractéristiques des populations qui constituent actuellement les principaux foyers de virulence de l'infection à VIH. La forte séroprévalence chez les toxicomanes dont l'insertion sociale est fragile et plus généralement les difficultés d'assimilation des messages de prévention par des personnes faiblement intégrées, font déjà du sida une maladie s'ajoutant au cumul des handicaps caractéristiques de la pauvreté.

La réponse des pouvoirs publics, des associations, de la société est émaillée de nombreuses lacunes.

La connaissance épidémiologique souffre des insuffisances significatives de l'outil statistique pour connaître l'importance des groupes à risque, le nombre de sujets séropositifs, l'évaluation de l'impact des politiques de prévention et de la qualité des soins. Le dispositif de dépistage reste à évaluer.

(1) Il y a près de 24 000 cas cumulés de SIDA au 30 septembre 1992. Les régions françaises sont très inégalement touchées. Trois régions, Antilles-Guyane, Ile de France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, sont concernées par 70 % des cas diagnostiqués.

La prévention reste trop centrée sur l'information aux dépens du travail communautaire insuffisamment développé en France, du fait d'une mauvaise connaissance et d'un faible intérêt pour ce type d'action. En ce qui concerne les toxicomanes, les programmes d'échange de seringues et de sevrage en milieu hospitalier, restent expérimentaux et il ne semble pas exister de consensus suffisant parmi les responsables de la lutte contre la toxicomanie sur les mesures à prendre. Les résultats d'une évaluation de l'action de l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS) sont attendus pour alimenter la réflexion sur le contenu des messages et les stratégies de prévention. Le fait d'avoir confié l'essentiel de la prévention de l'épidémie à l'AFLS a freiné l'engagement des ministères concernés pour intégrer la prévention du SIDA dans leurs interventions et du parlement qui n'en a jamais débattu.

En ce qui concerne les soins et le soutien aux malades, le développement actuel du dispositif sanitaire extra-hospitalier ne répond pas à l'attente de ceux-ci notamment en termes de qualité de vie et de soins. Les médecins généralistes sont insuffisamment présents dans le suivi des patients, en particulier ceux qui sont asymptomatiques ou indemnes de complications. Ceci conduit à une mauvaise utilisation des consultations hospitalières et des hôpitaux de jour au détriment des soins pour les épisodes aigus. La stratégie du maintien à domicile s'attaque insuffisamment aux problèmes du logement, des revenus, du soutien psychologique et social.

Buts - Objectifs - Actions

Les buts sont de lutter contre l'extension de l'épidémie, d'améliorer la prise en charge, de protéger la population atteinte d'une discrimination sociale, d'améliorer les connaissances sur la maladie.

*** La lutte contre l'extension de l'épidémie est possible si :**

la prévention est véritablement une priorité se traduisant par la poursuite des campagnes d'information, le développement des programmes au sein des communautés particulièrement exposées, la diffusion de

résultats des programmes expérimentaux (notamment appliqués aux toxicomanes), une sensibilisation renforcée aux problèmes que soulève la maladie (action au sein du système éducatif, dans les médias, dans les formations des professionnels), une participation effective de la population.

* **L'amélioration de la prise en charge est possible**

si l'on fait du maintien à domicile une véritable priorité en développant des programmes permettant à la fois un suivi médical notamment par les médecins généralistes, un soutien psychologique, une action sur l'environnement individuel (logement, réseau social) :

- . on facilite la coopération entre les intervenants à domicile et les services hospitaliers ;
- . on développe des programmes de soins palliatifs en formant les personnels, les réseaux d'entraide et les familles et en levant les obstacles d'ordre institutionnel ou tarifaire ;
- . on renforce la prévention des risques et la sécurité pour le personnel soignant.

* **Protéger la population atteinte de toute discrimination sociale** impose la surveillance de l'application des mesures législatives et réglementaires, une meilleure éducation du public.

* **Améliorer les connaissances sur la maladie** impose la poursuite de l'effort de recherche et d'information : en affinant la connaissance épidémiologique, en choisissant les priorités avec la participation des acteurs de terrain (praticiens et population), en tenant compte des objectifs fixés à la lutte contre la maladie, en diffusant largement les données et les résultats incontestables auprès des décideurs, des professionnels et de la population.

* Des mesures de formation, d'amélioration de l'efficacité administrative (en augmentant la cohérence de l'intervention des différentes institutions et la quantité de personnels techniquement formés) s'imposent pour remplir les objectifs proposés.

II - Soins appropriés

Depuis le milieu des années 70, l'État est confronté, du fait du ralentissement économique, à une double exigence : contrôler les coûts du système de santé tout en maintenant une accessibilité suffisante à des services de qualité pour l'ensemble de la population. Les décisions à prendre pour qu'elles soient respectées, sont rendues difficiles par des facteurs communs à tous les pays : la complexité du système de santé, les incertitudes qui existent quant au meilleur choix et aux effets des actions destinées à résoudre les problèmes de santé (en témoigne la variabilité des résultats et des coûts pour un même problème pathologique), par le développement très rapide des nouvelles technologies, par les attentes de plus en plus grandes de la population vis-à-vis de la technique médicale. Les besoins d'informations sur le fonctionnement et l'efficacité du système sont considérables, l'évaluation médico-économique est un moyen d'y répondre.

Les pouvoirs publics disposent déjà de mécanismes réglementaires censés suivre une évaluation des innovations médicales (procédures d'autorisation de mise sur le marché et de pharmacovigilance pour le médicament, d'homologation des matériels biomédicaux). Des évaluations administratives auxquelles sont soumises les médecins existent également (tableaux statistiques d'activité des praticiens libéraux ; l'allocation des ressources par groupes homogènes de malades s'apparente à l'évaluation lorsqu'elle compare les écarts entre services ou établissements). Enfin un certain nombre de conférences de consensus visent à faire la synthèse de l'état de l'art dans un domaine médical et à faire connaître leurs conclusions aux praticiens, aux décideurs/financeurs, à la population. L'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) a été créée en 1990 pour donner un cadre méthodologique à ces notions nouvelles et développer ces actions. Mais force est de reconnaître que les effets de l'évaluation restent modestes dans le développement contrôlé des

nouvelles technologies, dans la surveillance de iatrogénie (qui ne cesse d'augmenter) et dans les modifications des pratiques. D'une façon générale, comme d'ailleurs dans tous les pays développés, l'évaluation n'est pas encore devenue un outil habituel d'aide à la décision médicale ou administrative.

D'autres facteurs particulièrement marqués en France constituent d'importants handicaps. Ils sont d'ordres culturel et structurel.

Malades et médecins sont prisonniers d'une vision selon laquelle la médecine peut tout guérir, vision à laquelle contribuent les médias en ne montrant que les dernières prouesses techniques. Là où une information ou une éducation permettrait au malade de comprendre que son problème relève d'une modification de son comportement ou de son environnement, c'est une prescription souvent peu efficace et coûteuse qui est donnée. Là où il faudrait agir sur le cadre de travail ou de vie, le médecin ne donnera qu'une réponse inadaptée. On mesure bien là la nécessité d'avoir une conception de la santé plus large que la simple absence de maladie et de proposer des actions concertées relevant de la prévention, des soins ou du soutien.

Structurellement, les services sanitaires sont nettement séparés des services sociaux et de ceux des autres secteurs concernés par la santé, séparation accentuée par la décentralisation, ce qui rend très difficile des actions communes pour répondre aux problèmes des personnes nécessitant des soins et aides médico-sociales. On peut y ajouter la rareté des appuis apportés aux familles engagées dans le soutien de ces personnes souvent handicapées et âgées.

Au sein des services de santé, il n'y a que peu d'articulation entre le secteur préventif et le secteur curatif. Le premier souffre d'un faible prestige et de moyens insuffisants. Le second souffre d'un pluralisme inorganisé : il n'y a pas, en particulier, de hiérarchisation des recours

aux soins selon la spécialisation, secteur ambulatoire et secteur hospitalier communiquent mal. Au sein du secteur hospitalier⁽¹⁾, seul le secteur public est soumis à un encadrement budgétaire serré. Enfin il existe une grave crise dans le monde infirmier⁽²⁾ et de graves déficits dans la formation des médecins et autres personnels de santé en ce qui concerne l'évaluation.

La complexité des rapports entre l'État et les caisses nationales d'assurance maladie, la faiblesse du nombre de cadres, notamment techniques, dans l'administration de la santé rendent la régulation d'autant plus difficile.

But : Assurer les soins les plus appropriés

On mesure bien que la priorité est de proposer des objectifs aux services de santé centrés sur **l'amélioration de l'état sanitaire de la population, sur des soins de qualité**, prenant en compte l'efficacité par rapport aux coûts, assurant la sécurité et le confort et accessibles au plus grand nombre, **sur la satisfaction des usagers**. Mais ces objectifs se heurtent à l'éclatement du système.

1) Un premier objectif est : d'améliorer l'organisation du système de soins :

- . en facilitant les liens de travail entre des équipes locales de prévention et des praticiens indépendants ;
- . en renforçant la coopération locale avec d'autres secteurs en vue d'une utilisation rationnelle et efficace des services de santé ;
- . en facilitant les liens de travail entre des équipes hospitalières et des praticiens indépendants ;

(1) Il y a 10,2 lits pour 1 000 habitants en 1987 (source : OCDE).

(2) Avec un taux de 0,38 infirmier par lit occupé, en 1987, la France a le plus faible taux de la CEE (source : OCDE).

- . en répartissant les ressources de façon plus équitable grâce à des systèmes d'allocation prenant en compte des données sanitaires locales ;

- . en facilitant la coordination des services de santé avec les services sociaux et les services concernés par les problèmes de personnes nécessitant un soutien de longue durée et en offrant des appuis aux familles et aux groupes de bénévoles engagés dans ce soutien.

2) Un deuxième objectif est d'améliorer la sécurité et la qualité des soins et le bon usage de la technologie :

- . en renforçant le système de pharmacovigilance et en diffusant très largement ses données auprès des praticiens prescripteurs, des pharmaciens et éventuellement du grand public ;

- . en développant des programmes visant à améliorer la qualité des soins et/ou le bon usage de la technologie dont les objectifs seront fixés et les résultats évalués en termes d'état de santé, de qualité de vie, de satisfaction des malades et de coûts ;

- . en incitant les soignants et les gestionnaires à de tels programmes par la communication d'informations sur les meilleurs résultats obtenus et les méthodes pour les obtenir ;

- . en formant les personnels aux méthodes et aux critères (médicaux, psychosociologiques et économiques) sur lesquels reposent de tels programmes.

III - Drogues - tabac - alcool - médicaments psychotropes et santé : usage, abus et dépendance

L'usage de l'alcool⁽¹⁾, du tabac⁽¹⁾, des drogues⁽¹⁾ et des médicaments psychotropes⁽¹⁾ représente une conduite ou un comportement hautement préjudiciable pour la santé. Ceci est perçu par tous mais ne déclenche pas, pour autant, une gestion des risques ainsi courus. Il y a donc contradiction entre la perception des risques et leur gestion, contradiction entre le fait d'être informé et le fait de préserver sa santé.

(1) Si on assiste à une régression de la consommation d'alcool en France depuis 25 ans, celle-ci reste la première en Europe communautaire (17 litres d'alcool pur par adulte de 15 ans et plus en moyenne par an). Il existe de fortes disparités régionales - plus grande consommation dans les régions du Nord, du Nord Est et de l'Ouest - sans rapport avec le niveau de production.

Sur une longue période (1950-1985) la consommation globale du tabac est en progression de 3 à 6 cigarettes consommées en moyenne par adulte de plus de 15 ans et par jour. Le pourcentage global des fumeurs (40 %) est stabilisé depuis 15 ans, les hommes sont de moins en moins nombreux à fumer alors que le pourcentage de fumeuses augmente ; les jeunes sont moins nombreux à fumer. Les fumeurs ont tendance à fumer davantage.

