



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

HOPITAL ET SANTE PUBLIQUE : REALITE OU UTOPIE ?

– Groupe n°30 –

- | | | | |
|-----------------------|-------|----------------------------|--------|
| – ARDAUD Cécile | (D3S) | – MARI Cécile | (MISP) |
| – BATELI Lionel | (DS) | – NOHARET Magali | (DH) |
| – BOUSSEMAERE Sylvain | (DS) | – PERIN FOUCAULT Véronique | (IASS) |
| – BRIGNON Jean | (DH) | – RAMBOUR Simon | (DH) |
| – BURNIER Antoine | (D3S) | – SEBERT Christophe | (DS) |
| – GRATALOU P Blandine | (D3S) | | |

Animateurs

- *Dr Franck LE DUFF*
- *Dr Christian PRADIER*

Remerciements

Nous tenons à remercier les animateurs, qui nous ont guidés dans ce travail, tout en laissant au groupe une réelle autonomie, permettant des échanges nombreux et riches.

Nos remerciements vont aussi à toutes les personnes contactées, et en particulier les personnes auditées, pour leur disponibilité et l'intérêt qu'elles ont porté à notre travail.

Sommaire

Introduction	1
1 Hôpital et santé publique : des convergences inachevées.....	2
1.1 La place croissante de l'hôpital en matière de santé publique.....	2
1.2 ... et qui tend à se renforcer.....	5
1.2.1 Un environnement juridique dense	5
1.2.2 Un cadre budgétaire et financier complexe.....	7
2 Hôpital, acteur de santé publique : des influences variées	10
2.1 Les difficultés rencontrées	10
2.1.1 Les freins systémiques et financiers	10
2.1.2 Les obstacles individuels et culturels.....	11
2.2 Les facteurs favorables	12
2.2.1 Le recentrage sur la santé.....	12
2.2.2 Le renouvellement des pratiques.....	13
2.2.3 Le développement de nouvelles compétences en santé publique	16
3 Recommandations pour des pratiques de santé publique renouvelées.....	18
3.1 Un changement de paradigme	18
3.1.1 Accentuer la place des usagers.....	18
3.1.2 Éclaircir le rôle des tutelles.....	19
3.1.3 Promouvoir la formation en santé publique.....	20
3.2 Une approche concertée et décloisonnée	21
3.2.1 Encourager des partenariats simples et adaptés.....	21
3.2.2 Clarifier les procédures de financements.....	22
3.2.3 Territorialiser les politiques de santé publique	22
3.2.4 Intensifier la communication autour des actions de santé publique	23
3.2.5 Généraliser l'évaluation	23
Conclusion.....	25
Bibliographie	27
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANDEM	Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Atelier santé ville
BOP	Budget opérationnel de programme
CA	Conseil d'administration
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLAN	Comité de liaison en alimentation nutrition
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CME	Commission médicale d'établissement
CMT	Consommation médicale totale
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
COMEX	Commission exécutive
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRES	Comité régional d'éducation pour la santé
CRS	Conférence régionale de santé
CRUQPC	Commission de relation aux usagers et de la qualité de la prise en charge
CSBM	Consommation de soins et biens médicaux
CSP	Code de la santé publique
DAC	Dotations annuelles complémentaires
DCS	Dépenses courantes de santé
DGF	Dotations globales de financement
DIV	Délégation interministérielle à la ville
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGF	Dotations globales de financement
DNDR	Dotations nationales pour le développement des réseaux

DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRDR	Dotation régionale de développement des réseaux
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EBPH	Evidence based public health
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
ENSP	Ecole nationale de santé publique
ES	Etablissement de santé
EPS	Etablissement public de santé
ETP	Equivalent temps plein
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FHF	Fédération hospitalière de France
GHS	Groupe homogène de séjour
GIP	Groupement d'intérêt public
GRSP	Groupement régional de santé publique
HAS	Haute autorité de santé
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherches et de documentation en économie de la santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MERRI	Mission d'enseignement de recherche de référence et d'innovation
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
ODMCO	Objectif des dépenses d'assurance maladie médecine, chirurgie, obstétrique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PMT	Projet médical de territoire
PRC	Programme régional commun
PRSP	Plan régional de santé publique
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
T2A	Tarifcation à l'activité
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Fiche méthodologique

Afin de réaliser une approche globale du thème afférent à la réalité de la pratique de la santé publique en milieu hospitalier, la méthode suivante a été retenue par l'ensemble des membres du groupe :

1) Une approche théorique

Elle a tout d'abord consisté à effectuer une recherche documentaire sur l'ensemble des concepts du sujet et notamment la santé publique (différentes chartes et déclarations). Ensuite, une approche juridique a permis de recenser les différents textes législatifs et réglementaires relatifs à la santé publique et à l'hôpital.

