

III - PRESENTATION DES ACTIONS PROPOSEES

L'amélioration du dépistage de certains cancers

Notre système de soins participe déjà à de nombreuses actions de prévention qui sont prises en charge par l'assurance maladie en prestations légales (certificats, certaines vaccinations, examens de santé...), ou par le Fonds d'Action Sanitaire et Sociale (dépistage néo et post-natals).

Le problème actuel n'est plus de se contenter d'assurer le remboursement d'actes qui relèvent d'une démarche individuelle de prévention, mais d'organiser la prévention pour que la totalité de la population en bénéficie, tout en évitant des examens inutiles. En effet, le dispositif actuel qui résulte d'initiatives individuelles sans stratégie globale est à la fois coûteux, en raison de la multiplication d'actes répétés à de trop courts intervalles et dans des conditions non optimales, peu efficace car de vastes secteurs de la population ne sont pas soumis au dépistage, et générateur d'inégalités sociales, alors que le nombre global d'actes (frottis cervico-vaginaux ou mammographie) effectués en France correspond à ce qui théoriquement devrait être fait. En réalité, certains groupes de femmes sont surexaminés alors que d'autres ne sont pas surveillés (par exemple moins de 20% des femmes de plus de 50 ans bénéficient de frottis alors que c'est dans cette classe d'âge qu'ils sont le plus nécessaire, peu d'examens sont effectués dans les groupes socio-culturels défavorisés).

La création d'un Fonds National de Prévention par la loi du 5 Janvier 1988 devrait permettre le développement d'actions de prévention coordonnées. Pour que celles-ci soient efficaces, il faut que :

- une proportion élevée des sujets appartenant aux groupes concernés soit effectivement suivie (au moins les 2/3). On n'y parviendra que grâce à une information systématique du public et des médecins généralistes dont le rôle devrait être essentiel,
- les examens soient effectués et interprétés dans les meilleures conditions possibles,
- les sujets dont les résultats sont anormaux fassent l'objet de soins appropriés.

Nous proposons :

De développer, avec le concours de la Commission des Cancers et dans le cadre du Fonds National de Prévention une politique de dépistage de certains cancers pour :

- 1/ définir une stratégie fondée sur une démarche active des organismes sociaux auprès des groupes devant bénéficier de ces dépistages, en s'appuyant sur les structures de soins publiques et privées, parmi lesquelles pourraient être sélectionnées en fonction de critères précis celles qui participeront au dépistage.
- 2/ lancer des opérations de dépistage de ce type pour les cancers du col de l'utérus et du sein,
- 3/ suivre ces opérations, évaluer grâce à la mise en place d'un contrôle de qualité le fonctionnement des différentes étapes du dispositif,

4/ évaluer le coût et l'efficacité de ces actions.

5/ développer la recherche dans ce domaine, notamment en soutenant des opérations pilotes destinées à évaluer le coût et l'efficacité du dépistage de certains cancers, en particulier les cancers colo-rectaux.

La réussite de ces diverses opérations devrait permettre de réduire d'environ un quart la mortalité pour cancer du sein (soit 1500 à 3000 vies sauvées chaque année) et de moitié la mortalité due aux cancers du col (1000 à 1500 vies sauvées par an). Pour les cancers colo-rectaux, qui entraînent la mort de 15000 à 20000 Français par an, le gain potentiel est encore difficile à évaluer, mais il pourrait être notable.

La publicité contraire aux intérêts de la santé

Le développement de la publicité et la transformation de ses méthodes sont des faits marquants de notre société. Ses 58 milliards lui ont permis d'acquérir l'imagination et le talent. Elle commande la vie économique de nombreux médias et en particulier des chaînes de télévision. De plus, elle intervient dans la vie politique en contribuant à la promotion de l'image des candidats.

Les relations de dépendance étroite entre ces partenaires rendent difficiles les actions tendant à limiter certaines publicités, donc les recettes.

Cette situation interfère avec la santé publique quand la publicité assure la promotion de l'alcool, du tabac, des médicaments, ou valorise des véhicules inadaptés aux limites réglementaires de la vitesse.

La défense de ces publicités est fondée sur des arguments discutables :

- elles n'auraient pas d'influence mesurable sur la consommation et ne feraient que déplacer des consommations entre des marques.