Le nombre des toxicomanes en France est évalué de 100 à 150 000. Le phénomène de toxicomanie semble stable mais les caractéristiques de la population concernée ont beaucoup changé en 20 ans. Aujourd'hui les toxicomanes sont essentiellement de jeunes gens ayant un niveau socioculturel bas et un avenir socioprofessionnel sombre.

La toxicomanie est l'expression d'un malaise social touchant les jeunes des banlieues défavorisées témoin d'un abandon devant l'exclusion socio-économique. La polytoxicomanie prend une importance croissante associant drogues illicites et tranquillisants.

47 millions d'unités de produits pour troubles du sommeil ont été vendues en 1983 et près de 70 millions en 1991 ; 89 millions d'unités de produits pour anxiété ont été vendues en 1983, près de 94 millions en 1991 ; 22 millions d'unités de produits pour dépression ont été vendues en 1983, plus de 36 millions en 1991.

L'usage de l'alcool, du tabac, des drogues et des médicaments s'inscrit à l'évidence dans un contexte national mais tout autant dans un cadre européen et mondial. La répression du trafic de drogues, l'harmonisation des réglementations internationales de la production et de la distribution du tabac et de l'alcool, nécessitent une action coordonnée internationale.

L'usage de ces substances psychotropes est polydéterminé par des facteurs culturels, économiques, sociaux appartenant à un groupe donné, tout autant que par des facteurs personnels génétiques, biopsychologiques et identitaires. C'est ce polydéterminisme qui rend ces conduites difficiles à aborder et à évaluer, qui amène à individualiser des actions très ciblées mais aussi des actions très à distance. La surveillance aux frontières, le relèvement du prix du tabac, le règlement des débits de boissons, l'inscription au tableau B d'une molécule, sont aussi nécessaires que la mise à disposition de seringues propres, l'action sociale dans les quartiers, les dispositifs de soins et de réinsertion pour toxicomanes, ou le traitement des hépatites. Ceci dépasse largement le domaine de la santé dans un sens réductionniste et implique la mobilisation active de tous ceux qui vivent dans une société donnée : spécialistes, techniciens, individus ou mouvements associatifs, l'initiative des populations étant à cet égard plus développée dans les autres pays qu'en France.

La communauté scientifique internationale nous donne un modèle qui classe les conduites d'utilisation en trois catégories : usage discontinu, abus et dépendance. Cette conception très opératoire, soulignant l'importance des conduites alors que l'on insistait autrefois plus sur la personne et le produit, permet de développer des actions de prévention, de soins et de réhabilitation plus lisibles, plus pertinentes, plus évaluables. S'il est légitime de centrer les actions sur les conduites de dépendances, l'usage et l'abus font partie intégrantes des préoccupations.

Le recentrage sur les concepts d'usage, d'abus et de dépendance, permet de bien distinguer ce qui a trait à la conduite et ce qui a trait aux conséquences de la conduite : la cirrhose, les accidents de la circulation,

l'augmentation des accidents du travail, le cancer du poumon, l'infection par le VIH, la délinquance. Les conséquences nécessitent un abord différent de celui des conduites. Les conséquences d'une conduite ne s'abordent pas comme conduite elle-même, cela est particulièrement clair en ce qui concerne la prévention.

Pour fonder une politique de santé, les concepts d'usage, d'abus et de dépendance doivent s'appliquer à toutes les substances psychotropes. Les consommateurs d'alcool sont de plus en plus souvent des consommateurs de tabac, de nombreux toxicomanes consomment à la fois alcool-drogues-tabac-médicaments. C'est la conduite et le comportement qui confèrent à ce champ de la santé publique sa spécialité. Ces conduites sont des conduites socioculturelles générales tout autant qu'individuelles. C'est donc toute la société qui doit être l'objet des préoccupations. Toutes les dimensions de la nature humaine sont ici impliquées dans ses aspects bio-psychologiques, sociaux, culturels, éthiques et philosophiques. C'est dire que toute la vie de notre société va marquer, modifier et donner du sens à ces conduites.

Cependant, si l'appareil théorique sous-tendant une politique de santé nécessite de poser l'unicité des conduites et des comportements d'usage, d'abus et de dépendance quelque soit le produit, il convient de tenir compte des spécificités introduites par le génie pharmacologique propre de chaque molécule, le statut culturel et législatif de chaque produit, de la diversité de l'offre et de la demande, des conséquences sanitaires et sociales liées à son utilisation et à ses modes de consommation.

Même si la conception d'une politique de santé publique ne peut être que globale, et centrée sur la notion de conduite, on doit tenir compte des spécificités induites par chaque produit.

L'usage, l'abus, la dépendance à l'alcool, au tabac, aux drogues et aux médicaments sont très hétérogènes et profondément inégalitaires : les critères d'âge, de sexe, de milieu socioculturel sont pertinents :

- le mauvais usage des médicaments se retrouve dans toutes les tranches d'âge mais avec des intentionnalités différentes : usage détourné toxicomane chez les jeunes, surconsommation chez les adultes, consommation inadaptée chez les personnes âgées ;
- les femmes consomment plus de psychotropes que les hommes et ceci dès leur plus jeune âge. Les médecins prescrivent plus facilement aux femmes qu'aux hommes ;
- les consommations de tabac et d'alcool sont très liées au statut socioculturel des consommateurs ;
- même s'il existe une tendance à l'uniformisation, les toxicomanes sont plus urbains que ruraux, plus méridionaux que septentrionaux ;
- tous les indicateurs de morbidité et de mortalité témoignent des disparités régionales et ont servi à fonder les politiques nationales et régionales de santé.

L'hétérogénéité des conduites d'usage, d'abus et de dépendance n'est pas seulement liée aux produits, il existe des disparités liées à l'âge, au sexe, au statut socio-économique, aux diversités régionales... A côté d'une politique nationale, des politiques régionales originales ont leur place. A côté des modes d'actions générales, des modalités spécifiques d'actions doivent être ciblées sur des facteurs ou des comportements particuliers.

La politique de santé a trop souvent été dirigée uniquement vers le développement des soins apportés à ceux qui présentent des conséquences somatiques et psychiques ainsi que sociales de leur consommation et pas assez sur les conduites mêmes. La prévention spécialisée a souvent fait négliger la prévention à distance.

L'insuffisance des structures de soins pour les patients usagers d'alcool et de drogues est considérable quand on considère ce qui existe en Allemagne et en Angleterre.

La formation de l'ensemble des intervenants est notoirement insuffisante, se caractérisant par son extrême hétérogénéité même si des progrès considérables ont été accomplis. Cela conduit à une incohérence dans les manières d'aborder les conduites d'utilisation des psychotropes et des consommateurs.

Dans le domaine législatif la France a été pionnière : loi sur la prise en charge sanitaire des toxicomanes (injonction thérapeutique) et sur la répression du trafic, réglementation de la production et de la distribution du tabac et de l'alcool, loi sur la publicité, loi Évin.

Buts - Objectifs - Actions

Baisser la consommation de tabac, d'alcool, de drogue et de médicaments psychotropes engendrant la dépendance est possible si l'on se propose de :

1) développer l'éducation pour la santé

La prévention a pour but de développer en chacun la capacité à maîtriser son comportement et ses consommations et à promouvoir sa propre santé.

Développer une politique d'éducation pour la santé dans une perspective globale et non sectorielle est ici indispensable et ne vise pas seulement à réduire la consommation de tel ou tel produit.

Ce domaine est prioritaire ; des actions à distance des comportements spécifiques et des actions plus directement centrées doivent être conduites conjointement et avec cohérence. C'est une action sur les mentalités, sur les représentations et sur la gestion des risques qui doit être menée.

2) assurer la cohérence de l'organisation du dispositif de soins, de prévention et de réinsertion

La cohérence entre prévention et soins, bien qu'incombant à la Délégation générale à la lutte contre la drogue et les toxicomanies, doit être très largement développée parmi les autres secteurs de décisions administratives et politiques.

Le développement de structures de soins, mises à la disposition des patients présentant des conduites d'usage, d'abus et de dépendance

à tous les psychotropes est une nécessité comme cela se fait aux Etats-Unis et est préconisé par la Communauté européenne.

L'organisation doit être cohérente : un saupoudrage de structures diverses est inopérant, seul le travail en réseau est utile. Sur une aire géographique et face à une population donnée, le travail en réseau est le seul garant d'efficacité du dispositif, sur le modèle de ce qui a été fait pour la sectorisation des soins en psychiatrie.

Le développement de l'ensemble du système associatif doit témoigner de l'adhésion et de la participation de l'ensemble de la population aux objectifs de santé et qui permet de repérer les réels besoins de la population.

3) expliquer la politique menée

L'ensemble de la population et les groupes à risque doivent être informés non seulement des risques encourus et de la manière de les éviter. La politique de santé propose aux Français d'apprendre à gérer leur consommation d'alcool et de médicaments alors qu'elle se fixe pour objectifs de faire cesser la consommation de tabac et de drogues. Ce décalage entre les objectifs de la politique de santé face à différents produits psychotropes est incompris. La notion de liberté qui préside à la mise place de ces politiques, permettrait de mieux faire comprendre ces objectifs.

Informers la population et faire comprendre pourquoi les mesures préconisées sont différentes en ce qui concerne l'usage et l'abus qui impliquent la gestion du risque, et la dépendance qui implique l'abstinence totale.

Modifier l'image que se fait l'ensemble de la population de "l'alcoolique, le toxicomane, le fumeur" afin de lever les attitudes de rejet et d'ostracisme qui aggravent les comportements et retardent l'accès aux soins.

4) généraliser la formation des intervenants

La formation initiale des intervenants médicaux, sociaux et éducatifs fait cruellement défaut et leur niveau de fonctionnement témoigne plus de la manière dont la société se représente le problème que d'un réel savoir.

5) développer les études et recherches

Assurer le suivi et le perfectionnement des indicateurs fiables dont nous disposons en terme de mortalité.

Développer et créer de meilleurs indicateurs de morbidité.

Développer une confrontation entre les indicateurs socioculturels économiques et sanitaires.

Développer les études neuropsychologiques sur les mécanismes de la dépendance et les méthodes de soins.

6) faire appliquer les textes législatifs et réglementaires

S'assurer de l'application de ces textes est primordial. Ceci implique une coordination entre les différents secteurs de décision politiques et administratifs : ministère des Affaires sociales, ministère de la Santé, ministère de l'Education nationale, ministère de la Justice, ministère du Travail, collectivités territoriales, municipalités.

7) développer la concertation avec les autres Etats

Une concertation avec les autres Etats tant du point de vue réglementaire et législatif que du point de vue de l'organisation des soins de la prévention et de la réinsertion est nécessaire et implique des collaborations étroites avec ces Etats et une comparaison de l'efficacité des mesures diverses prises. La France avec la loi Évin a une place à tenir.

IV - Santé et environnement

Hygiène de l'environnement

L'augmentation du nombre de produits chimiques utilisés et l'accroissement de leur utilisation, le développement des pratiques agricoles intensives, de l'industrialisation, le recours à des technologies nouvelles et des biotechnologies, l'augmentation de la production, de la transformation et de la consommation d'énergie et de biens matériels, la quantité croissante de déchets matériels et domestiques, l'accroissement de la circulation des véhicules à moteur participent à la dégradation de l'environnement.

