

NOTE AUX CANDIDATS A L'ELECTION PRESIDENTIELLE

3 CONSTATS ET 5 PROPOSITIONS POUR UNE SOCIETE PLUS JUSTE ET PLUS PROTECTRICE EN MATIERE DE SANTE

La crise mondiale sans précédent que nous traversons, a montré si les différents gouvernements se révélaient en mesure, ou non, de répondre à la crise et de mobiliser les outils de la santé publique.

Promotion de la santé, santé dans toutes les politiques¹, étude d'impact en santé², une seule santé » ... autant de mots convoqués dans les discours politiques et les outils de planification sans que le sens et les conséquences n'en soient compris et les méthodes appliquées.

Un collectif (élus, scientifiques, médecins, usagers du système de santé, sociologues, etc.), en partie mobilisé dans le cadre du Groupe Miroir de la mission de refondation de la Santé Publique dirigée par le Professeur Franck Chauvin, s'est réuni autour de **trois constats et six propositions** nécessaires à la refondation de l'organisation de la santé publique en France.

Parce que certains de ces constats sont internationaux, les propositions faites résonnent avec les conclusions de la 10^{ème} conférence mondiale de la promotion de la santé, organisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en décembre 2021 et ouvrant sur la Charte de Genève ([Charte Genève](#)).

Ces propositions ont l'objectif de **s'atteler à traiter enfin les causes structurelles de la santé plutôt que d'en compenser inefficacement les conséquences individuelles** comme cela est fait jus qu'ici.

Constat 1 – Un enlèvement dans des stratégies de santé publique inadaptées et restrictives

Les plans de santé publique restent circonscrits à une vision biomédicale de la santé définie comme la seule absence de maladie. Ils ne prennent pas en compte le fait que la santé est d'abord un état complet de bien-être et la capacité à mener une vie satisfaisante et que **certaines mesures vues comme favorables pour une dimension de la santé peuvent ne pas l'être pour une autre dimension.**

Les faits : Les mesures anti-covid restrictives mises en œuvre (confinement, fermeture des écoles, communication anxiogène, déprogrammations appliquées de manière anticipée et universelle, etc.) n'ont pas fait disparaître l'épidémie. Certaines des études les plus récentes montrent même qu'elles n'auraient pas infléchi la mortalité ([Johns Hopkins Institute](#)) ralentie aujourd'hui par la seule vaccination. En revanche, les données scientifiques et les rapports s'accumulent pour souligner leur impact extrêmement délétère sur les inégalités, la sécurité (notamment des enfants suivis en protection de l'enfance et des femmes victimes de violence intrafamiliales), le retard de soins, la santé mentale, l'accès à l'éducation, etc. Elles ont ainsi déplacé le fardeau de l'épidémie sur les enfants, et les personnes les plus pauvres et les plus fragiles ([BMJ](#)).

Il est aujourd'hui scientifiquement prouvé que **la santé, au sens du bien-être et des capacités, s'enracine dans les politiques non sanitaires agissant comme autant de déterminants sociaux** de la santé : le modèle d'éducation, les politiques de logement, d'environnement, l'aménagement urbain, la proximité avec et le respect de la nature, la politique d'emploi, la cohésion sociale, le traitement des questions de genre ou d'origine, etc. Or, **l'action en santé publique est rarement matérialisée par des actions portant sur ces secteurs.** Les raisons sont multiples : l'ignorance de cette interrelation entre déterminants, la priorité aux enjeux économiques et commerciaux, l'absence d'expertise pour réaliser les études d'impacts en santé demandées par l'OMS à tous les niveaux de décision.

¹ L'orientation des politiques non sanitaires (logement, éducation, social, emploi, etc.) en fonction de l'impact qu'elles ont sur la santé

² Analyse a priori par modélisation des impacts négatifs sur la santé des politiques non sanitaires