En réalité l'impact de ces publicités sur le comportement ultérieur des enfants et des adolescents est très probable, et ces groupes constituent notre préoccupation principale. Les publicitaires ne doivent pas se substituer aux éducateurs.

- limiter la publicité serait une atteinte à la liberté de communication.

Une société comporte de multiples limitations à nos actions qui visent à protéger des libertés essentielles ; celle de ne pas être conditionné à la maladie, au malheur et à la mort prématurée est plus importante que le soutien d'intérêts économiques particuliers.

L'interdiction de toute publicité pour le tabac et les boissons alcooliques faisait partie des recommandations du Comité des Sages sur la Sécurité Sociale (1987) et des Etats Généraux de la Sécurité Sociale.

Ajoutons que ces publicités sont financées par les acheteurs et que ces moyens pourraient avoir des utilisations plus conformes à l'intérêt général.

Si les publicités dangereuses pour la santé sont inefficaces, autant supprimer cette charge inutile du budget des ménages, mais si elles sont efficaces, il convient de les interdire.

Nous proposons :

1/ de modifier la loi de 1976 pour interdire toute publicité pour le tabac, en étendant cette interdiction à tous les produits ou services commercialisés sous un nom de marque utilisé pour le tabac. Les termes de cette interdiction complémentaire, indispensable pour éviter les contournements de la loi, pourraient être ceux de la loi de 1987 sur la publicité pour les boissons alcooliques. La loi doit également supprimer toute possibilité de parrainage de manifestations sportives, artistiques et culturelles, en particulier sous leur dernière forme : la rétribution de producteurs d'oeuvres de fiction pour qu'ils fassent apparaître dans un texte ou sur des images le nom de marque d'un produit du tabac.

2/ de présenter au Parlement un texte sur la publicité pour les boissons alcooliques reprenant la totalité de l'amendement déposé par Jacques Barrot lors de la discussion de la loi du 31 juillet 1987. Ce texte, reproduit en annexe, interdit la publicité sur les supports qui s'imposent à tous, en particulier aux enfants (cinéma, affichage, radio, télévision), autorise la publicité dans la presse pour adultes sous une forme strictement informative qui était celle définie dans notre code des débits de boissons pour les boissons du 3ème groupe avant la dernière modification législative.

La distinction entre ces deux produits se justifie par la différence des objectifs de santé publique les concernant. Pour le tabac, le but est de supprimer à terme toute consommation, en agissant par l'information, l'éducation, l'absence de valorisation et de conditionnement publicitaire. Pour l'alcool, le but est de faciliter le contrôle de sa consommation par chaque individu, en autorisant une publicité très neutre, strictement informative, excluant tout amalgame valorisant l'alcool en l'associant à d'autres activités.

Ces propositions sont en accord celles de la Commission de la CEE.

La politique des prix dans le domaine des consommations dangereuses.

Depuis que la fiscalité existe, les pouvoirs politiques ont utilisé la taxation des drogues dont la vente était licite comme une méthode de facilité pour procurer des ressources à l'Etat. Cette pratique est fréquemment considérée comme une forme de laxisme moral de la part d'un Gouvernement qui profiterait de cet argent sale.

Il faut admettre que ces ressources de l'Etat ne sont pas celles d'une personne physique qui se remplirait les poches avec le produit du malheur, mais les moyens que nous mettons en commun pour assurer des tâches collectives définies par le Gouvernement et le Parlement dans le cadre budgétaire.

Augmenter les taxes sur des produits dangereux pour la santé est une méthode efficace pour limiter la consommation. Il y a une relation entre le prix et la consommation, en particulier chez les jeunes. Une augmentation du prix du tabac est d'abord une action de santé publique, et accessoirement une méthode de répartition des charges individuelles qui vont satisfaire les besoins collectifs.

Pour mieux faire apparaître la destination des fonds collectés il est possible de les affecter à la santé, par exemple à la sécurité sociale. Cette affectation a un effet psychologique non négligeable,

A l'objectif de santé publique s'ajoute une obligation communautaire, harmoniser les taxes des pays de la communauté pour 1993, pour permettre la libre circulation des produits commercialisés.