En France, la politique d'hygiène publique s'est notablement développée depuis le début du siècle donnant lieu à de nombreuses dispositions législatives administratives et techniques notamment dans le domaine de l'hygiène de l'eau, de l'air, des denrées alimentaires ... Depuis les années 70, la Communauté européenne a pris une série de directives. Par ailleurs, en 1989, la Charte européenne de l'environnement et de la santé de l'OMS a été adoptée par la Commission et par d'autres États européens. Les États membres se sont engagés à faire respecter localement ces directives. Il n'en reste pas moins une série de problèmes mal résolus dont témoignent :

- l'augmentation dans des régions ou agglomérations de certains polluants atmosphériques, de la contamination du sol et des eaux, de l'exposition aux substances chimiques, des risques pour l'hygiène des denrées alimentaires de façon permanente, intermittente ou accidentelle ;

- la vulnérabilité particulière de certaines catégories de populations exposées à des agents spécifiques du fait de leur travail ou de leur habitat à proximité de certaines installations industrielles ou du fait de leur âge. Les nourrissons et les enfants absorbent une proportion plus élevée de contaminants par rapport à leur taille que les adultes. L'accès à un environnement sain n'est pas égal pour tous et la population n'y est pas clairement sensibilisée.

Plusieurs types de problèmes sont à l'origine d'une prise en compte inadéquate des risques qu'un environnement malsain fait courir à la santé. Ils sont d'ordre technique, organisationnel et/ou culturel.

Il est souvent très difficile d'apporter la preuve de la responsabilité d'un produit toxique précis dans la survenue d'un état pathologique du fait, par exemple, des délais séparant l'exposition et l'apparition des phénomènes morbides ou du caractère plurifactoriel des expositions conjugant leurs effets propres à ceux des conditions sociales et des modes de vie. Le respect de normes en ce qui concerne la quantité de substances chimiques dangereuses est imposé sans qu'elles soient toujours liées directement à l'exposition. L'interdiction de produits dangereux pour l'environnement donne lieu à l'utilisation de produits de substitution dont les effets sur l'environnement et la santé sont mal connus. Les infrastructures et mécanismes adéquats manquent pour prévoir ou prévenir un rejet volontaire ou involontaire de produits chimiques toxiques ou d'autres produits dangereux, pour vérifier l'étendue des dégâts, pour estimer la contribution des facteurs de l'environnement à l'état de santé, pour suivre l'impact des mesures précises grâce à des indicateurs de qualité.

La fragmentation des responsabilités administratives mais aussi la multiplicité inévitable des acteurs à l'égard de la qualité de l'air, de l'eau ou des aliments, à tous les niveaux territoriaux, rendent difficile une approche cohérente et globale en matière de recueil de l'information, d'affirmation du lien entre exposition et risque pour la santé, de gestion. La petite taille de nombreuses communes leur interdit toute création d'équipement ou rend difficile l'entretien des équipements existants faute de moyens financiers.

L'insuffisance de l'information et de l'éducation sanitaire de la population, des responsables politiques et administratifs conduit à ce que des décisions d'action soient parfois prises en fonction de réaction émotionnelle ou de pression de groupes d'intérêts. Ces groupes surestiment les coûts des technologies propres et de la réduction des

pollutions et sous-estiment les coûts sociaux liés aux atteintes de la santé. Cette insuffisance conduit à de nombreux accidents liés à des négligences individuelles.

Les textes réglementaires sont souvent mal connus ou non respectés, ce dont témoignent, par exemple, les décharges sauvages de déchets toxiques.

Buts - Objectifs - Actions

Développer des politiques d'hygiène de l'environnement qui :

- 1) **préviennent et limitent efficacement les risques pour la santé** liés à la contamination des sources d'eau par une pollution agricole ou industrielle, à la pollution de l'air par une activité industrielle ou les gaz d'échappement des véhicules à moteur, à une contamination d'un des stades de la chaîne alimentaire, à l'accumulation de déchets et à la pollution du sol ;
- 2) **assurent l'équité de l'accès à un environnement salubre** en matière de qualité de l'eau et de l'air.

Ces buts pour être atteints nécessitent **l'application des directives communautaires** et le développement des stratégies et priorités proposées par la Charte européenne de l'environnement et de la santé, à savoir le développement :

. de la protection de la santé des groupes les plus vulnérables ;

. **d'un système d'information intersectoriel** liant surveillance de l'environnement et surveillance épidémiologique, informant les autres secteurs de la santé et la population des risques de répercussion sur la santé des facteurs environnementaux ;

. **des études d'impact** sur l'environnement et la santé des technologies nouvelles, de nouvelles substances chimiques avant leur diffusion ;

. de la prise en compte de l'impact sur l'environnement et la santé, des politiques publiques des secteurs de l'urbanisme, des transports, de l'énergie, de l'industrie, de l'agriculture ;

. des programmes de recherches (notamment internationaux) en écotoxicologie et épidémiologie environnementale visant à préciser les liens entre l'environnement et la santé ;

. des programmes de formation pluridisciplinaires ;

. des actions multisectorielles à un niveau local associant l'ensemble des secteurs administratif, économique et la population concernés.

Santé et cadre de vie

Les liens entre santé et cadre de vie sont multiformes, complexes et dépendent de nombreux acteurs issus de multiples secteurs d'activité.

Les problèmes majeurs sont surtout identifiés dans les quartiers urbains défavorisés.

La santé des populations concernées est largement dominée par des facteurs sociaux ; les inégalités s'y cumulent : ainsi les quartiers sur lesquels interviennent les acteurs de la politique de la ville comptent, proportionnellement, 2 fois plus de chômeurs, 3 fois plus d'étrangers, 4 fois plus de locataires HLM que la moyenne nationale.

En matière de santé, la demande s'exprime souvent à travers la sensation d'un malaise global, correspondant souvent à une pluralité de problèmes (alcoolisme, toxicomanie, troubles mentaux...) et est corrélée à une série de difficultés sociales (chômage, habitat dégradé, exclusion culturelle).

En matière de services, la densité est (un peu) moins forte que la moyenne, mais l'accès à ceux-ci est entravé par des obstacles financiers et culturels ; la coordination est faible, les services sanitaires et sociaux suivant le plus souvent une logique individuelle et ne fonctionnant pas en réseau.

Mais des problèmes existent aussi en milieu rural. Le relâchement des liens sociaux traditionnels, la désertification des campagnes sont à l'origine de souffrance morale, désarroi psychologique, isolement affectif, alcoolisme. De plus il existe des problèmes spécifiques : accessibilité aux soins, élimination des déchets, protection de l'eau, ainsi qu'à l'intérieur des habitations (bruit, saturnisme, pollutions...).

D'une façon générale on connaît mal les interactions entre santé et cadre de vie.

Les préoccupations liées à la santé sont mal prises en compte dans la politique de la ville.

Les actions entreprises sont interministérielles et intersectorielles et la santé n'y a pas la place qu'elle mériterait :

- les responsables privilégient volontiers la sécurité ou la rénovation du cadre bâti, plus visible ;
- l'administration sanitaire et sociale dispose souvent de moins de moyens et d'influence que d'autres (préfecture, équipement) ;
- les professionnels sanitaires et sociaux, souvent nombreux sur le terrain, dispersent leurs efforts, la démarche de santé publique leur étant trop souvent étrangère ;
- les recherches consacrées aux problèmes de la ville portent rarement sur la santé (30 publications sur 1 910, suivant un recensement récent).

Il faut corriger ce constat global, en citant quelques actions contraires encourageantes :

- sous l'impulsion de l'OMS, à partir de 1986, s'est constitué un réseau français du programme international villes-santé, dans le but de promouvoir des actions municipales de promotion de la santé (échanges d'expérience, réflexions sur les pratiques, apports méthodologiques, soutien aux acteurs locaux...);
 - dans quelques départements, les services extérieurs, malgré la faiblesse de leurs moyens, ont pris des initiatives et accepté de se voir confier la conduite de projets interministériels (développement social des quartiers, RMI...);
 - la réflexion et la recherche sur les liens entre cadre de vie et santé sont au centre de quelques initiatives récentes (séminaire "ville et santé", à l'initiative de la Délégation interministérielle à la ville ; création du programme interdisciplinaire de recherche sur la ville "PIR-Villes" ; création, à Lyon, de l'École des hautes études urbaines...).
-

Objectifs - Buts - Actions

Offrir un cadre de vie favorable à la santé est possible si l'on se fixe pour objectifs de :

1) faire prendre en compte la dimension santé dans les différents programmes interministériels concernant le cadre de vie, en menant par exemple les actions suivantes :

- la définition des programmes santé "type" à insérer dans les contrats de plan ;
- des redéploiements budgétaires au profit des DDASS assumant la conduite d'un projet interministériel ;
- le soutien pratique au réseau villes-santé.

2) diffuser une culture de santé publique par la formation :

- en proposant des programmes intégrant la demande interdisciplinaire lors de la formation continue des professionnels de santé et d'action sociale ;
- en révisant les programmes de formation initiale des professionnels du cadre de vie, en y introduisant une sensibilisation à la santé ;
- en initiant un cycle de hautes études en santé publique pour les décideurs.

3) orienter les programmes de recherche sur le thème santé-cadre de vie en retenant les thèmes tels que :

- la signification et l'implication du fait de vivre ensemble ;
- les rapports d'échange en fonction des différents cadres bâtis ;
- l'enjeu santé au niveau local ;
- la signification de la fatigue et du mal-être urbain.

Santé au travail

L'accident mortel est probablement l'effet le plus spectaculaire des mauvaises conditions de travail. Celles-ci peuvent être aussi à l'origine de maladies chroniques et incapacitantes. Tantôt le travail est la cause principale de la maladie, tantôt il intervient en association avec des facteurs de l'environnement général ou du mode de vie du travailleur. Mais le travail ne peut être envisagé uniquement sous l'angle d'un ensemble de facteurs nuisibles pour la santé. Il est aussi un atout indispensable à la promotion de la santé dès lors qu'il est adapté aux aptitudes et aux attentes des travailleurs.

Travail et santé : des effets négatifs

Les accidents du travail : leur nombre est en augmentation chaque année depuis 1988. En 1989, 1 177 accidents mortels ont été enregistrés sur le lieu de travail pour 14 millions de salariés du régime général de la sécurité sociale ainsi que 65 000 accidents graves avec séquelles et indemnisation.

Les maladies professionnelles au sens large : quatre groupes d'affections doivent retenir l'attention du fait de leur fréquence, de leur gravité et parce qu'il existe des moyens pour les prévenir : les cancers professionnels, les affections respiratoires chroniques (asthme et bronchite), la surdité et les affections ostéoarticulaires de la colonne vertébrale et des tendons.

La souffrance mentale : les transformations qui surviennent actuellement dans le contenu et l'organisation du travail peuvent avoir pour conséquences de rendre de plus en plus difficile la maîtrise, par les travailleurs, de leur temps de travail, de leurs gestes et de leurs pensées.

Cette "pression du travail" s'accroît en particulier dans le secteur tertiaire. Elle peut être à l'origine d'une "souffrance mentale" qui favorise des conduites marginales à risque pour la santé de ces sujets et de leur famille. L'insécurité de l'emploi, liée entre autres aux nouvelles techniques de gestion de la main-d'oeuvre, amplifie ces effets négatifs sur la santé mentale.

Un dispositif législatif important mais des moyens insuffisants

Ce domaine de prévention est structuré autour d'un important dispositif législatif, réglementaire et institutionnel avec deux pôles de responsabilité, le ministère du Travail et le ministère des Affaires sociales. Il est intimement mêlé au système de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles géré par la Sécurité sociale et financé par les employeurs.

Dans les entreprises, la surveillance sanitaire est confiée à des services de médecine du travail d'entreprise ou inter-entreprises. Ces services participent au côté des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) à la surveillance de ces conditions.