2) Une approche d'investigation et de rencontre des acteurs concernés par la problématique

Cette phase a débuté par l'élaboration d'une grille d'entretien commune devant permettre :

- de comprendre dans quel contexte et par quels acteurs sont initiées les démarches de santé publique,
- d'identifier les étapes de formalisation et de structuration de ces actions,
- de recenser les outils utilisés et les publics visés,
- de détecter le degré d'avancement de ces actions et particulièrement celles qui s'inscrivent dans le concept de promotion de la santé.

Différents acteurs ont été contactés afin de promouvoir une démarche interdisciplinaire, seule à même de pouvoir répondre à la globalité du questionnement proposé : autorités de tutelle, établissements publics de santé, universitaires, associations. Ces acteurs se dissociaient également par leur degré différent d'avancement dans les démarches de santé publique : certaines institutions s'inscrivent déjà dans une logique de promotion de la santé, d'autres sont peu ou pas impliquées dans une démarche de santé publique. Un des choix du groupe a été de restituer le résumé des entretiens en annexe du document écrit.

3) Une approche analytique et synthétique

Après la définition par le groupe d'une problématique consistant à s'interroger sur le degré d'avancement de l'hôpital en matière de santé publique, un plan permettant de répondre au questionnement initié a été construit collectivement. L'analyse des matériaux divers a permis d'alimenter le plan défini. Le document a été rédigé de manière collégiale avec des validations intermédiaires en séance.

Une relecture en commun a précédé la validation du rapport définitif.

Introduction

Dans un discours prononcé à Rennes en 1973 au terme d'une semaine consacrée à l'enseignement de la santé publique, Robert DEBRÉ déclarait : « *l'hôpital de demain doit être le centre de la santé, avec une pénétration beaucoup plus importante de sujets qui ne sont pas hospitalisés que de sujets hospitalisés. [...] Cet hôpital, centre de santé, doit en effet recevoir tous les habitants de la ville au cours de leur existence et à maintes reprises. Ce n'est donc plus du tout un endroit où l'on se rend quand on a besoin de soins importants, mais l'endroit où tout le monde doit aller au cours de son existence ; [...]* l'hôpital, centre de santé, compris dans le sens nouveau que nous exprimons : centre de santé publique, et non pas centre de santé troublée ». Si cette allocution revêt un caractère novateur, voire utopique, dès 1973, force est de constater que cette conception visionnaire de la santé publique est celle prônée à l'heure actuelle en France. La santé publique est, en effet, un champ multi-professionnel d'activités menées avec une vision anticipatrice et dont l'objectif est d'agir collectivement sur les déterminants de la santé d'une population, pour prévenir les affections ou diminuer les risques.

Selon l'OMS, la France dispose d'un système de santé des plus performants, elle rencontre néanmoins des lacunes en termes de santé publique quant à la mortalité prématurée, notamment. Les défis futurs, pour les établissements de santé, sont donc d'investir dans la prévention et la promotion de la santé en lien avec les politiques locales pour développer un « effet d'entraînement » autour de l'hôpital grâce à des projets locaux¹. En outre, le vieillissement de la population, la démographie future des professions de santé, la coordination des acteurs, le culte de la santé entre autre seront des préoccupations majeures dans les années à venir.

C'est pourquoi, à l'heure de la multiplication des textes et discours relatifs à la santé publique, la question de la pertinence des actions de santé publique, dans et hors de l'hôpital, se pose avec acuité. Il est donc légitime de se demander si l'hôpital producteur de soins peut être un acteur privilégié en matière de santé publique.

Le présent travail étudiera tout d'abord les rapprochements et les renforcements des liens entre les hôpitaux et le champ de la santé publique, pour analyser ensuite les influences diverses et réciproques, et enfin présenter quelques recommandations pour des pratiques rénovées de santé publique.

¹ Colloque de Martigues, 22 février 2007, allocution de M le Professeur Roland SAMBUC

1 Hôpital et santé publique : des convergences inachevées

1.1 La place croissante de l'hôpital en matière de santé publique...

« La santé publique déborde largement le champ de la médecine et celui des professions de santé »². En effet, outre l'administration du système de soins et le contrôle des dépenses de santé, le dénominateur commun à nombre de disciplines formant ce vaste ensemble qu'est la santé publique, est l'approche populationnelle de la santé. Faire de la santé publique passe forcément par la considération de tous les déterminants de la santé et de la maladie par un abord à la fois global et contextualisé. Ces déterminants biologiques (âge, sexe, hérédité...), comportementaux mais aussi environnementaux (environnement physique, socioculturel, économique...) sont également d'ordre politique, législatif et réglementaire ainsi que liés à l'organisation du système de santé.

La politique de santé publique, quant à elle, correspond à « l'ensemble des orientations et des décisions prises par les pouvoirs publics d'un pays pour le maintien et/ou l'amélioration de l'état de santé de la population »³. Il en résulte que la mise en œuvre d'une telle politique doit faire appel à une multitude de secteurs connexes, dont certains ne relèvent pas à proprement parler du système de santé. Néanmoins, il apparaît fondamental de se demander quelle peut être la place de l'hôpital au sein de la politique de santé publique. L'hôpital public historiquement à vocation sociale s'est « sanitarisé » de façon accélérée au sortir de la seconde guerre mondiale. La loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics et son décret d'application du 17 avril 1943 ont donné naissance à la pyramide hospitalière, qui a décliné les divers établissements en fonction de leur taille et de leurs missions avec une position de prestataires de soins pour les centres hospitaliers régionaux et les hôpitaux.