Les faits : Si nous connaissons parfaitement l'effet du logement, de l'emploi, de l'éducation, du type de parentalité, de la cohésion sociale et de l'organisation des quartiers sur la santé développementale des enfants, force est de constater que nous peinons à prendre les mesures nécessaires à l'épanouissement des plus jeunes : modèle éducatif source d'inégalités ([Note pisa - France](#)), système de protection de l'enfance et de PMI en délitement, soutien parental et périnatal mal organisé et signalé par l'Unicef comme inférieur aux standards favorables au développement de l'enfant ([Unicef](#)) incapacité à protéger de manière équitable les plus jeunes des déterminants commerciaux et environnementaux de la santé tels que la publicité pour l'alcool, l'exposition au tabac, la publicité sur les programmes pour enfant, l'exposition aux pesticides ou aux perturbateurs endocriniens ou encore tout simplement l'accès à une alimentation de qualité. De la même manière, alors que l'effet de la répartition des espaces verts a un effet documenté sur la santé des populations ([OMS](#)), les conditions de travail sur la santé des professionnels ([santé et travail](#)) ou encore les dispositifs d'enseignement et de notation sur la santé mentale des étudiants ([santé mentale et étudiants](#)), les seules réponses apportées résident dans des stratégies d'éducation pour la santé et le renfort du système de soins pour prendre en charge les personnes ainsi fragilisées par leur environnement ([Plan priorité prévention](#)).

Cette conception restrictive de la santé conduit à l'adoption de **mesures inefficaces** ([Cours des comptes](#) (8) et coûteuses.

Constat 2 – Une politique centralisée, des acteurs essentiels oubliés

Le système d'expertise et de décision en place se révèle insuffisant à prendre en compte la complexité des phénomènes de santé et l'interdépendance des déterminants de la santé. Que l'on parle des secteurs ministériels ou des champs d'action des agences d'expertise censées les conseiller, tout est **enclavé par des fonctionnements verticaux et alourdis, parfois contraint par des enjeux commerciaux ou des liens d'intérêt.**

L'organisation du système ne permet ni les échanges scientifiques nécessaires pour analyser tous les points de vue (production experte mono-disciplinaire), ni le point de vue du terrain permettant d'analyser la faisabilité et l'impact des mesures prises (élus, acteurs de terrain, populations, non associées aux décisions). Certaines décisions font en réalité l'objet d'une **véritable compétition entre secteurs ministériels au détriment des populations** (ex. la faible prise en compte de la question de l'alcool, des pesticides ou encore de la vitesse autoroutière).

Pendant la crise, le **fonctionnement centralisé du système de santé publique** a révélé ses failles. Le rapport du HCSP sur santé mentale et Covid-19 [santé mentale et covid - HCSP](#) a mis en évidence combien le rôle des territoires, et notamment des municipalités, a été déterminant pour maintenir la cohésion des populations et pallier certains effets délétères des mesures. Par leur agilité, les initiatives locales ont permis de proposer des stratégies d'adaptations salutaires. Cette expérience doit servir d'enseignement sur la nécessité d'une conception et d'une responsabilité partagée de la santé publique entre Etat et collectivités locales afin d'articuler au mieux innovation locale et équité entre les territoires.

Les faits : De très nombreux déterminants sociaux de la santé sont à la main des élus locaux. Ils sont les seuls à pouvoir aménager un territoire pour que les espaces de loisirs et espaces verts soient sources de bien-être quel que soit le quartier où l'on vit ; ils ont la ressource pour déployer les stratégies d'« aller vers » les publics les plus fragiles ; ils peuvent aménager la cité pour favoriser les mobilités douces ; ils peuvent agir en faveur de la cohésion sociale et de l'entraide au plus proche des besoins des populations ; ils peuvent organiser l'accès aux produits issus de circuits courts, etc ; ils peuvent faire vivre la démocratie sanitaire au plus proche des communautés. Leur champ d'action est colossal pour favoriser le bien-être des populations et construire la santé là où l'on vit, travaille et grandit.

Constat 3 – L'insuffisance de recherche en santé publique et du transfert de connaissances

La recherche française est reconnue dans bien des domaines, excepté sur celui de la santé publique et des interventions en santé des populations, c'est-à-dire la recherche qui produit des données

probantes sur les politiques, et actions pour améliorer la santé (au sens du bien-être) des populations. Aujourd'hui, seulement **1% des crédits de recherche en santé publique sont consacrés à la recherche interventionnelle en santé des populations**. Ce sous-financement de la recherche en santé publique explique la faible prise en compte de ces enjeux dans la gestion française de la pandémie : il est difficile de mobiliser en temps de crise des solutions que l'on n'a pas conceptualisées et testées préalablement. De l'autre côté, **acteurs et décideurs utilisent peu les données scientifiques existantes** pour guider l'action et la décision, les plans sont reconduits avant d'être rigoureusement évalués en termes d'impact, les crédits de prévention saupoudrés sans stratégie évidente partagée avec les acteurs autour d'objectifs concrets et de monitoring de l'atteinte de ces derniers.