De nos jours, l'ensemble des professionnels qui interviennent dans ce domaine, ingénieurs des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), inspecteurs du travail et médecins du travail soulignent l'insuffisance de leurs moyens et s'interrogent sur leur identité professionnelle, leur degré de liberté. Il semble bien que le système de prévention des risques professionnels ne soit pas bien adapté, en définitive, au tissu économique fait de petites et moyennes entreprises, aux marges de manoeuvres restreintes. De plus, l'absence de données épidémiologiques sur les expositions, les populations exposées et les conséquences du travail sur la santé ne favorise pas la définition d'une politique de prévention.

Buts - Objectifs - Actions

1) Réduire les accidents de travail :

- en intégrant la sécurité dans le cahier des charges pour l'achat de nouveaux matériels ou la construction de nouvelles installations ;
- en clarifiant les responsabilités, notamment en matière de sécurité, entre les entreprises utilisatrices et les entreprises sous-traitantes ;
- en généralisant la formation à la sécurité à tous les stades de la formation professionnelle et pour tous les acteurs de l'entreprise, ingénieurs et dirigeants compris ;
- en élargissant le seuil de constitution des CHSCT dans les entreprises du bâtiment et en leur donnant les moyens d'intervenir (formation, crédit horaire, responsabilité, etc.).

2) Améliorer la prévention des cancers professionnels^(*) :

- en sensibilisant par des campagnes d'information (brochures, films) les travailleurs, les employeurs, notamment dans les PME ainsi que les professionnels de santé ;
- en interdisant ou en instituant des valeurs limites ou moyennes d'exposition contraignantes pour tous les cancérrogènes internationalement reconnus (liste du Centre international de recherches sur le cancer) ;
- en améliorant les conditions d'application des textes réglementaires existants, en renforçant notamment les moyens des inspecteurs du travail.

(*) Le nombre de cancers professionnels déclarés comme maladies professionnelles rapproché de l'estimation la plus basse (4 % des décès par cancer) illustre la sous-estimation des effets du travail sur la santé par les employeurs et les médecins.

3) Diminuer la fréquence des maladies professionnelles incapacitantes :

- en développant les campagnes d'information sur les dangers du bruit et de l'empoussièremement ainsi que sur les moyens de prévenir leurs conséquences sur le lieu de travail ;
- en favorisant l'utilisation des connaissances ergonomiques lors de l'élaboration ou de l'amélioration des postes et des situations de travail par tous les acteurs de l'entreprise.

4) Renforcer les effets positifs du travail sur la santé :

- en aidant les entreprises à gérer de façon prévisionnelle leurs effectifs de façon à ne pas exclure les salariés "âgés" ;
- en facilitant le maintien et l'intégration des travailleurs "handicapés" ;
- en faisant évoluer les rythmes, le contenu et les situations de travail dans leur ensemble de telle façon que soient prises en compte les attentes des travailleurs et les contraintes extra-professionnelles.

5) Dynamiser le "système" de prévention des risques professionnels :

- en améliorant les connaissances sur la nature et les niveaux des expositions dans les entreprises, sur les populations de travailleurs exposés, sur les conséquences, notamment à long terme, du travail sur la santé. Les cancers professionnels illustrent bien la situation actuelle de sous-estimation des effets du travail sur la santé (cf. annexe) ;
 - en favorisant la coordination de tous les ministères concernés, notamment du ministère du Travail et du ministère des Affaires sociales, aux niveaux national et régional ;
-

- en renforçant les moyens, en effectifs, en compétence, en matériels et en indépendance des inspecteurs du travail, des médecins du travail et des services de prévention des CRAM et autres organismes afin de constituer des réseaux efficaces d'évaluation et de contrôle des nuisances en milieux professionnels et des actions de prévention ;
 - en donnant réellement aux travailleurs les moyens d'intervenir, notamment par l'intermédiaire des CHSCT ou des délégués du personnel, en multipliant les actions d'information et de formation sur le temps de travail ;
 - en aidant les employeurs à faire de la sécurité et de la prévention des maladies professionnelles une de leurs priorités par l'information et la formation, par un "système de prévention" qui prenne en compte leurs besoins, notamment pour les PME, par une tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles plus incitative.
-

V - Les stratégies de soutien à une politique de santé

Les buts d'égalité devant la santé, de qualité de vie en bonne santé, de meilleures conditions de vie pour les personnes handicapées et les buts plus thématiques destinés à des groupes de populations spécifiques nécessitent que la santé soit affichée comme une priorité du gouvernement et bénéficie d'un soutien de longue durée des pouvoirs publics. Ce soutien impose une mobilisation de l'ensemble des acteurs et institutions sectoriels en liaison avec les autres secteurs concernés par la santé et une plus grande participation de la collectivité. Cette mobilisation doit porter tout à la fois sur la formation, l'éducation, l'amélioration des connaissances, l'amélioration des actions administratives, le système d'information sanitaire et social.

La nécessité d'actions intersectorielles implique le développement du partenariat. Enfin, le respect des grands principes sur lesquels se fondent notre société, nécessite le développement de règles déontologiques, face au risque d'un recours excessif à la technique et au professionnalisme, mais aussi face aux pressions d'une partie de la population pour réduire les libertés de certaines personnes fragiles.

Ainsi des **objectifs stratégiques** doivent être poursuivis :

1) Mobiliser l'ensemble des acteurs : former les professionnels et la population

Cet objectif pour être atteint nécessite que :

- les programmes de formation initiale et permanente des personnels de santé mettent l'accent :
 - . sur les différentes conceptions de la santé, en insistant notamment sur ses dimensions psychologiques et sociales, sur les conséquences fonctionnelles et sociales des maladies chroniques ;
-

- . sur le fait que la santé ne relève pas seulement des professionnels du secteur mais aussi de ceux de nombreux autres secteurs et aussi de la participation de la population ;
- . sur l'importance de se référer aux principes de liberté, de solidarité, d'égalité, dont le respect détermine le choix des buts généraux d'une politique de santé ;
- . sur la démarche générale commune à tous les domaines retenus (identification des principaux problèmes, analyse de leurs déterminants, identification des objectifs s'efforçant d'y répondre, types d'action nécessaire et auprès de qui) ;
- . sur l'utilisation de cette démarche dans des situations concrètes de pratique de santé publique ;

- ces différentes conceptions soient diffusées à d'autres secteurs liés à la santé en vue de les incorporer dans les programmes de formation et les pratiques ;

- les représentations traditionnelles de la santé soient modifiées. On peut chercher à le faire en introduisant de nouvelles images dans les différentes formes d'éducation notamment dans les supports audiovisuels et écrits.

2) Développer la recherche et l'utilisation des connaissances en santé

Cet objectif peut être atteint si :

- . les choix des priorités et les définitions des stratégies en matière de recherche en santé publique prennent en compte ceux des acteurs de terrain, des gestionnaires, des chercheurs ;
 - . ces choix aident à répondre aux buts et objectifs choisis en portant tant sur les problèmes populationnels, que sur l'analyse et l'évolution des politiques sociales et sur le fonctionnement des dispositifs institutionnels aux différents niveaux (national, local, individuel).
-

Ceci impose :

- . de favoriser l'approche pluridisciplinaire associant notamment épidémiologistes, chercheurs en sciences sociales, économistes ;
- . de renforcer la communication et la coopération entre scientifiques, praticiens et décideurs/financeurs dans l'application des connaissances nouvelles.

3) Améliorer l'action administrative dans le domaine de la santé

L'action administrative s'appuie encore dans certains domaines sur une législation et une réglementation désuète, et s'exerce trop souvent par un contrôle portant plus sur le respect de règles juridiques que sur l'évaluation d'objectifs de santé.

La multiplicité des départements ministériels et des échelons administratifs, combinée aux ambiguïtés des textes de la décentralisation, aboutit souvent à une confusion quant aux responsabilités dans des domaines précis, à des réglementations parfois peu cohérentes et à une segmentation des institutions de terrain interdisant une réponse globale (par exemple aux groupes ayant des problèmes médico-psycho-sociaux).

Enfin le découpage des mesures sur la base d'un budget annuel rend difficile des actions à plus long terme.

Améliorer l'action administrative dans le domaine de la santé implique que :

- . législation et réglementation soient modernisées et simplifiées compte tenu de l'évolution des problèmes de santé par rapport à la période de leur promulgation ;
 - . l'application de la législation en matière sanitaire soit systématiquement évaluée à intervalle régulier ;
 - . une autorité responsable et une seule soit clairement désignée pour guider et coordonner l'ensemble des acteurs impliqués dans les actions sanitaires répondant à un objectif choisi ;
-

- . les programmes d'action soient déterminés en fonction de l'évaluation de l'importance des problèmes sanitaires, de la connaissance des déterminants, de l'évaluation des réponses apportées, des améliorations attendues et des coûts correspondant ;
- . les programmes comportent des objectifs de santé, à moyen ou long terme ;
- . les résultats des programmes soient évalués sur des progrès de l'état sanitaire, sur l'efficacité par rapport aux coûts, sur la satisfaction de la population ;
- . les cadres, notamment techniques, voient leur nombre augmenter notablement à tous les échelons territoriaux de l'administration.

4) Développer les actions de partenariat

Pour que la multiplicité des acteurs professionnels et non professionnels, impliqués dans les programmes de santé intéressant notamment des populations à multiples problèmes et les environnements collectifs, ne devienne pas contre-productive, des actions de partenariat sont à développer. Ce moyen signifie que l'ensemble des acteurs concernés établisse un contrat des charges fixant les responsabilités de chacun à toutes les étapes de l'élaboration et de la mise en oeuvre :

- . un tel partenariat est à impulser à tous les échelons territoriaux ; . il est d'autant plus nécessaire qu'il s'agit d'action intersectorielle ; . les expériences locales exemplaires doivent pouvoir être diffusées aux autres échelons territoriaux.

5) Développer le système d'information en santé

L'information en santé est très riche mais souvent difficilement accessible, éclatée entre plusieurs partenaires institutionnels (administration de l'Etat, des collectivités locales, les caisses de sécurité sociale) correspondant peu entre eux.

Plus grave, l'information est rarement recueillie pour répondre à des objectifs de politique de santé et sert rarement à prendre des décisions.

Pour qu'un système d'information soit un véritable outil d'aide à la décision, il faut :

- . des indicateurs appropriés et utilisables pour mesurer l'ampleur d'un problème, les variations attendues d'un programme d'actions ;
- . des systèmes de rassemblement des données, de nature épidémiologique, économique sur les institutions contribuant à la santé, recueillies de façon homogène, présentées en série, afin d'apprécier les problèmes et les besoins futurs ;
- . le développement d'échange d'informations entre les principales sources de données du secteur de la santé et de la protection sociale mais aussi des autres secteurs concernés ;
- . une présentation de l'information sous forme pertinente, aux décideurs politiques et administratifs, aux gestionnaires, aux acteurs de terrain et à la population.
- . des réseaux d'alerte, de suivi et d'intervention, notamment dans les domaines des maladies transmissibles et de l'hygiène du milieu ; ces réseaux, qui existent déjà, doivent être développés.

6) Prendre en compte les aspects éthiques dans les décisions relatives à la santé nécessite que :

- . la formation des professionnels de santé comporte cette dimension ;
 - . les connaissances sur les aspects éthiques soient diffusées dans le grand public, chez les praticiens et les décideurs ;
 - . un code éthique de bonnes pratiques soit élaboré pour les professionnels de la santé, insistant sur le caractère éthiquement condamnable de l'utilisation de traitements notoirement inefficaces, sur le nécessaire respect de la liberté de choix des malades, notamment les plus fragiles, et des parents (dans le cas de la prévention anténatale par exemple) ;
-

. les individus atteints de certaines maladies ou de handicaps ne fassent pas l'objet de rejet social de la part d'un employeur ou d'un prestataire de service ;

. les structures responsables de l'éthique dans le domaine de la santé : précisent et évaluent les aspects éthiques des pratiques en matière de soins et de la recherche sur la santé et émettent leurs recommandations à leur sujet ; soient indépendantes des pouvoirs publics et des intérêts catégoriels ; fassent connaître au public leurs recommandations.