Cette tendance a été renforcée par la loi hospitalière du 31 décembre 1970 qui, nonobstant la création d'un service public hospitalier, a situé l'hôpital en tant que lieu phare de la délivrance de soins curatifs. Corrélativement à ce texte, la promulgation de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales a signé la séparation des secteurs sanitaire et social, avec une divergence des missions et des

²Bourdillon F, Brucker G, Tabuteau D. *Traité de santé publique*, Paris, éditions Médecine-Sciences Flammarion, 2004, 536 p.

³Selon l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM), remplacée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 1997, remplacée par la Haute autorité en santé (HAS) en 2005

compétences, portées par des institutions et des structures différentes. Il faudra attendre la loi hospitalière du 31 juillet 1991 pour voir l'hôpital renouer avec certaines de ses missions d'origine. Ainsi, l'hôpital, en tant qu'établissement (public) de santé (ES), participe à « des actions de santé publique, et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention »⁴. Il apparaît donc clairement que la réalisation d'actions de santé publique fait partie intégrante des missions de l'hôpital.

Or, force est de constater que malgré des encouragements d'ordre législatif ou réglementaire, la santé publique n'occupe pas le devant de la scène du système de santé français, encore trop axé sur une prise en charge essentiellement individuelle et curative. Les soins curatifs ne sont pas pour autant exclus du champ de cette discipline mais c'est réellement l'approche préventive qui est privilégiée, en s'articulant sur trois niveaux : primaire (ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence⁵ d'une maladie dans une population), secondaire (ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence⁶ d'une maladie dans une population) et tertiaire (ensemble des actes destinés à réduire la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, et cherchant à favoriser la réinsertion sociale et professionnelle). L'éducation pour la santé est l'une des stratégies de prévention privilégiée, elle « concerne non seulement la communication d'informations, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé »⁷.

La signature du Traité de Maastricht en 1992 a affirmé la volonté européenne d'assurer un niveau élevé de protection de la santé aux citoyens de l'Union. Mais l'Europe de la santé publique s'est davantage concrétisée en 1997 avec le Traité d'Amsterdam qui place la santé au centre de toutes les politiques et actions de l'Union en favorisant les coopérations. Cependant, « la souveraineté des Etats membres en ce qui concerne la structure des systèmes nationaux de santé est explicitement spécifiée »⁸. Auparavant fractionnée en programmes sectoriels (huit programmes d'actions communautaires), l'Europe de la santé publique s'est tournée vers une approche globale et intégrée dès le début des années 2000. Ainsi un nouveau programme d'action communautaire en santé

⁴ Art L. 6111-1 du Code de la santé publique

⁵ Incidence : nombre de nouveaux cas d'une maladie apparus au sein d'une population donnée et au cours d'une période donnée

⁶ Prévalence : nombre total des cas d'une maladie (nouveaux et anciens cas) observés au sein d'une population donnée à un moment donné

⁷ D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

⁸ Jean E. L'Europe de la santé publique. Compétences et réalisations communautaires. *Actualité et dossier en santé publique*, mars 2005, n°50, pp 71-76

publique pour la période 2003/2008 a été adopté en juin 2002 et, au-delà des sectorisations précédentes, a mis l'accent sur la promotion de la santé à travers l'action sur ses déterminants. Ce concept de promotion de la santé est défini comme étant le « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci »⁹. La déclaration d'Alma Ata en 1978 sur les soins de santé primaires ainsi que d'autres textes ont servi de base pour l'élaboration de la charte d'Ottawa. La promotion de la santé reprend l'idée selon laquelle il est indispensable de réduire les écarts de niveau santé entre les peuples et les individus.

A l'hôpital, ce concept oriente l'organisation de l'établissement vers les patients bien sûr, mais aussi vers le personnel et la communauté toute entière. La charte d'Ottawa fait preuve d'un certain réalisme en définissant les pré requis fondamentaux dont la présence est indispensable à l'épanouissement de la santé, tels vivre en paix, posséder un revenu, ou avoir accès à l'éducation. Assurer pour une population ces pré requis laisse présager de la nécessité de privilégier une approche multisectorielle (emploi, logement, aide sociale, santé...). En effet, si la prévention de la maladie relève de l'institution sanitaire, la création des conditions sociales, politiques et économiques favorables à la santé implique une action de l'ensemble des pouvoirs publics. Ce travail en concertation doit se faire, selon la charte d'Ottawa, en respectant les cinq axes d'intervention suivants autour desquels doivent se structurer les actions constitutives d'un programme de promotion de la santé: l'élaboration de politiques publiques saines (l'ensemble des politiques publiques doit permettre d'atteindre le meilleur niveau de santé possible des citoyens), la création d'environnements favorables (par une approche socio-écologique de la santé), le renforcement de l'action communautaire (par une participation de la communauté à tous les niveaux de la politique de santé), le développement des aptitudes individuelles (par l'éducation pour la santé) et la réorientation des services de santé (par la mise en place de nouveaux modes d'organisation).