Le traité de Rome désigne sous le nom de droits d'accise les impôts indirects supportés par certains produits comme l'alcool, le tabac ou l'essence, leur prix étant habituellement déterminé en ajoutant à la valeur initiale un montant proportionnel à une quantité (nombre de cigarettes, litre d'alcool pur...), une taxe proportionnelle au prix pouvant s'ajouter ensuite pour déterminer le prix final.

La commission de la CEE envisage un prix communautaire pour le tabac qui représente un doublement du prix français actuel qui est, avec celui de la Grèce, le plus bas de la communauté. Il convient donc d'organiser dès maintenant l'évolution de notre taxation, ne pas le faire signifierait que l'on ne croit pas au grand marché de 1993.

L'augmentation doit être d'environ 30% par an pour les budgets de 1990, 1991, 1992. Elle aurait un effet inflationniste, le tabac intervenant pour 18/10.000 dans l'indice des prix. Son doublement représente une augmentation de 1,8% de cet indice. Le Gouvernement a deux possibilités qui ne s'excluent pas pour éviter une répercussion sur les salaires de cet accroissement du prix du tabac :

- la première consiste à inciter les partenaires sociaux à discuter les évolutions salariales en se fondant sur un indice "hors-tabac". Il faut remarquer à ce sujet qu'il n'y a aucun obstacle au niveau de l'INSEE à la publication d'un tel indice. Une loi (qui n'était pas nécessaire !) a déjà prescrit la publication d'un indice excluant le tabac et l'alcool, il est facile de demander à l'INSEE de publier dans son bulletin mensuel un indice hors tabac et un indice hors alcool. Cet organisme est un organisme scientifique avec une déontologie stricte dans le choix de ses indicateurs. Il est de sa responsabilité de publier un indice global qui reflète la consommation réelle, ce qui n'exclut pas la publication d'indices reflétant une partie de cette consommation.

La publication d'un indice hors-tabac correspond à une directive européenne qui est respectée dans d'autres pays de la Communauté. Il n'est pas convenable de tenir compte d'un indice incluant le plus grand toxique de notre civilisation.

- la seconde solution serait une compensation de l'effet sur l'indice d'une augmentation du prix du tabac par l'abaissement de taxes sur d'autres produits. Il est particulièrement important de bien choisir ces produits, d'une part pour être certain que les baisses de TVA atteindront le consommateur sans être absorbées aux échelons intermédiaires, d'autre part en prenant en considération les différences de taxation au niveau européen pour évoluer vers une harmonisation. Les assurances pourraient être un des secteurs bénéficiant d'une réduction importante de la taxation.

Le choix entre ces deux possibilités qui ne s'excluent pas est un problème gouvernemental dans lequel nous n'avons pas à intervenir.

Le problème de l'alcool se pose dans des termes qualitativement identiques. Une complication supplémentaire est introduite par la multiplication, absurde au plan de la santé, des catégories d'alcool. L'objectif de santé publique est de réduire la quantité d'alcool absorbée sans s'intéresser à la quantité d'eau qui l'accompagne. Il conviendrait de taxer l'alcool au gramme d'alcool pur sans tenir compte du degré. Cette solution est actuellement dépourvue de réalisme. Les propositions de la Commission correspondent à des droits d'accises proches de la moyenne communautaire actuelle pour les boissons distillées (environ 1300 écus par hectolitre d'alcool pur). Pour les produits fermentés la taxation serait proportionnellement beaucoup plus faible (17 écus par hectolitre de vin ou de bière). Ces taxations nous paraissent insuffisantes, il conviendrait de définir une politique communautaire de croissance régulière de ces droits d'accise, se poursuivant après 1993.

Nous proposons :

1/ Un doublement des taxes additionnelles sur le tabac (droits d'accise), réparti sur les budgets de 1990, 1991 et 1992 pour atteindre les valeurs que nous avons l'obligation d'atteindre au niveau de la Communauté en 1993.

2/ d'infléchir les propositions actuelles de la commission sur la taxation de l'alcool pour mieux prendre en compte la quantité d'alcool pur contenu dans les boissons alcooliques.

3/ de demander à L'INSEE de publier dès maintenant un indice des prix "hors tabac" et un indice "hors alcool", en plus de l'indice "hors tabac et alcool", ce qui ne nécessite pas de décision législative.