ANNEXES



ANNEXE I

Indicateurs de Santé
Place de la France par rapport aux pays de la CEE

Indicateurs	Source	Année	Évolution du taux	Classement de la France	Pays classé 1 ^{er}
Mortalité infantile	OCDE	1967→1987	20,7‰→7,6‰	5 ^{ème} →3 ^{ème}	Pays-Bas
Mortalité néonatale	OCDE	1967→1987	26,7‰→9,9‰	6 ^{ème} →5 ^{ème}	Danemark→RFA
Mortalité maternelle	OMS	1980→1987	0,13‰→0,10‰	7 ^{ème} →10 ^{ème}	Danemark→Belgique

Indicateurs	Année	Taux	Classement de la France
Taux de couverture Vaccinale : enfant < 2 ans	1986→1989	< 80 %	5 ^{ème}
Incidence rougeole	1987	0,8 %	12 ^{ème}

Indicateurs de santé

Place de la France par rapport aux pays de la CEE

Indicateurs	Source	Taux 1986	Évolution 1970→1986	Classement France	Pays classé 1 ^{er}
mortalité par ischémie cardiaque ^(*)	OMS	1,15 ‰	+ 8 %	1 ^{er}	France
Hommes					
Femmes	OMS	0,49 ‰	+ 4 %	1 ^{er}	France
Mortalité par cancer ^(*)	OMS	3,14 ‰	+18 %	10 ^{ème}	Portugal
Hommes					
Femmes	OMS	1,35 ‰	-6 %	4 ^{ème}	Grèce
Mortalité par cancer des poumons ^(*)	OMS	0,68 ‰	+ 58 %	3 ^{ème}	Portugal
Hommes					
Femmes	OMS	0,07 ‰	+ 38 %	3 ^{ème}	Espagne
Mortalité par cancer du col de l'utérus ^(*)	OMS	0,028 ‰	- 19 %	4 ^{ème}	Italie
Hommes					
Femmes	OMS	0,28 ‰	+ 16 %	4 ^{ème}	Grèce

(*) Taux standardisé par âge

Indicateurs de santé

Indicateurs	Source	Année	Évolution
Mortalité par accident de circulation ^(*)	OMS	1980 → 1986/1987	- (5 à 14 %)
Mortalité par suicide ^(*)	OMS	1970 → 1980 1980 → 1986/1987	+ 19 % + 16 %

(*) Taux standardisé par âge

Indicateurs d'activité médicale et de facteurs de production
Place de la France par rapport aux pays de la CEE

Indicateurs	Source	Années	Évolution	Classement de la France ^(*)
% personnes admises par an.	OCDE	1967 → 1987	6,9 → 21,7 %	2 ^{ème} → 12 ^{ème}
Nombre jours de lits d'hôpital par personne et par an	OCDE	1967 → 1987	3 jours → 3 jours	8 ^{ème} → 9 ^{ème}
Durée moyenne de séjour	OCDE	1967 → 1987	20,1 j. → 13,5j.	5 ^{ème} → 7 ^{ème}
Personnel par lit d'hôpital occupé ⁽¹⁾	OCDE	1967 → 1987	0,75 → 1,37	6 ^{ème} → 5 ^{ème}
Infirmière par lit d'hôpital ⁽¹⁾	OCDE	1967 → 1987	0,13 → 0,38	7 ^{ème} → 10 ^{ème} /10
Consommation pharmaceutique /personne /an ⁽²⁾	OCDE	1967 → 1987	19 → 28,9	11 ^{ème} /11
Lits intramuros	OCDE	1967 → 1987	9,8 ‰ → 10,2 ‰	10 ^{ème} → 8 ^{ème}
Nombre moyen de consultations et visites de médecin /personne/an	OCDE	1967 → 1987	3,1 → 7,1	2 ^{ème} /8 → 8 ^{ème} /11

(*) Par rapport à la plus faible activité, ou la plus forte densité de personnel, ou la plus faible densité en lits ou consultations.

(1) Les données concernant le nombre total salariés par lit ne sont pas complètement comparables parce que la sous traitance occupe une place variable selon les pays. La définition de l'infirmière n'est pas non plus la même partout.

(2) Le nombre d'unités de médicaments rend exclusivement compte des ventes en pharmacie.

Indicateurs - Modes de vie
Situation de la France par rapport aux pays de la CEE

Indicateurs	Source	Années	Évolution	Classement de la France	Pays classé 1 ^{er}
Consommation Alcool pur	OMS	1980 → 1986	19,7l/h/an → 16,6	12 ^{ème}	Grèce → Irlande
Prévalence non-fumeurs	OMS	1985	50 → 59 %	5 ^{ème}	Belgique
Hommes			70 → 79 %	2 ^{ème}	
Femmes					
Consommation de cigarettes par personne	OMS	1980 → 1986	+ 0 à 9 %	5 ^{ème}	Pays Bas

Indicateurs - Hygiène du Milieu
Place de la France par rapport aux pays de la CEE

Indicateurs	Source	Année	Données Chiffrées	Évolution 1974 → 1983	Classement France	Pays classé 1 ^{er}
Eau						
Réseau de distribution de l'eau	OMS	1988	95 à 99 % en zone rural			
Egoûts	OMS	1988	< 70 %			
Air						
Emission estimée						
- de dioxyde de soufre	OMS	1983	2 305	- 39 %	7 ^{ème}	Irlande
- particules en suspension	OMS	1983	210	- 29 %	7 ^{ème}	Royaume-Uni
Emission estimée						
- de dioxyde d'azote	OMS	1983	1 730	+ 3 %	7 ^{ème} /10	Irlande
- d'oxyde de carbone	OMS	1983	6 330	+ 22 %	7 ^{ème} /8	Danemark

Sources : OCDE : Les systèmes de santé à la recherche d'efficacité. Paris, 1990.

OMS, Bureau régional pour l'Europe : Health for all in Europe. An epidemiological review. Copenhague, 1990.

ANNEXE II

Bibliographie

- AGENCE NATIONALE DE RECHERCHE SUR LE SIDA.- *1989/1991 : 3 ans d'activités.*- Paris, 1992.
 - AGENCE NATIONALE DE RECHERCHE SUR LE SIDA, AGENCE FRANÇAISE DE LUTTE CONTRE LE SIDA.- *Évaluer la prévention du SIDA en France.* Un inventaire des données disponibles.- Paris, 1992.
 - ARMOGATHE J.F.- *Pour le développement de l'évaluation médicale.*- Rapport au ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale.- La Documentation Française, Paris, 1989.
 - BOUVIER-COLLE M.-H, VALLIN J. et HATTON F.- *Mortalité et causes de décès en France.*- INSERM, Doin, Paris, 1990.
 - BRUNET J.B.- *M.S.T., une loi d'exception.*- Revue Française des Affaires Sociales, 1990, 4.
 - BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE.- *Le SIDA et l'infection par le VIH.*- Numéros spéciaux : nov. 1988, oct. 1989, nov. 1990, nov. 1991, nov. 1992.
 - CABANEL G.-P., STEPHAN J.-C. et TAIB A.- *Pour une meilleure connaissance de l'état sanitaire des Français.*- Rapport au premier ministre.- La Documentation Française, Paris, 1981.
 - CASSOU B. et al.- *Les risques du travail.*- La Découverte, Paris, 1985.
 - CHABROL P.- *Les programmes Bien Naître.*- Rapport ENA, Paris, 1992.
 - CHOQUET M. et al. - *Les adolescents face aux soins. La consultation, l'hospitalisation.*- INSERM U 169, rapport, Villejuif, 1992.
 - CHOQUET M., LEDOUX S. et MARECHAL C.- *Les 11-20 ans et leur santé. Drogues illicites et attitudes face au SIDA.*- INSERM, Rapport, La Documentation Française, Paris, 1992.
-

-
- CHOQUET M. et LEDOUX S.-
Les 11-20 ans et leur santé. Les troubles des conduites alimentaires.- INSERM, rapport, La Documentation Française, Paris, 1992.
- COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES.- *L'Europe contre le cancer. Santé Publique.*- Initiatives et textes adoptés en 1990. - L'Europe sociale, 1991, 1.
- CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIENE PUBLIQUE DE FRANCE.- *100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales.*- Rapport, Paris, 1992.
- DUBOIS G., GOT C., GREMY F., HIRSCH A. et TUBIANA M. - *L'action politique dans le domaine de la santé publique et de la prévention.* - Documents renotés, mai 1989. Rapport publié par la revue Santé Publique, 1992, n° 4.
- ÉCHANGES SANTÉ.- *Politique sanitaire et sociale en milieu urbain.*- 1992, 66, 3-37.
- GREMY F. et PISSARRO B.- *Propositions pour une politique de prévention.*- Rapport au ministre de la Santé.- La Documentation Française, Paris, 1982.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE.- *Les indicateurs d'alcoolisation 1992. La consommation. La mortalité.*- La Documentation Française, Paris, 1992.
- INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES.- *Commission Santé Publique.*- Rapport, Juillet 1988.
- INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE. - *Enquête sur les naissances vivantes et les décès avant 28 jours.* INSERM U 149, Rapport, Paris, 1991.
- INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE. - *Fréquence de la mortalité maternelle en France.* - INSERM U 149, Rapport, Paris, 1991.
- INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE. - *L'apport des registres de morbidité.* Recherche et politiques de santé. - INSERM, Paris, 1992.
- KESSLER F.- *La dépendance des personnes âgées.*- Revue de Droit sanitaire et social, 1992, 3.
-

- LA CHARTE EUROPÉENNE SUR L'ENVIRONNEMENT ET LA SANTÉ.-
Environnement et santé.- Première conférence européenne sur
l'environnement et la santé, Francfort, 7-8 déc. 1989.

- LERT F. et FOMBONNE E.- *La toxicomanie. Vers une évaluation de ses
traitements.*- INSERM, La Documentation Française, Paris, 1989.

- MASSE G.- *Place de la psychiatrie à l'hôpital général.*-Rapport de la
mission confiée par le ministre délégué à la santé.- Paris, 1992.

- MEYER L.- *Comment améliorer la surveillance des maladies
transmissibles.*- Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 1990, 11.

- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ,
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ.- *Tabac et santé. Faits et chiffres.*-
CFES, Vanves, 1992.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ.- *La lutte contre le SIDA en France.*- La
Documentation Française, Paris, 1992.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. - *La
toxicomanie.*- Solidarité Santé, Etudes statistiques, 1988, n° 15.