En conséquence, le collectif suggère 6 propositions urgentes à mettre en œuvre dans le cadre d'un prochain mandat présidentiel.

PROPOSITION 1 – INTERMINISTERIALITE

Faire de la politique nationale de santé publique une politique interministérielle par nature. Inscrire dans l'architecture ministérielle la santé publique comme interministérielle, c'est-à-dire sous la responsabilité du premier ministre, afin d'équilibrer les compétitions d'intérêt entre ministères au bénéfice de la santé des populations.

- ✓ **Pourquoi** : Le ministère en charge de la santé, par sa construction et son rang, pilote avant tout le système de santé sans levier sur les autres ministères. Le comité interministériel pour la santé créé en 2014, par son organisation (pilote par la Direction générale de la Santé) ne peut infléchir les mesures prises par les autres ministères, seulement faire valider ses propres mesures par ces derniers. Il ne constitue pas aujourd'hui un outil pertinent pour le développement de la santé dans toutes les politiques, voire conduit à l'inverse en autorisant les autres secteurs à discuter des mesures favorables à la santé des populations (ex. du plan priorité prévention resserré de fait sur une approche individuelle et comportementale).
- ✓ **Comment** : i) La création d'une **délégation interministérielle à la santé publique** en charge de définir et piloter la politique de santé publique, de veiller à la non-nocivité et à l'éthique des mesures non sanitaires comme à la mesure proportionnée aux risques des mesures prises par le ministre en charge de la santé au sein du système de santé. ii) Cette délégation fait un **rapport tous les 2 ans des décisions prises** devant le parlement. iii) Cette délégation pilote et fait évaluer une **loi quinquennale de santé publique** rassemblant les objectifs, moyens et responsabilités de chacun dans la politique interministérielle de la santé publique.

PROPOSITION 2 – D'ABORD NE PAS NUIRE

Assurer que les décisions prises soient éthiques et non nuisibles pour la population : Organiser de manière réglementaire le recours systématique à des études d'impact en santé permettant d'évaluer *a priori* le rapport bénéfice-risque sur la santé globale pour toutes mesures nationales et locales (ie. bien-être physique, mental et social, OMS 1986).

- ✓ **Pourquoi** : Aucune mesure de santé publique restreinte au système de soin ne permet aujourd'hui de pallier efficacement, équitablement et à l'échelle d'une population les effets négatifs des mesures non sanitaires. Les mesures de santé publique restreinte au système de santé peuvent avoir un effet bénéfique sur un déterminant de la santé ou une fraction de la population mais s'avérer délétères sur d'autres déterminants ou autres fractions de la population.
- ✓ **Comment** : i) Inscrire dans la loi de programmation quinquennale en santé publique, pilotée par une délégation interministérielle ad hoc (cf infra), **l'obligation de faire des études d'impact en santé (EIS) pour toute mesure prise** dans les projets et réglementations locaux et nationaux non sanitaires (plans d'urbanisme, restauration scolaire...) et plans de santé publique d'envergure. L'ARS au niveau local, le

ministère de la santé au niveau national sont consultés pour en organiser la mise en œuvre. ii) Confier aux agences nationales et/ou locales la **capacité de les faire**. iii) Donner aux **instances de démocratie sanitaire la possibilité de demander des études d'impact** en santé sur un projet ou une réglementation non sanitaire iv) **Rendre publiques les études d'impacts** réalisées.

PROPOSITION 3 – COMPETENCES

Partager les responsabilités et les décisions autour des problématiques de santé : Donner aux collectivités locales et aux organisations de la société civile davantage de compétences et de missions de santé publique, dans le cadre d'une responsabilité partagée avec l'Etat central et les ARS et favoriser le développement de la santé dans toutes les politiques.