4/ de développer une négociation avec les partenaires sociaux pour obtenir une prise en compte de l'indice hors-tabac dans les négociations salariales. Pour faciliter cet accord, il est concevable de compenser pendant une période transitoire les effets sur l'indice global des augmentations du tabac par des baisses sur d'autres taxations, ce qui serait sans effet sur les ressources de l'Etat, les éléments de l'indice global de l'INSEE étant représentatifs de la consommation réelle.

La limitation de la consommation des tranquillisants et des hypnotiques

Le Français est le premier consommateur mondial de benzodiazépines comme il est le premier consommateur d'alcool. 15% des ordonnances comportent une prescription de cette famille de tranquillisants, associée dans 25% des cas à un autre psychotrope. Un malade sur quatre reçoit un tel médicament depuis plus de 5 ans.

Le développement d'une dépendance médicamenteuse dans une partie aussi importante de la population est un problème de santé publique. La prescription massive de tranquillisants est une solution inadaptée au problème de l'anxiété et des difficultés à vivre dans des sociétés qui associent de multiples contraintes à un affaiblissement des rapports affectifs et de la solidarité "non financière" entre les individus. La France n'a pas l'exclusivité de ces problèmes, de plus accepter cette dépendance serait admettre que le traitement d'une maladie de société consiste à prendre un produit qui pourrait aider à la supporter.

Les facteurs qui sont à l'origine de cette situation sont bien individualisés :

- les insuffisances de la formation initiale et continue des médecins dans le domaine thérapeutique

- l'efficacité de ces produits et leur aptitude à créer une dépendance.

- les intérêts économiques des producteurs qui disposent d'une possibilité de promotion mal contrôlée, fondée sur 15.000 visiteurs médicaux, sur la publicité massive s'exerçant dans une presse spécialisée devenue financièrement dépendante de cette publicité et allant jusqu'à des subventions directes ou indirectes des prescripteurs.

Les avis recueillis sur ce problème ont été dans l'ensemble opposés à des mesures radicales, aboutissant à une suppression de la majorité des prescriptions, telle une inscription au tableau B. Une limitation des prescripteurs sur un critère de spécialisation, en la réservant par exemple aux psychiatres, est également considérée comme une mesure abusive, introduisant une discrimination incompatible avec l'omnivalence du diplôme de Docteur en médecine.

Les actions à long terme portant sur la formation des prescripteurs, l'information des utilisateurs et la réforme des conditions de promotion et de publicité des médicaments sont indispensables mais elles ne dispensent pas d'entreprendre des réformes immédiates.

Deux types d'actions permettent d'obtenir un effet immédiat en évitant la brutalité d'une inscription au tableau B :

- la modification des modalités de prescription et de conditionnement de l'ensemble des produits médicamenteux psychotropes. Il convient de créer de nouvelles possibilités dans ce domaine en limitant la durée de prescription comme le tableau B le permet, tout en évitant les dispositions trop contraignantes de ce tableau.

- la modification des conditions de remboursement de ce type de produits. La mesure la plus simple consiste à limiter le remboursement aux seuls malades pris en charge pour une affection de longue durée. C'est au niveau de ce groupe que la charge des dépenses médicamenteuses est la plus élevée pour le patient et que se situent la majorité des prescriptions de longue durée les plus utiles de ces produits (affections psychiatriques, pathologies dans lesquelles le traitement de l'anxiété ou la facilitation du sommeil apparaissent suffisamment importants pour que le risque de développer une accoutumance soit accepté).

Dans les deux cas, l'objectif doit être pédagogique, exprimant un refus de la facilitation d'une dépendance médicamenteuse, et il convient de marquer cette volonté en impliquant financièrement la sécurité sociale dans des actions visant à améliorer la formation des prescripteurs.

Les benzodiazépines étant souvent utilisées comme des hypnotiques et les problèmes posés par les prescriptions au long court d'hypnotiques étant de même nature que ceux posés par les benzodiazépines, il est indispensable que la mesure prise concerne l'ensemble de ces produits. En l'absence d'un traitement à l'identique, des transferts de consommation apparaîtront en fonction de la seule notion de remboursement par la Sécurité Sociale.

Nous proposons :

1/ la création d'une nouvelle règle de prescription pour l'ensemble des médicaments psychotropes, limitant la prescription à une durée établie à la suite d'une réunion de consensus. Cette limite ne s'appliquerait pas aux malades ayant une affection de longue durée.