-
- MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION HUMANITAIRE, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. - *Toxicomanies. Faits et chiffres.* - CFES, Vanves, 1992.
 - MINISTERE DE LA SOLIDARITÉ.- *Santé, Action Sociale : chiffres et indicateurs départementaux 1990.*- Paris, 1990.
 - MINISTERE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE.- *La santé en France. Faits majeurs, grandes tendances.*- Rapport DGS/SESI, La Documentation Française, Paris, 1989.
 - MINISTERE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ.- *Alcool et Santé. Faits et chiffres.*- CFES, Vanves, 1990.
 - MINISTERE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE.-*Psychiatrie et santé mentale.*-Solidarité Santé, Etudes statistiques, 1990, n° 17.
 - MOLINARD R. et SCHWARTZ J.-L.- *Le traitement de la dépendance tabagique.*- INSERM, La Documentation Française, Paris, 1989.
 - MOREAU Y. et al.- *Dépenses de santé : un regard international.* - Rapport au premier ministre.- La Documentation Française, Paris, 1992.
 - OCDE.- *Le vieillissement démographique. Conséquences pour la politique sociale.*- Paris, 1987.
 - OCDE.- *La santé, financement et prestations. Analyse comparée des pays de l'OCDE.*- Paris, 1987.
 - OCDE. - *Les systèmes de santé. A la recherche d'efficacité.*- Paris, 1990.
 - OMS.- *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales.*- Genève, 1990.
 - OMS.- *Les buts de la santé pour tous.* La politique de santé de l'Europe.- Bureau Régional de l'Europe, Copenhague, 1986.- Ibid. abrégé de la version actualisée, sept. 1991.
 - PADIEU M.- *L'élaboration statistique sur les drogues et les toxicomanies.*- Rapport de l'INSEE à Mme le Délégué général à la lutte contre la drogue et la toxicomanie.- INSEE, Paris, 1990.
-

- REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES.- *Le programme Europe contre le cancer 1989*.- 43 numéros hors-séries.
- ROCHAIX H.- *La médecine du travail et l'Europe*.- Berger-Levrault, Paris, 1991.
- SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ.- *Ici et ailleurs : la prise en charge des personnes âgées*.- Évaluations et comparaisons, 1992, 10, 2.
- SLAMA K., KARSENTY S. et HIRSCH A.- *La lutte contre le tabagisme est-elle efficace ? Évaluations et prospectives*.-INSERM/CFES, La Documentation Française, Paris, 1992.
- THÉBAUD-MONY A.- *La reconnaissance des maladies professionnelles*.- La Documentation Française, Paris, 1991.
- TRIOMPHE A.- *Les personnes handicapées en France : données sociales*.- CTNERHI/INSERM, Vanves, 1991.
- WHITEHEAD M.- *Concepts et principes de l'égalité des chances en matière de santé*.- OMS, Genève, 1991.

ANNEXE III

Rapports généraux des débats régionaux

4 débats régionaux ont été organisés, avec le concours des DRASS, courant novembre 1992 : Rennes (5 novembre), Nancy (17 novembre), Toulouse (20 novembre) et Lille (24 novembre), pour discuter les premières propositions d'octobre 1992.

Les débats qui ont eu lieu, avec leurs critiques constructives, ont contribué à enrichir ce rapport.

Sont présentées ici en annexe les synthèses des rapporteurs généraux de chaque région.

Toulouse – 20 novembre 1992

Il a réuni 246 participants, professionnel de Santé des secteurs public et privé, représentants de Administrations sanitaires et sociales, des organismes de Sécurité sociale, des associations du Secteur médico-social, élus, membres des organisations représentatives.

La synthèse du travail des 6 ateliers présentée en annexe peut permettre de souligner ou de compléter certains aspects du rapport Haut Comité de la Santé Publique, mais dans l'ensemble il ne s'est pas exprimé de désaccord avec ce rapport.

La promotion de la Santé est par nature pluriprofessionnelle et intersectorielle.

Elle est aussi l'affaire des usagers. L'ensemble des professionnels impliqués doit se reconnaître dans le texte définitif qui sera sous au ministre, comme dans les instances.

Une stratégie de communication, d'information réciproque doit être mise œuvre ainsi qu'une formation permettant l'apprentissage du travail pluriprofessionnel cette formation doit comporter l'acquisition d'une culture de l'évaluation.

Des niveaux de coordination adéquats sont indispensables, au niveau de géographie humaine le plus adapté : quartier, communauté urbaine, pays (pour le monde rural), etc. Ce niveaux de coordination doivent être capables d'intégrer services publics et personnels de santé libéraux. On peut même souhaiter qu'il existe de véritables lieux (institutionnels ou plus informels) de coordination.

Au plan administratif le clivage sanitaire/social est un frein à l'approche globale des problèmes de santé et à sa prise en charge au niveau des communautés. Ce point mérite des propositions concrètes dans le rapport.

Certains problèmes de santé ou certaines populations vulnérables sont sous-représentés dans le rapport.

Les personnes handicapées devraient bénéficier d'un chapitre spécifique et, à l'articulation de l'enfance et de l'âge adulte la santé des étudiants, nécessite un paragraphe qui devrait aborder la question des objectifs et de l'organisation des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé.

De même la santé en milieu rural ne peut être rapidement éludée. Les réponses à mettre en place sont partie prenante à la fois d'une politique de réduction des inégalités et d'une politique d'aménagement du territoire.

Le contrôle des facteurs d'environnement, l'étude des risques et leur niveau acceptable doivent constituer un champ de recherche et d'intervention à ne pas négliger : le développement de ce domaine de la Santé Publique garantira d'une dérive « naturaliste » des préoccupations écologiques de la population.

Deux points forts des débats méritent d'être soulignés.

La responsabilité – dans son sens positifs – doit figurer au rang des valeurs fondatrices de la politique de santé : responsabilité des profanes dans leur conduite de santé et leurs recours au système de soins, responsabilité des professionnels dans leur pratique, responsabilité des gestionnaires et des décideurs. Elle est une des composantes de la citoyenneté dans le domaine de la santé ;

La place des usagers – et plus largement des populations – dans la conduite des politiques de santé doit être pensée et définie. Trois ordres de fonctions complémentaires peuvent se concevoir :

- rôle de « vigilance »,
- association à la gestion de services ou d'institutions,
- usagers gérants collectivement des services répondant à leurs problèmes spécifiques.

Ces différentes positions du rôle des usagers doivent être clairement distinguées.

Ce rôle potentiel – et souhaitable – des usagers, tout comme l'apprentissage de la responsabilité passe par une formation et une éducation à la santé dans le cadre scolaire.

Pour le Comité de pilotage régional

Le rapporteur général

J. Pous.

Lille – 24 novembre 1992

Pour chacun des quatre ateliers :

- maternité – petite enfance
- enfance et adolescence
- âge adulte
- personne âgées, nous présentons :
 - la **perception de la démarche** du HCSP par les participants à l'atelier ;
 - les **objectifs** prioritaires énoncés ;
 - les **actions** prioritaires dégagées.

Synthèse des quatre ateliers

Maternité – petite enfance

La démarche est peu familière. Les acteurs présents reviennent constamment aux questions de terrain, ce qui peut s'expliquer par l'insuffisance des moyens humains observés dans certains domaines, tels la gynéco-obstétrique ou la pédiatrie. On fait également remarquer qu'il serait peut-être plus performant de rassembler de façon prospective les partenaires autour d'un objectif spécifique (exemple du programme RCB-Périnatalité qui avait rassemblé les partenaires, il y a une vingtaine d'années, et les avait mobilisés, avec les résultats que l'on connaît).

Les objectifs prioritaires

On observe dans le Nord-Pas-de-Calais un certain déficit culturel et de connaissances, des particularités ethniques et socio-économiques ; ceci conduit à mettre l'accent sur l'éducation sanitaire. On met également en évidence un manque en information et communication, d'où l'insistance sur les efforts à produire pour rapprocher les diverses structures et les multiples décideurs intervenant dans les actions de santé publique (exemple : protection maternelle et infantile et autres structures de prévention et de soins)

Les actions prioritaires

- Mise en œuvre et amélioration d'indicateurs de santé.
- Développement d'initiatives d'éducation sanitaire, après réponse aux questions suivantes : quel message, sous quelle forme, pour quel public, délivré par qui ?
- Conduite d'actions d'évaluation.

Enfance et adolescence

En ce qui concerne la démarche, on souligne sa parenté avec celle mise en œuvre par les acteurs régionaux se souciant de santé publique. Le groupe propose de garder cette démarche de santé globale, de vision unifiée de la santé, et d'essayer de voir quels amendements et prolongements peuvent être proposés au-delà de ce rapport, quelles propositions et applications peuvent être mises en œuvre au niveau régional ?

Les objectifs prioritaires

Tout d'abord, véritablement mettre en œuvre cette démarche méthodologique ; observation, planification, information, action et évaluation. Ceci exige des différents partenaires de s'adapter à cette démarche méthodologique qui nécessite le soutien et la mobilisation des populations. La notion de santé communautaire est sous-jacente à cette démarche ainsi que l'importance de l'évaluation et de la formation, pour les populations et les professionnels qui s'y lancent.

Les actions prioritaires

- un travail local avec l'insistance sur le fait que le contexte de pénurie dans lequel nous sommes nous oblige à rechercher de façon plus performante des partenaires, ce qui constitue un aspect positif ;
- une simplification des financements et des procédures ;
- une nécessité de rassembler des données et d'optimiser les lieux d'échange.

Âge adulte

En ce qui concerne la démarche, on a souligné qu'il y avait dans le rapport beaucoup d'idées, de bonnes intentions, mais que, parfois on est sous à certaines phases de découragement en face d'une absence importante de moyens.

Les objectifs prioritaires

- formation et éducation à la base, c'est-à-dire dès l'école,
- formation de relais : relais de personnels de santé publique, mais également relais du corps médical et paramédical, notamment des médecins généralistes,
- développement d'actions d'éducation spécifique et personnalisée pour des groupes de populations, de malades, de patients à risques (notion de prévention tertiaire).

Les actions prioritaires

- nécessité de cohérence entre les acteurs et les actions,
- nécessité de recenser ce qui se fait déjà,

- nécessité de rapprocher les forces en présence,
- - nécessité de continuer à mesurer l'état de santé, notamment avec une observation épidémiologique qui aurait un retentissement local et régional (cf. le travail des ORS).

Personnes âgées

Au niveau de la démarche, on note que le rapport accorde une place relativement faible aux personnes âgées (une page seulement). On remarque également que peu de liaisons sont faites entre les questions concernant les personnes âgées, d'une part, et toutes les autres questions qui sont abordées dans l'intégralité du rapport, d'autre part.

On souligne la faible place accordé aux problèmes des jeunes retraités ou à des pathologies graves, notamment les maladies respiratoires chroniques graves.

Les objectifs prioritaires

- développer une politique de proximité,
- développer des actions de formation,
- faire admettre la reconnaissance de la gérontologie et non pas seulement de la gériatrie.

Les actions prioritaires

- importance du développement des secteurs gérontologiques : on parle de contrats locaux, peut-être dans le cadre d'une intercommunalité, à destination des personnes âgées.
- Nécessité d'un abord multidisciplinaire sur un secteur géographique donné, ce qui implique le développement des informations et de la coordination nécessaires et entraîne la redéfinition de certains rôles ou de certaines questions :
 - le rôle de la gérontologie à l'hôpital ; le rôle dévolu à l'évaluation des cas de personnes âgées reçues aux urgences ; la réflexion sur la répartition des lits ; la question de la place des solidarités « naturelles » (familiales et de voisinage) ; une meilleure cohérence dans l'évolution de certains services : on cite certaines montées en régime des services de soins à domicile, allant paradoxalement de pair avec des restrictions dans les quotas d'heures d'aides ménagères.
- Nécessité de développer des modules obligatoires de formation à la gérontologie chez les médecins, mais également chez les autres personnels notamment paramédicaux. Souhait lié à la reconnaissance de la discipline « gérontologie » à travers l'adoption d'un langage et de pratiques communs (on dénombre aujourd'hui plus de 1 800 grilles d'évaluation de l'autonomie).

Réflexions finales

Au-delà de notions retrouvées dans les quatre ateliers (besoin de recensement de l'existant ; nécessité de mise en cohésion, en cohérence, et de rapprochement par le partenariat ; développement de la communication et de l'information ; nécessité de formation des personnels et d'éducation des population), on notera les points suivants : Tout d'abord, les échanges ont donné le témoignage d'un travail, extrêmement sérieux et important, de nombreux acteurs ; on observe que les questions abordées sont connues et que, même, les réponses sont connues et formulées.