- ✓ **Pourquoi** : Par leur impact majeur sur la santé, les politiques non sanitaires sont des politiques de santé publique. La mobilisation de tous les acteurs, les décideurs, les secteurs autour des enjeux de santé n'est pas une posture philosophique mais la seule manière d'enrayer la plupart des maladies connues à ce jour, lesquelles s'enracinent dans l'environnement. L'approche individuelle (information, éducation pour la santé) est inefficace lorsqu'elle n'est pas associée à **des mesures environnementales (urbanisme, alimentation et activité physique, logement, pauvreté...)** pilotées notamment par les **collectivités territoriales**.
- ✓ **Comment** : i) Confier **aux municipalités une compétence obligatoire partagée sur la santé des populations**, assortir ce partage de responsabilités de moyens et de modalités concrètes d'évaluation par une contractualisation entre l'ARS/l'Etat (Préfet) pour opérationnaliser cette compétence dans une approche intersectorielle (indicateurs, engagements réciproques, financements, travaux). li) Confier aux **ARS une fonction de délégué interministériel régional et départemental pour la santé publique**.

PROPOSITION 4 – RECHERCHE ET TRANSFERT DE CONNAISSANCE

Se donner les moyens d'une recherche interventionnelle en santé publique ambitieuse. Doter la France d'un programme annuel de recherche en santé publique, dont au moins 10% des moyens seront consacrés à la recherche interventionnelle en santé des populations, qui prévoit une aide à la structuration d'équipes et de réseaux de recherche sur ces sujets travaillant notamment sur les déterminants sociaux de la santé de manière pluridisciplinaire et qui s'organisent dans une perspective de transfert de connaissances afin d'appuyer les décisions publiques.

- ✓ **Pourquoi** : En France , au-delà de la **faible part consacrée à la recherche interventionnelle** en santé des populations, la conception pluridisciplinaire n'est pas acquise (restreinte pour majorité à l'épidémiologie), le **domaine reste peu attractif** (difficultés à titulariser et à offrir des conditions décentes de travail aux jeunes chercheurs) et déconnecté des besoins de santé ou des pratiques des professionnels (aucun dispositif organisé de transfert de connaissance vers les décideurs et acteurs). Du coté des acteurs et des décideurs, les **données issues de la recherche sont peu utilisées** faute de connaissances sur leur existence ou d'accompagnement à leur utilisation dans le contexte français. Des dispositifs ont été créés (ex. Inspire_ID piloté par la DGS ([SpF](#)), le portail des données probantes de SpF) mais peinent à se déployer et à infléchir les pratiques des acteurs faute de moyens et de volonté politique.
- ✓ **Comment** : i) Adopter un **programme pluriannuel de recherche en santé publique** doté d'un plancher de 10% des crédits attribués à la recherche interventionnelle, réévaluable à la hausse tous les ans. ii) Organiser et soutenir au niveau local **des réseaux scientifiques pluridisciplinaires** afin de créer des *task force* pluridisciplinaires (urbanisme, sciences de l'éducation, logement, transport, santé, sociologie, etc.) en capacité d'analyser et répondre aux problématiques locales et nationales de santé publique en fonction des expertises de chacun et dans une approche globale. liii) **organiser le transfert des connaissances**, c'est-à-dire la diffusion, la vulgarisation, l'appropriation par les acteurs et les décideurs des résultats des travaux scientifiques.

PROPOSITION 5 – PROTEGER LES PLUS VULNERABLES

Faire de la **protection, de la promotion de la santé et de l'accompagnement des publics vulnérables**

(et particulièrement les enfants, les adolescents et les étudiants) une priorité de santé publique.

- v **Pourquoi** : Notre système de santé et d'éducation est profondément inégalitaire. Ces inégalités ne peuvent être combattues qu'à travers des **mesures structurelles inscrites dans les milieux de vie, de développement, de travail et la prise en compte des vulnérabilités** propres aux conditions de santé, d'âge ou économiques auxquelles sont confrontées les populations. Les dispositifs de santé publique (PMI, protection, santé au travail, santé scolaire, santé universitaire) doivent être renforcés et reconnus comme fondamentaux en leur donnant les moyens de fonctionner de manière équitable sur les territoires et en les accompagnant d'objectifs précis et d'évaluation.
- v **Comment** : i) Engager une **réforme des dispositifs d'aide sociale à l'enfance selon les critères de la charte internationale des droits de l'enfant** et les principes de l'intérêt supérieur de l'enfant. ii) **Renforcer massivement les dispositifs de protection maternelle et infantile (PMI) et de santé scolaire et universitaire** afin d'en développer l'action et renforcer leur poids dans les politiques territoriales de santé. iii) **Déployer massivement le programme des écoles et universités promotrices de santé**. iv) Soutenir et pérenniser les dispositifs de promotion de la santé à destination des **populations vulnérabilisées** par les conditions économiques (précarité, migration, etc.) et / ou leur âge / et ou leurs conditions de santé, en faisant évoluer les formations des travailleurs sociaux, personnels de santé au travail, de l'éducation et de la petite enfance pour intégrer les notions de promotion de la santé et l'impact des conditions de vie sur la santé de leur public.