2/ la présentation de ces médicaments sous des conditionnements adaptés à cette règle.

3/ la limitation de leur remboursement aux malades atteints d'une affection de longue durée, la prise en charge par la collectivité de médicaments de confort générateurs d'une dépendance ne nous paraissant pas un objectif de Santé Publique.

4/ la création d'un groupe de travail ayant pour mission de revoir l'ensemble des techniques de promotion des médicaments utilisés par l'industrie pharmaceutique et les moyens à mettre en oeuvre pour limiter la dépendance financière de la presse spécialisée. Il est souhaitable de disposer d'une industrie forte et prospère, capable de financer sa recherche. Il est inacceptable de laisser se développer des méthodes de promotion qui n'ont pas leur place dans le domaine de la santé.

La protection des non-fumeurs dans les lieux publics clos

L'opinion française est majoritairement en faveur d'une interdiction de fumer dans les locaux accessibles au public (91% dans le sondage de la CEE de 1987). Ce respect des non-fumeurs par les fumeurs a un intérêt de Santé Publique, les dommages provoqués par le tabagisme passif étant maintenant bien établis, en particulier pour les enfants. Il a également un intérêt pédagogique, spécialement dans les établissements qui ont un rôle dans l'éducation.

Cette interdiction existe déjà dans un certain nombre d'établissements (hôpitaux, écoles) sans être correctement respectée. Elle n'est pas prévue par la législation ou la réglementation dans d'autres lieux où elle devrait exister.

Ces dispositions auront d'autant plus de chances d'être respectées qu'elles seront organisées de manière pratique pour faciliter la cohabitation de fumeurs et des non-fumeurs dans le respect de leurs droits mutuels. Pour ces derniers, ne pas être soumis au tabagisme passif dans un espace clos. Pour les fumeurs, bénéficier chaque fois que cela est possible d'espaces correctement aménagés et signalés où ils peuvent fumer. La règle serait de ne pas fumer dans les espaces communs clos, des zones fumeurs étant prévues aussi longtemps que les fumeurs représentent une fraction importante de la population.

Nous proposons :

1/ dans les établissements d'enseignement et dans les établissements sanitaires, d'évaluer le respect très strict de la réglementation par des inspections spécifiques dont les modalités seraient fixées par le Ministère de l'Education nationale et le Ministère de la Solidarité et de la Santé. Il est anormal que des établissements qui devraient être irréprochables dans ce domaine se soucient aussi peu de la législation.

2/ que les règlements intérieurs des entreprises traitent obligatoirement du problème du tabagisme. Un règlement type protégeant les droits des non-fumeurs devrait être proposé aux Commissions d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail. Les médecins du travail doivent être impliqués dans l'élaboration de cette réglementation et son application.

3/ de développer la protection des non-fumeurs dans les lieux ouverts au public, en particulier dans les restaurants, en prévoyant une séparation des salles fumeurs non-fumeurs quand elle est possible, en aménageant une séparation de zones fumeurs et non fumeurs avec une protection des ambiances qui sont réservées à ces derniers. Ces aménagements doivent tenir compte de la proportion de non-fumeurs dans la population générale.

La prévention des maladies cardio-vasculaires

La prévention des affections cardiovasculaires est sans doute une des plus difficiles car elle dépend de nombreux facteurs de risque. Certains relèvent de la prévention primaire (tabac et nutrition), d'autres nécessitent un dépistage (hypertension artérielle, hypercholestérolémie).

L'action anti-tabagique est décrite par ailleurs. Les aspects nutritionnels sont complexes mais il existe un état actuel des insuffisances de l'information du public sur les produits qui lui sont proposés. La mention du contenu en sel, en acides gras saturés, mono et poly-insaturés et en cholestérol est une nécessité.

Bien que les allégations de nature à induire les consommateurs en erreur constituent un délit, les peines encourues sont faibles et les longues procédures bénéficient trop souvent d'une amnistie. Le contre pouvoir des associations de consommateurs ne peut ainsi s'exercer. Il existe cependant une prise de conscience de l'industrie alimentaire en ce qui concerne ses responsabilités dans le domaine sanitaire qui ne se limitent plus au seul aspect de l'hygiène des produits.