La charte de Bangkok va au-delà de celle d'Ottawa en promouvant la création de partenariats entre gouvernements, organisations internationales, société civile et secteur privé¹⁰. Développer une culture de promotion de la santé revient, pour un hôpital, à orienter son organisation vers une démarche globale (en combinant les différentes dimensions du soin : préventive, curative, éducative, de réadaptation et de réhabilitation) et intégrée par un travail en réseau avec les hôpitaux de référence, les structures de proximité, la médecine libérale et les autres secteurs (social et médico-social, éducatif...), au sein de son bassin de vie. Cela passe forcément par une ouverture de l'hôpital sur la

⁹ OMS : Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre 1986

¹⁰ OMS : Charte de Bangkok pour la promotion de la santé, 11 août 2005

ville et la communauté. L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996¹¹ relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé crée les réseaux de soins, étendus sous la forme de réseaux de santé par la loi du 4 mars 2002¹² relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, en précisant que ces réseaux « peuvent participer à des actions de santé publique »¹³.

Les stratégies d'implantation possibles de la promotion de la santé à l'hôpital sont précisées dans la déclaration de Vienne de 1997¹⁴, à partir des objectifs parus dans la charte de Budapest de 1992¹⁵. « Promouvoir la santé à l'hôpital ne veut pas dire abandonner les soins, mais plutôt incorporer à sa culture, à ses habitudes, des valeurs de promotion de la santé : (...) développer des programmes éducatifs pour les patients, leurs proches, le personnel »¹⁶. Le développement de la prévention par l'éducation pour la santé apparaît donc comme étant généralement le point de départ d'une démarche de promotion de la santé au sein d'un établissement. Ainsi, faire de la promotion de la santé ne se réduit pas à une démarche strictement préventive. Jean-Pierre Deschamps rappelle que « nos services de santé restent marqués par un cloisonnement entre les activités de nature curative et la prévention. La notion de promotion de la santé ne fait pas cette distinction perverse entre les différentes manières de « prendre soin » de la santé d'une population (...)»¹⁷.

1.2 ... et qui tend à se renforcer

1.2.1 Un environnement juridique dense

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique¹⁸ établit un cadre de référence dont les principaux éléments sont :

- le domaine de la santé publique est désigné clairement ;
- l'État fixe des objectifs explicites de santé ;
- il est responsable de leur définition, de leur choix et de leur atteinte ;
- cette responsabilité s'exerce par une évolution de ses rôles : de prescripteur de règles et de normes, il devient fédérateur des initiatives ;

¹¹ Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

¹² Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

¹³ Art L. 6321-1 du Code de la santé publique

¹⁴ OMS : Déclaration de Vienne, 1997

¹⁵ Charte de Budapest : Objectifs du réseau des hôpitaux promoteurs de santé, 1992

¹⁶ Buttet P. Promotion de la santé : les patients d'abord ? *Revue hospitalière de France*, mai-juin 2003, n°492

¹⁷ Deschamps J-P. Une « relecture » de la charte d'Ottawa. *Santé publique*, 2003, vol 15 (3)

¹⁸ Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

- les outils que la loi met en place permettent à chacun des acteurs de se situer dans l'action de tous pour améliorer la santé ;
- l'État est le garant de la cohérence des actions.

Les objectifs de la politique de santé publique sont définis par la loi tous les cinq ans. La mise en œuvre de cette loi et des programmes de santé qui précisent son application est suivie annuellement et évaluée tous les cinq ans. En vue de la réalisation des objectifs nationaux, après avis de la conférence régionale de santé (CRS), le représentant de l'Etat arrête au niveau régional un plan régional de santé publique (PRSP) dont les objectifs sont pris en compte par le schéma d'organisation sanitaire (SROS). Il le met également en œuvre et pour cela dispose du groupement régional de santé publique (GRSP). Ce groupement d'intérêt public (GIP) est un mécanisme souple qui permet aux EPS d'intervenir dans le champ des politiques de santé publique. Les régions peuvent cependant définir et conduire des programmes de santé spécifiquement régionaux, complémentaires de la politique portée par l'Etat. Par convention, elles peuvent également solliciter le concours du GRSP. A terme, le GRSP aurait vocation à intégrer l'Agence Régionale de Santé¹⁹ (ARS), assurant à la fois les missions de santé publique et d'organisation des soins.

L'art L.1411-6 du code de la santé publique (CSP) prévoit que des programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités peuvent être élaborés par arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale. Les établissements de santé et les établissements médico-sociaux peuvent concourir à la réalisation de tout ou partie de ces programmes de santé.