Mais on insiste, en second lieu, sur la nécessité de trouver une cohésion entre les partenaires et les actions, ce qui devrait sans doute conduire à des réflexions sur la répartition des moyens au sens large.

Cette remise en question de l'affectation des moyennes conduit à une troisième réflexion. En effet, si l'on souligne la multitude d'actions, d'acteurs, de filières, on regrette parfois la mauvaise utilisation des moyens ainsi impliqués (exemple : suivi ordinaire de la contraception par les gynécologues, réalisation des vaccinations par les pédiatres, mauvaise répartition des lits dans le domaine de la gériatrie).

On souligne la nécessité d'aller vers une définition claire d'une véritable politique de santé publique. Or, ceci peut nécessiter certaines remises à plat : chacun des acteurs est-il prêt à réinterroger les moyens dont il dispose ou les demandes de moyens qu'il effectue, ceci en fonction d'une hiérarchie d'urgences revisitée et collectivement arrêtée ? Cette nécessaire remise à plat doit se poursuivre en tenant compte de divers éléments qui ont émergé au cours des échanges :

- nous appartenons à une région qui, certes, a progressé dans divers domaines, mais qui figure parmi les plus défavorisées. Il convient d'en tenir compte pour revendiquer à l'avenir une répartition inégalitaire des moyens, à notre avantage ;
- la faiblesse de ces moyens est telle que, parfois, elle occulte la possibilité de se projeter dans le moyen terme, les difficultés de très court terme (parfois grandissantes, comme dans le cas de la prise en charge des personnes âgées) étant à ce point décourageantes qu'elles empêchent de concevoir un avenir meilleur, alors que l'on sait que ceci exige de disposer d'un minimum de moyens qui sont actuellement refusés ;
- néanmoins, les retards que la région accuse en termes d'équipements, de structures sanitaires, peuvent constituer un atout pour mieux imaginer et mettre en œuvre les formules susceptibles de promouvoir la santé demain : quand on est moins encombré par les structures conçues hier pour

résoudre les problèmes qui se transforment aujourd'hui, on est plus à même d'inventer les solutions pertinentes pour l'avenir ;

- en outre, dans cette région, les problèmes de santé rencontrés ne sont pas nécessairement perçus, ou s'ils le sont, ne sont pas ressentis avec le degré d'implication qu'ils nécessiteraient. Ainsi, le fait que des populations baignent dans certains problèmes, par exemple les comportements d'alcoolisation, font que, très paradoxalement, ces problèmes sont moins perçus qu'ailleurs. Il convient donc d'être attentif à l'image de la santé et à l'appréciation, par la population, de cette image de la santé.

Au total, on n'échappera pas à la nécessité de revoir la répartition des dépenses et des ressources. S'il convient d'aller vers une vision unifiée de la santé, de développer les notions de santé globale, de santé communautaire, ceci amène sans doute aussi à repenser la répartition des personnels, des moyens, des dépenses, ce qui constitue un enjeu, une gageure pour les différents acteurs concernés. Le mouvement initié dans cette région va-t-il se poursuivre ? Pour déterminer une politique de santé publique, nous manquons de lieux de rassemblement, de réflexion et de confrontation. Quels seront les prochains lieux au-delà de celui qui vient de nous être offert par HCSP ?

Moyennant quoi, un certain nombre de questions se posent concernant les suites de ces échanges :

- au-delà de l'accord sur la démarche de santé globale... comment vont être déterminés les objectifs prioritaires parmi l'ensemble des objectifs sur lesquels nous avons eu à nous prononcer ?
- au-delà de la détermination des objectifs prioritaires, comment vont être décidés les moyens nécessaires pour les atteindre ? La région Nord-pas-de-Calais, où les besoins sont importants, où les préoccupations de santé publique sont anciennes et insistantes, peut-elle espérer bénéficier, à son profit, de moyens inégalement répartis ?

Rapporteur général

Thérèse Lebrun

Rennes – 5 novembre 1992

Nous venons d'entendre les quatre synthèses des rapports de commission. Je ne vais donc pas les reprendre au risque de leur faire perdre de leur vigueur et de leur originalité.

Je ne vais pas non plus reprendre les traits communs fort nombreux qui me sont apparus surgir des différents travaux et débats. J'ai choisi d'entendre ceux-ci en étant attentif à débusquer les contradictions qui pouvaient apparaître en faisant le pari que cette intervention sur le mode dialectique pouvait donner à construire, d'une part, et à créer quelques points de relief, d'autre part, dans cet ensemble de réflexion et de participation fort intenses auxquels nous venons d'assister.

Les sept séries de contradictions ainsi relevées seraient à situer entre niveau des valeurs et des finalités en premières pages du rapport et celui des programmes détaillés proprement dits. Cette série serait à positionner à la hauteur des exigences définies dans le chapitre II.3. du rapport intitulé « cheminement et directives » et serait, à mon avis, à retraduire en termes de principes directeurs.

- **D'accord pour une conception globale de la santé ...**

Mais à condition que les programmes proposés ne restent pas avant tout médicalisés

Tous les participants de cette journée se sont félicités de voir adopter, en préambule du rapport, la définition de l'OMS : « un bien-être complet, physique, mental et social » avec toutes ses conséquences au niveau de l'implication directe des domaines de l'éducation, de l'environnement, de l'urbanisme, du travail et, de manière générale, de la qualité de la vie. Mais paradoxalement, quand le rapport passe des principes aux programmes, il reste dans une conception très classique de la santé – celle qui vise « l'absence de maladie et d'infirmité » : celle qui prévoit avant tout de guérir...

Dans certains groupes, il a même été dit qu'il ne pouvait en être autrement en regardant la composition du Haut Comité lui-même ou celle du groupe de pilotage de la journée (qui, pour l'essentiel, assurait l'animation et le secrétariat des groupes de travail). Dans les deux cas, la majorité des médecins qui les composent ne peut qu'induire une telle contradiction.

- **D'accord pour un recueil systématique d'observation...**

Mais cette description sous-jacente des symptômes de bonne ou de mauvaise santé n'est-elle pas tributaire d'une représentation de la santé qui ne colle plus avec la réalité des praticiens ?

Tous se sont accordés pour reconnaître l'intérêt sans conteste de l'Observatoire de la santé. La démonstration en avait été apportée en début de journée : la formulation d'indicateurs, l'établissement de critères, le travail comparatif, l'observation rigoureuse sont des méthodes qui portent leurs fruits. De même, les programmes exposés dans le rapport se sont appuyés sur des documents issus de travaux réalisés avec compétence, mais la façon de choisir ces signes repérables (exemple : mortalité périnatale ou incidences IVG) paraît relever d'une représentation de la santé qui ne correspond pas à

celles qu'en ont les praticiens de la santé. Les critères décisifs sont tout autres disent-ils. Leur expérience les amène à vivre concrètement le décloisonnement du sanitaire et du social comme le préconise la cinquième motion du CES de Bretagne.

- **D'accord pour envisager hardiment des stratégies d'avenir...**

Mais ne faut-il pas d'abord reconnaître et valoriser ce qui se fait ?

Les participants se sont réjouis que le ministère de la Santé se projette dans l'avenir et envisage de se doter d'une vision et d'un outil au niveau politique pour l'avenir... Pourtant, les mêmes participants ont le sentiment qu'à leur niveau, ils y travaillent depuis longtemps au quotidien de leurs pratiques. Ils expérimentent avec les moyens du bord. Il inventent des solutions au plus près de la satisfaction des besoins. Ce rapport prend-il en compte cette somme de créativité et d'expériences accumulées ? Cette nouvelle politique envisagée est-elle suffisamment à l'écoute de ce qui se réalise ? Ne fait-elle pas table rase de tout ces apports au lieu de s'appuyer sur eux ? Envisage-t-elle de faire place à l'expérimentation ? Encourage-t-elle la poursuite de l'inventivité en fonction de la variété des compétences et de l'attention à la diversité des besoins ? Cette politique nouvelle n'est-elle pas – a-t-on fait remarquer dans un groupe – comme cette conception sous-jacente de la jeunesse ? On voit ses manques et ses problèmes (délinquance, drogue...) ? On préconise des remèdes à ce diagnostic, y compris en termes négatifs (« Ne pas dilapider son capital santé »).

On n'est donc, dans ce cas, pas assez mobilisé pour saisir, voir et dire tout le positif déjà là comme autant d'atouts sur lesquels s'appuyer pour aller plus loin. Certes, on objectera que c'est présent dans l'esprit des rédacteurs... c'est plus explicite en le disant.

- **D'accord pour mobiliser toutes les forces intéressées par la santé dans notre pays...**

Mais l'urgent n'est-il pas de travailler à coordonner ce qui se fait et à mailler des réseaux à différents niveaux ?

Cette perspective de viser dans chaque domaine à tendre au niveau de performance de la région ou du pays le plus avancé est perçue comme une proposition plus réaliste que celle d'objectifs à atteindre sous forme de pourcentage. Ceci a été clairement signifié dans plusieurs groupes de travail. Pourtant, le constat a été fait, qu'une masse énorme d'énergie est gaspillée par manque de coordination. Dans une même région, voire un même département, les uns ignorent ce que font les autres dans un secteur d'intervention identique. Les complémentarités ne sont donc pas assurées et les coordinations mal organisées. Il y a urgence de considérer comme un bien précieux l'information à faire circuler et l'établissement de réseaux horizontaux et transversaux dans les mêmes disciplines et entre disciplines tant il est vrai qu'aujourd'hui la prise en charge tend à se faire globalement, et la conception sectorisante et cloisonnée ne peut plus la satisfaire. L'exemple donné dans un groupe a été celui des soutiens multiples et complémentaires à apporter à un jeune faisant une tentative de suicide et sortant d'hôpital.

Dans un autre groupe, il est fait état des dispositifs de coordination institués entre médecins du travail, de la sécurité sociale, du centre de rééducation, de la Cotorep et du généraliste pour la prise en charge concrète du sortant d'accident. Ces coordinations sont le fait de quelques acteurs qui ont inventé des solutions pour unir leurs efforts en vue du bien des personnes, mais n'y-a-t-il pas urgence à encourager de telles procédures et de les inscrire de fait comme des priorités de stratégie à mettre en œuvre pour vaincre les résistances institutionnelles dans ces nouvelles habitudes à créer ?

- **D'accord pour une politique de santé ambitieuse et dynamique...**

Mais pas sans rendre les gens acteurs de leur « bien être complet »

Les professionnels de la santé présents à cette journée sont prêts à œuvrer pour une « stratégie de santé » mobilisatrice. Ils sont suffisamment motivés par la finalité de leur métier pour poursuivre leur engagement constant qui allie souvent le militantisme à leur exigence de professionnalisme. Pourtant, de nombreux participants ont pensé que cette stratégie proposée était encore trop présentée comme relevant des seuls responsables de la santé. Or il apparaît clairement que la réussite de ce plan d'ensemble, surtout s'il intègre cette conception plus englobante de la santé, ne peut se réaliser que si les citoyens sont concernés par la responsabilité de leur propre destinée dans ce domaine. Aussi, beaucoup d'agents présents ont trouvé insuffisants les dimensions d'éducation y compris civique, le développement de l'hygiène, la formation des personnes, et surtout l'accentuation des dispositifs et moyens d'une réelle prévention qui rendent tout un chacun plus conscient, et donc plus acteur de ce qui le concerne au premier chef.

- **D'accor sur la nécessité d'une politique nationale...**

Mais à condition qu'elle s'articule sur une confiance faite au local.