L'effort d'éducation du public est difficile, mais nécessaire. La restauration collective étant une façon de s'alimenter qui se développe, elle peut devenir un temps éducatif, notamment pour les plus jeunes. Ainsi en est-il de la restauration scolaire, trop souvent grasse, qui maintient voire induit des comportements alimentaires non recommandés. La période du service militaire peut aussi être un temps éducatif en ce qui concerne l'alimentation.

La proposition systématique et obligatoire d'un menu diététique dans les restaurants serait une évolution marquante et efficace. Elle doit s'associer à une évaluation de ces menus, cette évaluation devrait également être une obligation dans les cantines scolaires.

Le dépistage de l'hypercholestérolémie fait l'objet des mêmes constatations que celui des cancers. Cholestérolémie, lipidémie, apolipoprotéïnémie et lipidogramme représentent près de 12% en volume des actes biologiques cotés en B et 1,25 milliard de francs, soit 10% du chiffre d'affaires des laboratoires de biologie médicale en dehors du secteur hospitalier public.

Il reste que la connaissance du public sur sa cholestérolémie est insuffisante. Si chaque année 60% des Français ont une prise de sang, seuls 20% connaissent la valeur de leur cholestérolémie. Chaque Français devrait connaître cette valeur dès 20-30 ans puis la vérifier tous les cinq ans.

L'hypertension artérielle est un grand facteur de risque cardiovasculaire. Malgré la fréquence apparente de sa mesure, la moitié de la population ne connaît pas sa tension artérielle, de même que la moitié des hypertendus ne suit pas de traitement efficace. Cependant, les grandes complications aiguës de l'hypertension artérielle ont fortement diminué.

La tension artérielle de tous les Français devrait être mesurée au minimum une fois tous les dix ans.

Nous proposons :

1/ de saisir l'opportunité de la mise en place du Fonds National de Prévention pour développer une politique de dépistage de l'hypercholestérolémie et de l'hypertension artérielle, et de l'évaluer,

2/ de rendre obligatoire la proposition d'un menu diététique dans la restauration collective,

3/ d'évaluer systématiquement la qualité diététique des repas servis dans les cantines scolaires,

4/ de rendre obligatoire l'information sur le contenu en sel et en graisses de l'alimentation,

5/ d'aggraver les peines encourues en cas d'allégations de

La facilitation de l'accès aux boissons non-alcooliques

Sans avoir la naïveté d'imaginer que l'on boit de l'alcool faute de disposer d'une boisson d'une autre nature, plaisante et bon marché, nous pensons qu'une promotion de la santé publique passe par des mesures simples qui valorisent d'autres comportements que ceux qui sont accompagnés de risques pour la santé.

La disparition des fontaines publiques d'eau potable, accessibles et permettant de boire sans s'inonder, témoignent de notre évolution vers une société privilégiant le service rémunéré par rapport au service public, au lieu de tenter de maintenir un équilibre entre ces fonctions.

Cette mesure avait été proposée il y a dix ans dans le rapport sur l'alcoolisme du Professeur Jean Bernard. Nous la reprenons pour marquer notre souci de faire des propositions concrètes et simples dont la mise en oeuvre ne dépendra que de la volonté d'agir des pouvoirs publics.

Il convient de développer une politique de mise à disposition des usagers d'une eau fraîche, désodorisée, dans les établissements ouverts aux public (gares, métro, bureaux de poste, établissements scolaires, grands magasins, galeries commerciales...), et sur les lieux de travail, Dans ce dernier cas des dispositions réglementaires existent mais ne sont pas appliquées ; un lavabo sale à côté des toilettes ne peut être considéré comme une mise à disposition d'eau dans des conditions incitant à sa consommation. Les distributeurs automatiques ne constituent pas non plus une réponse au problème posé, les boissons distribuées ayant des propriétés particulières, stimulantes (café, thé) ou nutritives (boissons sucrées).