L'éducation pour la santé doit être promue. Elle s'est développée depuis les années soixante-dix, qui ont vu la création du centre français d'éducation pour la santé (CFES), auquel la loi du 4 mars 2002²⁰ a substitué l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). La loi du 9 août 2004²¹ réorganise le dispositif de formation en santé publique en créant une école des hautes études en santé publique (EHESP) et en précisant la portée de l'obligation de la formation médicale continue. La loi favorise la culture de réseaux, en organisant le partenariat des acteurs de santé. Elle ambitionne le rapprochement du monde de la santé publique, du monde des soins et du monde médico-social.

Les activités menées par les établissements publics de santé (EPS) et pouvant bénéficier d'un financement au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

¹⁹ DUBERNARD JM. Rapport sur le projet de loi (n°877) relatif à la politique de santé publique, disponible sur internet <<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rapports/r1092.asp>>

²⁰ Ibid.

²¹ Ibid.

(MIGAC) sont énumérées dans le décret du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques²² donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. De plus le législateur a créé au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2002 une dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) et a reconnu au sein du CSP le " réseau de santé " qui place le patient au centre du système de santé dans toutes ses composantes (médicale, médico-sociale, sociale, préventive et éducative). Ainsi, les hôpitaux peuvent, en participant à de tels réseaux, optimiser leurs ressources tout en assurant une meilleure articulation du travail des différents acteurs de la santé au service du patient.

1.2.2 Un cadre budgétaire et financier complexe

A) Dépenses couvrant les actions de prévention et de santé publique

La nomenclature standard des comptes de la santé identifie uniquement les dépenses de prévention qui sont isolables dans les dépenses des administrations et des institutions, que ce soit de la prévention individuelle (médecine du travail, dépistage, etc.) ou collective (campagnes d'information, sécurité sanitaire de l'alimentation, etc.). Ainsi, les dépenses de prévention étaient estimées à 5,2 milliards d'euros en 2005, dont 3 milliards pour la prévention individuelle et 2,2 milliards pour la prévention collective.

Néanmoins, plusieurs études conduites par l'Institut de recherches et de documentation en économie de la santé (IRDES) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ont permis d'estimer les dépenses de prévention incluses dans l'indice de Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et concluent, pour l'année 2002, que l'ensemble des dépenses de prévention se montent à 10,5 milliards d'euros, contre 4,7 milliards pour les seules dépenses isolées dans les Comptes de la Santé, soit 6,4% de la dépense courante de santé.

B) Santé publique et hôpital : budgets et financements

Les financements d'actions de santé publique pour l'hôpital sont multiples et non exhaustifs :

– Les MIGAC :

La Dotation globale de financement (DGF) s'est avérée insuffisante pour maîtriser les dépenses de santé. La Tarification à l'activité (T2A), volet majeur du « plan hôpital 2007 »

²² Décret n°2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins

et son corollaire les MIGAC²³ ont été mis en place de manière progressive, et ce depuis 2002. En instaurant les MIGAC, le souhait du législateur a été d'extraire un certain nombre de missions de l'hôpital du champ de la pure activité quantifiable, et ce faisant des variations qu'elle pouvait rencontrer. Cette dotation, loin d'être une exception française, correspond à la notion de compensation de service public du droit communautaire. Ainsi, les principales missions de santé publique réalisées par l'hôpital doivent être financées par les MIGAC. La dotation MIGAC nationale fixée dans le cadre de l'ONDAM²⁴ représentait, début 2005, 0,6% (soit 4,671 Milliards d'euros) des ressources de l'assurance maladie allouées aux établissements soumis à la T2A (enveloppe ODMCO/MIGAC). Un certain nombre de mesures nouvelles ont contribué à l'augmentation significative dès 2005. En 2006, la dotation MIGAC a été fixée à 5,619 Milliards d'euros et à 5,999 Milliards d'euros en 2007.

Par ailleurs, les mesures en faveur de la santé publique font l'objet de crédits fléchés dans le cadre des sous-objectifs hospitaliers qui assurent tout ou partie du financement de plusieurs plans de santé publique (plan national de lutte contre le cancer, prise en charge des maladies rares, plan psychiatrie et santé mentale, plan urgences, plan périnatalité). Ils s'élèvent en 2007 à 400 millions d'euros. La prise en compte des priorités de santé publique par l'ONDAM s'exprime dans d'autres sous objectifs que celui relevant du secteur hospitalier. Néanmoins, si l'hôpital n'est pas le destinataire de tels financements, il n'en reste pas moins un partenaire privilégié. A titre d'exemple, c'est la dotation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville qui permet de délivrer des aides à la permanence des soins et de financer ainsi des maisons médicales de garde ; celles-ci sont parfois ancrées au sein même des sites hospitaliers et bénéficient de leur aide technique et matérielle.