PROPOSITION 6 – COOPERATION

Disposer d'un système de santé publique coopératif en favorisant le transfert et la co-construction des données utiles à la décision en matière de santé publique.

- v **Pourquoi** : La remontée des informations de terrain se révèle souvent une collection d'indicateurs déterminés sans discussion préalable avec les acteurs de terrain. Ceci favorise des stratégies uniquement pilotées par ces indicateurs favorisant les erreurs de politique. La crise Covid19 a illustré ce fonctionnement cloisonné et descendant, en conduisant à des actions incohérentes (par exemple, étudiant positif à la covid19 interdit de cours présentiel mais pas de stage à l'hôpital, fermeture de lycées pendant la 3^{ème} vague mais augmentation de la jauge présenteielle à l'université de 20 à 50%, sans que cela n'entraîne de reprise d'épidémie).. A l'inverse, à chaque fois qu'une politique a été basée sur une remontée d'information discutée avec les acteurs de terrain, elle a pu être mise en place rapidement et efficacement (à l'exemple des dispositifs de chèques psys en direction des étudiants). De même, lorsque les acteurs de terrain coopèrent (ce qui va au-delà d'une simple coordination ou échange d'information) cela permet d'implanter des politiques durables en faveur des populations les plus vulnérables.
- v **Comment** : i) **Favoriser les systèmes d'information ascendants** en supprimant les contrôles d'information par les niveaux intermédiaires, en mettant comme principe que toute enquête ne peut être réalisée qu'après avoir été discutée avec les acteurs concernés par ce recueil. ii) Établir comme règle que **toute décision en santé publique ne peut être décidée à la seule vue d'évolution d'indicateurs et doit faire l'objet d'un échange préalable** avec les acteurs concernés. iii) faire de la **coopération à l'échelon territorial, la base des politiques de santé publique**, en accordant, dans leur mode de financement, des temps de coopération aux différents acteurs concernés, quel que soit leur institution et en se dotant d'une observation de ces coopérations. iv) Assurer et rendre accessible un système d'informations qui permettent **la comparaison et l'échange de pratiques** entre tous les acteurs de terrain et **le transfert des bonnes pratiques d'un territoire à l'autre**.

Cette lettre appelle les candidats à l'élection présidentielle soucieux de s'inscrire dans une programmation moderne de la santé publique, en phase avec les discussions internationales et les données probantes actuelles, à se saisir de ces 6 propositions.

Elles sont de nature à combattre les inégalités sociales de santé en permettant une action sur leur fondement et leur distribution, à permettre des politiques de santé efficaces puisque centrées sur

les causes non sanitaires structurelles de la dégradation de la santé (réglementation, environnement favorable à la santé, correction des mesures délétères). Elles visent à inscrire la santé publique de demain dans une perspective bientraitance en prêtant attention à ne pas prendre de mesures délétères par le brassage des points de vue et l'action concertée tout secteur confondu.

Ces propositions sont issues du travail mené dans le cadre du groupe Miroir constitué pour la mission Refondation de la Santé Publique confiée à Franck Chauvin. Elles sont complémentaires ou confirment certaines propositions portées dans son rapport récemment publié.

Elles ont été rassemblées et sont confirmées par les auteurs suivants :

Linda Cambon, Enseignante chercheuse (Santé Publique), Université de Bordeaux

Patrick Castel, Directeur de recherche en sociologie à la FNSP

Jean Pierre Couteron, Addictologue Association Oppelia, administrateur Fédération Addiction

Laurent El Ghazi, Président d'honneur de l'association Elus, santé publique et Territoires.

Laurent Gerbaud, Professeur des Universités, Université Clermont-Auvergne

Vincent Girard, Professionnel et utilisateur du système de soins

George Kepenekian, Président Institut Santé et Territoires

Didier Menard, Médecin généraliste, association AVEC Santé

Etienne Nouguez, Chercheur CNRS (Sociologue), Sciences Po

Valery Ridde, Directeur de Recherche en Santé Publique CEPED (IRD/IP) France et ISED/UCAD Sénégal

Laetitia Satilmis, Médecin de santé publique