Nous proposons :

1/ l'application stricte des dispositions du code du travail concernant la mise à la disposition du personnel d'une eau fraîche et de qualité. Cette application pourrait comporter dans un premier temps l'évaluation de la situation dans les entreprises par les inspecteurs du travail à l'occasion de leurs visites dans ces entreprises dans le cadre normal de leur activité. Dans un second temps, des dispositions précisant le texte du code du travail pourraient être systématiquement proposées aux Commissions d'Hygiène et de Sécurité

2/ l'ouverture d'un concours doté par le Comité Français d'Education pour la Santé et organisé par lui au cours de l'année 1989 pour identifier et récompenser les fabrications de fontaines adaptées à la consommation individuelle d'eau. De telles fontaines seront obligatoirement mises en place dans un certain nombre d'établissements et de lieux ouverts au public, le parrainage pouvant être largement utilisé pour leur financement. Notre pays n'ayant pas d'aptitude à mettre en oeuvre des dispositions qui ne sont pas de droit écrit, cette obligation sera précisée dans un texte de loi.

Création d'un Conseil National de la Santé et de la Prévention

Pour faire une politique de Santé Publique, il ne suffit pas de juxtaposer des actions sectorisées, même si chacune semble parfaitement pertinente dans son domaine. La Santé est en effet un concept d'une extrême complexité : des visions et actions purement sectorielles peuvent conduire à des résultats désavantageux dans d'autres domaines.

Le Ministère qui a en charge la coordination et l'intégration des actions de Santé Publique et de prévention risque d'être soumis à des incitations ou des pressions contradictoires entre lesquelles il ne peut pas toujours effectuer des arbitrages adaptés, faute d'un organisme de conseil convenable. Cette lacune est une des conséquences de l'insuffisance de développement de la Santé Publique dans notre pays.

Une politique de prévention ne peut résulter de la juxtaposition des propositions faites par les spécialistes de chaque appareil ou de chaque type de pathologie. Demander aux cardiologues, aux cancérologues, aux nutritionnistes de définir leurs objectifs de prévention et leurs méthodes est indispensable pour construire une politique, mais des conflits d'intérêts et de pouvoir seront inévitables lors de la répartition des moyens si une coordination n'est pas assurée.

La loi du 5 Janvier 1988 indique que les actions de prévention exercées par les caisses primaires et les caisses régionales se situent dans le cadre de "programmes définis par l'autorité compétente de l'Etat, après avis et proposition de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, et compte tenu de la coordination assurée par celle-ci". Les méthodes mises en oeuvre pour assurer cette coordination ne sont pas précisées dans la loi et il convient de l'organiser, indépendamment des dispositions purement techniques prévues par le décret d'application.

L'objectif est de recueillir un avis sur les axes à privilégier, sur la répartition des moyens entre les différentes actions de prévention et de Santé Publique qui seront conduites, sur la qualité des mesures d'évaluation qui accompagneront les programmes retenus. Une telle action de coordination est une procédure qui doit être conduite avec le concours des différents organismes impliqués dans la prévention, chacun d'entre eux ne pouvant prétendre instruire seul les décisions qui seront prises par le Ministre chargé de la Solidarité et de la Santé.

Nous proposons :

De créer auprès du Ministre chargé de la Santé et de la Protection Sociale un conseil pour lequel nous suggérons la dénomination de Conseil National de la Santé et de la Prévention

1/ Ce Conseil aura les tâches et prérogatives suivantes :

- assurer l'observation de l'état de santé des Français, et produire un rapport annuel rendu public,
- être informé des résultats et de l'évaluation des diverses actions de Santé Publique et de prévention entreprises par les pouvoirs publics,
- faire des propositions sur l'ensemble des problèmes de la Santé Publique et de la prévention,
- être consulté sur la définition des objectifs de Santé Publique et l'utilisation des moyens qui sont affectés (fonds d'Etat, fonds national de prévention ...),

2/ Il sera formé de douze à quinze personnes, nommées par le Ministre, à titre personnel en raison de leur compétence.

3/ Il aura accès de droit à toutes les informations et statistiques concernant la santé et émanant d'organismes publics et para-publics. Il pourra consulter les commissions ad hoc dont le domaine concerne un secteur spécifique de la Santé Publique et demander leur avis aux experts qu'il jugera qualifiés.

4/ Il sera doté de moyens propres en personnel administratif, locaux et matériel ainsi que d'un budget. Il disposera d'une autonomie concernant les modalités de son travail, et notamment la fréquence de ses réunions.