– La dotation nationale pour le financement des réseaux :

Instituée par la LFSS 2002²⁵, elle est répartie en dotation régionale (DRDR). D'un montant déterminé au sein de l'ONDAM, elle est de 170 millions d'euros en 2006. Les directeurs des Agences régionales d'hospitalisation (ARH) et des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) décident conjointement des financements accordés aux réseaux de santé. Pour bénéficier de mode de financements publics, les réseaux de santé doivent s'inscrire dans le cadre des priorités de santé publique et des orientations régionales en matière sanitaire, médico-sociale et sociale ; ils répondent à un besoin de

²³ Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2004 qui a introduit l'article L.162-22-13 dans le code de la sécurité sociale, Décret n°2005-336 du 08 avril 2005 qui a introduit les articles D.162-6 à D162-8 dans le code de la sécurité sociale, fixe la liste des MIGAC dispensés à certaines populations spécifiques

²⁴ ONDAM 2007 : 144.8 Milliards d'euros

²⁵ Art. L.162-43 du code de la sécurité sociale, décret n°2002-1298 du 25 octobre relatif au financement des réseaux, décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé

santé identifié, dans une aire géographique définie, pour des pathologies et/ou une population déterminée. Les bénéficiaires du financement peuvent être la structure gestionnaire du réseau et les professionnels de santé concernés.

- Le PRSP²⁶ :

Chaque région doit élaborer un PRSP²⁷ dont la mise en œuvre est confiée au GRSP, après avis de la conférence régionale de santé. Les ressources du GRSP comprennent obligatoirement une subvention de l'Etat (budgets opérationnels des programmes (BOP) régionaux de santé publique) et une dotation de l'Assurance Maladie²⁸. La gestion des crédits est régionale mais s'appuie également sur l'échelon départemental via les DDASS et les CPAM. Les collectivités territoriales peuvent également participer selon leur volonté et leurs moyens. A titre d'exemple, le conseil régional de Bretagne a financé en 2006 des actions de santé publique à hauteur de 0,6 millions d'euros dans le cadre de l'appel à projet commun.

- Les différentes subventions allouées à des actions très ciblées et en réponse à un appel à projets. Elles peuvent provenir :

- d'acteurs institutionnels : Etat, assurance maladie, conseils régionaux ou généraux, collectivités territoriales ou encore des structures très diverses telles que des missions interministérielles (mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie), les organismes de sécurité sociale (fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire, fond national de prévention des accidents du travail et maladies professionnelles de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, etc.), les fonds européens.
- d'associations et organismes indépendants (Ligue contre le cancer, Fondation des Hôpitaux de France, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) pour les projets hospitaliers de recherches cliniques notamment).

Bien que le cadre législatif et réglementaire semble clairement défini, l'hôpital rencontre autant d'obstacles que de leviers dans la mise en œuvre d'actions de santé publique.

²⁶ Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

²⁷ Décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif au GRSP

²⁸ Les fonds fixés par l'Assurance Maladie sont fixés selon une procédure définie dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion

2 Hôpital, acteur de santé publique : des influences variées

2.1 Les difficultés rencontrées

2.1.1 Les freins systémiques et financiers

La première conférence de la promotion de la santé à Ottawa en 1986 avait fixé un objectif assez ambitieux : « la santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà ». Force est de constater que le résultat, malgré de remarquables efforts en la matière, est loin d'être atteint. Néanmoins, il serait faux d'accuser le monde hospitalier d'inertie généralisée. Il se heurte en effet à de nombreux obstacles, qui ne lui sont pas propres, dans la mise en œuvre de sa politique de santé publique. Notons également que les écueils sont d'autant plus nombreux que la définition des missions de l'hôpital en matière de santé publique est complexe. Ainsi et pour mettre en lumière le travail qui reste à accomplir dans le domaine, seulement une quinzaine d'hôpitaux français sont actuellement labellisés par le réseau « hôpital promoteur de santé » sur les 994 établissements publics de santé²⁹.

Tout d'abord, la mise en place d'une politique de santé publique efficiente est freinée par un sous-financement chronique, mais aussi par la très grande complexité de ces financements. Dans un contexte de crise budgétaire des établissements hospitaliers français, il s'avère difficile pour ces derniers d'atteindre l'ensemble des objectifs qui leurs sont assignés par les textes. Ces financements sont, en effet, extrêmement cloisonnés et parfois trop précis dans la description des actions susceptibles de faire l'objet d'un financement comme les MIGAC. Ainsi, un certain nombre d'actions de santé publique « ne rentrent dans aucune case », ce qui est un obstacle majeur pour leur mise en place. Il faut beaucoup de volonté et d'imagination de la part des promoteurs pour trouver des financements. En effet, la multiplicité des institutions, comités, etc., relevant de la santé publique ainsi que le morcellement des financements (MIGAC, DRDR, PRSP, etc.) peuvent être source de découragement de la part d'acteurs volontaires. La « pêche aux crédits » et le « combat à mener » s'avèrent être un frein pour les non-initiés aux arcanes du financement.