Une politique nationale : qui se plaindrait d'un tel projet ? Et pourtant les participants pensent que l'on va encore chercher à encadrer, à uniformiser, à penser que ce qui est bon dans le Nord le sera au Sud, voire dans les DOM-TOM, et que ce qui est applicable à l'Est peut l'être à l'Ouest. À ce sujet, des participants demandent clairement que la stratégie proposée soit plus un cadre avec de grandes

orientations mais surtout que joue à plein la décentralisation, qu'au niveau des régions puissent se définir des priorités. Les professionnels réunis dès ce matin dans cette école l'ont vu : la Bretagne est moins touchée par certaines priorités nationales mais l'est beaucoup plus par les taux de suicide et les tentatives de suicide. C'est l'une des priorités qu'elle doit se donner, et il est évident que voilà le bon exemple qui touche à la santé au sens large du terme, impliquant travail, éducation, urbanisme, et pourquoi pas, culture et qualité de vie.

Le maître mot de cette décentralisation souhaitée est bien celui de l'acceptation de la flexibilité dans la mise en œuvre de politiques coordonnées.

- **D'accord pour des programmes à long terme...**

Mais qui ne soient pas contrecarrés par des contraintes qui ne savent gérer que le court terme.

Il paraît évident que ressort de tout ce qui précède l'adhésion à une politique qui ne puisse s'engager que sur un plan qui dure et qui ne soit pas remis en question à chaque instant... et notamment par le bote fort aléatoire de budgets annuels ou de déplacements soudains de priorités au gré des opportunités à saisir qui détruisent alors toute action de longue haleine.

Conclusion

L'ensemble des professionnels réunis ce jour ont fort apprécié d'être sollicités pour une telle consultation. Bien d'autres auraient souhaité s'y rejoindre... preuve s'il en est que la volonté de participer est intense, à condition qu'elle soit prise au sérieux par des suites réelles données à ces consultations régionales.

Il est clair que le Ministère découvrira, s'il continue à s'inscrire dans cette dynamique, qu'il y a sur le terrain des forces vives engagées dans l'innovation et le partenariat.

Et si cet essai de consultation devait se renouveler – et pourquoi pas se transformer en partage de responsabilités y compris dans des décisions régionales, voire locales – pourquoi ne pas rêver que ce serait ainsi la mise en acte de vœux émis à un autre niveau d'application d'un sain principe de SUBSIDIARITÉ.

Rapporteur général

Jacques Bruneau

Nancy – 17 novembre 1992

Le 17 novembre 1992, 250 personnes se sont réunies à Pont-à-Mousson pour amender et enrichir les propositions du Haut Comité de la Santé Publique rassemblées dans le document « Stratégie pour une politique de santé publique ».

En région Lorraine, le document du Haut Comité de la Santé Publique a été analysé à partir d'un découpage en 8 tranches d'âge, débutant à la conception et se terminant par l'analyse des besoins des personnes âgées de plus de 85 ans.

Il n'est pas question dans ce rapport général de reprendre dans le détail les conclusions de chacun de ces groupes. Nous chercherons plutôt à présenter le dénominateur commun aux réflexions menées autour des besoins d'actions pour chaque tranche d'âge.

Globalement, la démarche est apparue cohérente car elle lie prévention et soins dans une vision à la fois individuelle et sociale de la santé. Malheureusement, le texte s'intéresse essentiellement à la prévention médicale et n'aborde que très superficiellement les rapports entre santé et environnement. Or, comme le rappelle avec force le rapport Béraud, les déterminants de la santé sont essentiellement non médicaux. Il faut donc rechercher les facteurs socioculturels, psychologiques, économiques et environnementaux les plus influents et définir concrètement, avec les acteurs concernés, une politique de santé publique.

Pour chaque tranche d'âge les groupes de réflexion ont relevé à côté des propositions positives du document, des insuffisances ou des incohérences. Nous présenterons quelques-unes de ces critiques ou propositions. La critique principale concerne le choix et l'imprécision des indicateurs de santé.

Par ailleurs, il apparaît difficile de mener une telle réflexion sans faire référence à sa pratique quotidienne. C'est ainsi que certains souhaitent insister sur les réalisations de la région Lorraine dans le domaine de la prévention, montrant qu'une initiative de ce type au niveau national ne peut réussir que si elle prend en compte les interventions existantes au niveau local.

La stratégie proposée est pertinente...

Mais n'est-elle pas utopique ?

Le document « Stratégie pour une politique de santé » est jugé globalement satisfaisant. De nombreuses personnes adhérant à la philosophie générale du document, le trouvent pertinent. Les propositions essentiellement centrées sur le préventif et la qualité de vie sont appréciées.

Ce document pourrait être le point de départ d'une dynamique de réflexion permanente sur l'approche globale de la santé. Si nous pouvons adhérer par souci de cohérence à la définition d'une stratégie rationnelle allant jusqu'à la modification des comportements, nous devons rester vigilants pour garantir les libertés individuelles.

En effet, face à une stratégie globale, que deviennent les comportements différents ? Comme l'a bien souligné un groupe : « quels moyens utilisons-nous pour ne pas être directif et moralisateur dans la mise en application de nos actions de prévention ? »

Le texte n'abordant pas les questions budgétaires, certains professionnels de santé de la région Lorraine sont inquiets quant aux suites qui pourront être données aux recommandations. L'égalité est affichée comme principe d'action, mais la définition des objectifs n'est pas hiérarchisée, ni programmée dans le temps, des groupes d'individus ne ont l'objet d'aucun projet spécifique. Sans moyens, sans méthode, ces déclarations généreuses ne sont-elles pas une utopie supplémentaire dans la recherche d'une amélioration de la santé de chacun d'entre nous ?

Choisir, orienter, évaluer au moyen d'indicateurs, mais lesquels ?

Le débat sur le choix des indicateurs de santé pertinents pour définir et évaluer une politique de santé publique est toujours aussi vivant. Le mythe d'un indicateur synthétique de santé disparaît, mais il ne faut pas, dans un sens opposé que la rusticité des indicateurs choisis pour définir la politique de santé soit une caution à l'imprécision des chiffres donnés. Le manque d'indicateurs documentés dans ce texte, a été relevé par de nombreux participants.

Plusieurs exemples sont signalés dans les rapports des commissions. Nous nous contenterons ici de demander pour le document final une bibliographie plus étayée. Et pourquoi ne pas proposer un tableau synthétique des indicateurs de santé d'une population (disponibles, à créer...) ?

Des réflexions pour chaque groupe d'âge...

En complément des propositions formulées par chaque commission, nous exprimerons rapidement pour chaque groupe d'âge les tendances fortes de la réflexion, en rappelant en préambule que les points positifs, l'emportent les critiques.

En ce qui concerne l'enfant, il est regretté que celui-ci n'apparaisse qu'à peine dans ses milieux de vie. L'école et la famille sont évoquées mais pas les modes d'accueil et la nécessité de leur adaptation à l'enfant.

Prenons garde de ne pas considérer le bébé et l'enfant comme objet de soins d'éveil et d'éducation et non pas comme sujet ? Prenons garde que la technicité et la médicalisation excessives n'entraînent pas un désappropriation des usagers dans le domaine de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance.

La prise en charge de l'adolescence apparaît aux acteurs schizophrénique. Incohérence des messages transmis aux adolescents, multiplicité d'intervenants non coordonnés, moyens budgétaires mal répartis plaident pour une globalisation de l'action.

À l'âge adulte, l'information sur la prévention et le dépistage est insuffisante. On constate une mauvaise acceptation des conséquences d'un dépistage qui s'avère positif, de la maladie en général et un rejet du malade par l'entourage et la société. Les causes profondes de la dépendance (tabac, alcool, drogue) sont insuffisamment connues, ce qui ne permet pas l'organisation d'une lutte contre ces risques en amont.

La recherche épidémiologique serait-elle insuffisante ?

Les déterminants de comportements sont à appréhender plus finement, mais toujours avec prudence. Pour les personnes âgées, le document proposé positionne bien le lien existant entre le social et le sanitaire. Tous les membres du groupe ont regretté l'utilisation du mot qualité de vie pour la personne âgée. Ils auraient préféré le terme projet de vie. Existe-t-il une pertinence à séparer les 85 ans handicapés des autres générations ? Plutôt que de créer un fonds de dépendance, le groupe souhaiterait voir émerger une loi pour les handicapés quel que soit leur âge, les moyens étant adaptés à cette différence d'âge, aux services existants et aux ressources différentes au cours de la vie.

Des propositions nationales peuvent servir aussi une relance d'actions régionales coordonnées.

Si les propositions du Haut Comité ont débouché sur l'expression d'objectifs généraux, il reste à prendre la balle au bond pour les traduire en termes opérationnels. Ce passage à l'acte doit se réaliser conjointement à l'échelle nationale et régionale.

Il serait frustrant d'avoir invité 250 personnes pour réunion sans suite, d'avoir commenté un texte national sans pouvoir l'enrichir des réalités et des réalisations lorraines. Cette étape est un essai à transformer. Les textes des commissions pourraient circuler ainsi que la présentation sur la santé des Lorrains, établie par l'ORS, afin d'être, à leur tour, enrichis en vue « d'un livre blanc pour un plan d'action d'amélioration de la Santé des Lorrains.

Rapporteurs généraux

J.F. Collin

J.F. Dodet

Membres du Haut Comité de la Santé Publique

René CAQUET
Etienne CANIARD
Gérard DUBOIS
Gilles ERRIEAU
Bertrand GARROS
François GREMY
Albert HIRSCH
Jean-Claude HENRARD
Claude HURIET
Jean-François LACRONIQUE

Jean-Marie LE GUEN
Guy NICOLAS (Vice-Président)
Philippe-Jean PARQUET
Jeanine PIERRET
Edith PONS
Jean-Claude SAILLY
Patrick de LA SELLE
Maurice TUBIANA
Marie-France WITTMANN

Membres de droit

- le directeur général de la Santé,
- le directeur des Hôpitaux,
- le directeur de la Sécurité sociale,
- le directeur de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale,
- le directeur de l'École nationale de la santé publique,
- le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Jean-Claude HENRARD a assuré la coordination de la rédaction de ce rapport.

Les membres du Haut Comité remercient pour leur contribution :

M. Hubert ALLEMAND
Mme Marguerite ARENE
Mme Ségolène AYME
M. François BAUDIER
M. Fernando BERLOTTO
M. M. BOIN
Mme Liliane BOURHIS
M. Gérard BREART
M. Marc BRODIN
Mme Michèle BRUAIRE
M. Bernard CASSOU
M. Alain CASTAIGNE
Mme Catherine CAUD
M. M. CAZABAN
M. M. CLAUSTRÉS
M. DANCHIN
M. J.-P. DAURES
M. René DEMEULEEMESTER
M. François DELAHAYE
M. Marc DI PALMA
Mme Fabienne DUBUISSON
M. Pierre DUCIMETIERE
Mme Anne DUJOL
M. Bernard ENNUYER
M. René GOURGON

Mme Isabelle GREMY
M. Michel GREMY
M. Yves GROGOGÉAT
Mme Claudine HERZLICH
M. Michel JOUBERT
M. Eric JOUGLA
Mme Hélène KHODOSS
Mme Marie-Christine LATTES
M. Antoine LAZARUS
M. G. LEFORT
M. F. Charles LEJEUNE
Mme Maggy LEROY
Mme Agnès LORDIER-BRAULT
M. Michel MANCIAUX
Mme Laurence MEYER
M. Emile PAPIERNIK
Mme Renée POMMAREDE
M. Henri PUJOL
Mme Marie REY
M. Jean-Marie RUCH
Mme Annette SABOURAUD
Mme Anne TALLEC
M. Jacques VALLIN
M. Bruno VARET

pour la dactylo et la mise en page :

Riama M'BAÉ
Maïté IBARRECHE
Arlette DARDY

pour la bibliographie :

Stéphane LEGRAND

et pour l'ensemble de sa collaboration :

Ségolène CHAPPELLON