Pour de nouveaux moyens en Santé Publique

Une politique de la santé suppose davantage que les mesures ponctuelles ou sectorielles proposées ci-dessus. D'abord, en raison de notre choix d'un nombre limité de mesures concrètes, mais surtout parce que la France, contrairement à certains pays étrangers, ne dispose pas d'un certain nombre d'outils et de moyens indispensables à une mise en oeuvre d'une politique de santé.

Nous proposons :

- L'évaluation des procédures et des institutions de santé
- La formation et l'enseignement
- Une action au niveau du Ministère de la Santé.

L'évaluation :

La mise en place d'outils d'évaluation est indispensable, tant en ce qui concerne la procédure diagnostique et thérapeutique récente et ancienne, que l'activité des hôpitaux publics et privés.

L'effort de formation devra porter sur deux secteurs :

1/ La formation permanente du personnel de santé :

C'est un sujet dont on parle beaucoup, mais qui semble tabou dès qu'il s'agit de passer à l'action. Il est clair que la simple obligation morale ne suffit pas. Sans aller jusqu'à la solution extrême consistant à ne donner la licence d'exercer que pour un temps déterminé, au bout duquel il faudrait la réactiver, il convient d'envisager des incitations financières "positives" pour ceux qui suivent une formation permanente, "négatives" pour les autres.

Entre autres avantages ceci permettrait d'actualiser les connaissances des professionnels de la santé dans les domaines suivants

- éducation de la santé en matière d'environnement et de comportement,
- évaluation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,
- développement d'une approche de Santé Publique dans la vie professionnelle.

2/ La création d'Etablissements Universitaires ou d'Instituts de Santé Publique :

Malgré l'existence de l'ENSP, dont la vocation est essentiellement administrative et comme telle destinée à des catégories très particulières d'élèves, la France n'a pas d'Ecole de Santé Publique au sens que les anglo-saxons donnent à ce terme (il en existe une quarantaine aux USA et trois en Belgique). L'argumentaire est développé en annexe n°1. Ces écoles pourraient jouer un rôle essentiel dans le suivi et l'évaluation de la politique de Santé Publique préconisée dans ce rapport.

Il faut donner au Ministère les outils d'observation et d'action qu'il lui manquent.

Valeur essentielle de notre société, la santé a à son service un Ministère d'une extrême pauvreté. L'annexe n°1 développe des propositions qui se résument de la façon suivante :

1/ Reprofessionnaliser l'administration : Il existe peu d'administrations où les professionnels des domaines concernés sont aussi peu nombreux et aussi mal reconnus. Tel est, en particulier, le cas des médecins inspecteurs qui devraient constituer par leur nombre, leur mission et leur qualification, le corps de bataille du Ministère.

Dans cette perspective, il n'est pas acceptable que les mesures de réduction de la fonction publique prises par les gouvernements successifs touchent la Santé au même titre que les administrations mieux nanties, un traitement égalitaire ne faisant qu'aggraver les inégalités déjà intolérables. La Santé, comme l'Education et la Recherche, devrait faire partie des priorités de la fonction publique.

2/ Donner à l'INSERM des moyens de renforcer substantiellement ses recherches dans les sciences de la Santé Publique. Malgré la création récente des commissions "vieillissement" et "handicap" et la mise en place de réseaux de recherche en Santé Publique, la place de la recherche en Santé demeure très insuffisante et reste le parent pauvre en moyens et en prestige, comparée à la recherche strictement médicale.

3/ Continuer la rénovation de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, entreprise par la direction actuelle, en lui accordant davantage d'autonomie dans la définition de son activité, afin qu'elle puisse donner à son enseignement et à sa recherche un authentique contenu de Santé Publique, qu'elle devienne une grande école qui sache diffuser des techniques, mais aussi une culture.

4/ Doter le Ministère d'un centre de statistiques sanitaires et sociales, qui coordonne et éventuellement complète les statistiques éparses existantes, et soit doté de moyens humains suffisants pour assurer l'analyse (analogue au National Center for Health Statistics), et de moyens adaptés de traitement de l'information.

5/ Doter le Ministère d'un outil d'intervention en cas d'évènement épidémiologique ou d'une situation d'urgence (analogue aux CDC d'Atlanta, dont l'efficacité a été reconnue dans les cas d'épidémies de légionelloses et de SIDA).

Le fonctionnement de cet ensemble peut être résumé dans le schéma suivant