En raison des diverses sources de financements, les hôpitaux³⁰ sont amenés à faire plusieurs dossiers financiers pour un même projet entraînant une perte de temps et parfois une démotivation. Pour certaines des personnes interrogées, « la santé publique

²⁹ DREES, Les établissements de santé Un panorama pour l'année 2004, Edition 2006, *la documentation française*, disponible sur <www.sante.gouv.fr>

³⁰ Les associations porteuses de projets de santé publique sont soumises à la même contrainte.

est un luxe que certains établissements ne peuvent pas s'offrir ». Dès lors qu'elle ne constitue pas « le cœur du métier », une part non négligeable d'hôpitaux en difficulté préfère se recentrer sur le secteur des soins curatifs qui constitue en définitive la principale mission de l'hôpital. Par ailleurs, les activités en santé publique ne sont pas suffisamment valorisées dans le codage hospitalier : Groupe homogène de séjour (GHS), classification commune des actes médicaux (CCAM). Afin de résoudre cette problématique, le législateur a prévu le versement par les ARH d'une enveloppe de financement des MIGAC qui vise à extraire un certain nombre de missions de l'hôpital, dont la santé publique, de la pure activité quantifiable et de ses variations éventuelles. La dotation MIGAC nationale fixée dans le cadre de l'ONDAM représentait en 2007 un peu moins de 6 milliards d'euros. Cette somme semble insuffisante pour mener des actions de santé publique efficaces et pérennes.

En outre, depuis plusieurs années se développent une multitude de plans en faveur de la santé publique qui font l'objet de crédits fléchés dans le cadre de sous-objectifs hospitaliers (plan national de lutte contre le cancer, prise en charge des maladies rares, plan psychiatrie et santé mentale, plan périnatalité...). Si ces plans marquent effectivement une volonté des pouvoirs publics d'obtenir des résultats en matière de santé publique (une somme de 400 millions d'euros est engagée à ce titre en 2007), ils manquent de coordination et d'homogénéité entre eux. Une multitude de modes de financement entre donc en jeu (cf. supra). Cette diversité des ressources, auxquelles s'ajoutent la dotation nationale pour le développement des réseaux (170 millions d'euros en 2006) et celle des PRSP, ne fait que souligner ce manque de lisibilité et de transparence des actions de santé publique. Ces dernières ne sont donc assurées que sur du court terme, et dans une proportion qui reste encore insuffisante.

2.1.2 Les obstacles individuels et culturels

Outre ces incertitudes liées aux financements, de nombreux observateurs relèvent également la nécessité d'un changement de mentalité des acteurs de la santé publique. En effet, cette discipline est encore jeune dans le monde hospitalier et les partenaires institutionnels doivent encore y être sensibilisés. Il faut désormais promouvoir une véritable « culture de la santé publique » au risque de voir certains spécialistes installer une pensée unique qui ne pourrait qu'être nuisible à une politique qui doit, par essence, être consensuelle.

L'articulation entre l'hôpital et le secteur ambulatoire extrahospitalier n'est pas une évidence constatée partout, en raison de cloisonnement entre les différents secteurs de prise en charge. Actuellement, les actions de santé publique sont encore menées isolément les unes des autres par des partenaires, qui peuvent parfois s'essouffler tant l'obtention de résultats concrets en matière de santé publique est une entreprise de

longue haleine. De nombreux observateurs mettent aussi en lumière les difficultés de recrutement de personnel qualifié sur ce type de projet. Par ailleurs, la diversité d'origine des acteurs (hôpital, collectivités locales, sécurité sociale, etc.) empêche l'adoption de méthodes de travail et de techniques communes qui faciliteraient les projets. Ce phénomène entrave très concrètement le développement de la santé publique. Cela explique que de nombreuses initiatives de promotion ou d'éducation à la santé soient menées isolément et puissent parfois produire un résultat mitigé. De plus, la santé publique est une discipline qui ne jouit pas d'une extraordinaire notoriété et peut donc passer au second plan des préoccupations chez certains médecins ou décideurs hospitaliers. Ici encore, le développement d'une culture hospitalière essentiellement basée sur le curatif semble freiner la santé publique. Celle-ci peut pourtant déboucher sur des résultats extrêmement satisfaisants.

La vision biomédicale de la maladie et sa réponse individuelle par le soin s'est imposée dès le 19^{ème} siècle. Aujourd'hui, le concept évolue vers une approche communautaire. L'activité médicale s'inscrit alors dans un programme collectif de prise en charge mais le modèle biomédical reste cependant encore très présent. De ce fait, il représente un frein au développement de la santé publique. Le cloisonnement médical des spécialités et la culture du modèle biomédical ne favorisent pas l'ouverture et le partenariat, nécessaires dans le cadre d'actions inscrites dans ce champ.

Enfin, il est à noter que la mise en œuvre des projets de santé publique est fortement influencée par la personnalité et la motivation des personnes en présence. Cela peut constituer tout à la fois un obstacle comme un levier potentiel.

2.2 Les facteurs favorables

D'autres éléments facilitateurs existent pour un développement de la promotion de la santé publique, telle que définie par la charte d'Ottawa, dans le secteur des soins de santé, en particulier à l'hôpital.

2.2.1 Le recentrage sur la santé

La population a besoin de services de santé efficaces, pas seulement de services de soins réparateurs. L'hôpital, spécialiste des interventions curatives et réparatrices, voit donc sa place naturelle et traditionnelle remise en cause par l'évolution des besoins de santé.

A) La demande des usagers

La volonté de démocratie sanitaire a amené le législateur à impliquer les associations d'usagers dans les différentes instances de concertation et de décision du champ hospitalier (conseil d'administration (CA), commission des relations avec les

usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)) et du champ de la santé (participation aux conférences de santé nationales, régionales et de territoire). D'autre part le droit des malades a été renforcé par une série de textes qui permettent en partie à l'utilisateur « d'être acteur de sa santé ».

L'enjeu est d'entendre la parole de l'utilisateur, qui n'est ni expert ni professionnel, et de considérer qu'il peut faire valoir les difficultés et les ressources de chacun pour améliorer sa santé, et ainsi contribuer au renforcement mutuel des connaissances (Centre Hospitalier de Martignes et Atelier Santé-Ville de Soissons).

B) L'évolution législative

La loi du 9 août 2004³¹ marque la détermination du législateur d'inscrire la santé publique comme une compétence de l'Etat, en impulsant une politique de plans nationaux, fixant des objectifs et précisant les indicateurs de résultats. La mise en place du GRSP traduit cette résolution de confier à l'Etat ce qui ne relève ni de l'offre de soins hospitalière ni de l'offre de soins ambulatoire. S'impose aux membres de ce groupement, du fait même de sa constitution et de ses missions, la concertation vers la mise en œuvre de complémentarités. Ce chantier est en cours, vers la construction d'un cadre cohérent avec des orientations structurantes sur un territoire donné.

2.2.2 Le renouvellement des pratiques

Les actions de prévention ou d'éducation thérapeutiques ne sont pas récentes, en témoignent les projets de Soissons ou du Centre hospitalier (CH) de Château-Thierry. Pour autant, les pratiques évoluent, du fait de l'évolution du cadre législatif mais aussi du fait des bilans des actions menées depuis plusieurs années.

A) L'adaptation aux nouveaux textes : l'exemple des Ateliers Santé Ville

Les Ateliers Santé Ville³² (ASV), composante des Projets Médicaux de Territoire (PMT), ont pour objectif de « favoriser l'émergence d'un lieu de coordination local entre tous les acteurs sanitaires et sociaux des villes engagées dans les contrats. Cet outil vise à favoriser l'association des habitants et des professionnels aux choix réalisés, aux décisions prises concernant la santé ». Ils constituent une démarche de santé communautaire qui concerne une population cible, celle visée par le contrat de ville. Cette

³¹ Ibid.

³² Circulaires du 13 juin 2000 DIV-DGS relative à la mise en œuvre des ateliers « santé-ville » dans le volet santé des contrats de ville 2000-2006 et du 4 septembre 2006 DGS/DHOS SD1A n°2006-383 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé-ville

population est associée au diagnostic local, à l'identification des besoins, à la définition des objectifs en vue d'apporter une réponse adaptée et partagée aux besoins recensés. Cette démarche de santé contenue dans les ASV est circonscrite, elle n'est pas systématiquement englobée dans une politique départementale ou régionale. La récente mise en œuvre des contrats urbains de cohésion sociale³³ conforte la place de la santé dans la déclinaison des politiques territoriales. En effet, la santé y est affirmée comme l'un des thèmes prioritaires. La santé devient donc une priorité politique partagée, coordonnée, déclinée par territoires.

Le PRSP, ensemble coordonné de programmes et d'actions, comprend l'ensemble des priorités partagées dans l'espace régional et infrarégional. Le PRSP « a vocation à bénéficier à l'ensemble de la région en tenant compte de la géographie de ses territoires de la nécessité de conjuguer et de planifier les moyens »³⁴. Les projets locaux sont les instruments appropriés pour répondre aux besoins de santé au plus près des populations en permettant de définir des stratégies concertées avec les ressources de proximité. Le PRSP forme le cadre structurant des actions de santé publique. Les actions menées au sein des ASV en sont parties prenantes. Les acteurs de terrain interviewés ont tous pris la mesure des changements induits par les évolutions réglementaires, du besoin d'articulations et de complémentarités de toutes les ressources locales en santé, y compris l'hôpital. En outre, le bilan de leurs propres actions les amenait à ce constat. La méthode de travail s'en trouve modifiée.

A Soissons, l'hôpital recrute une chargée de mission pour fédérer les actions menées dans le champ de la santé, notamment dans le cadre des ASV, et auxquelles il participait en dégagant des moyens humains et logistiques. A Château-Thierry, l'hôpital aménage des locaux au centre ville afin d'y créer, à terme, une maison de la santé. Ces projets s'appuient sur la dynamique créée depuis des années par les acteurs locaux, cette dynamique est un puissant levier de promotion de la santé.

B) La prise en compte du contexte local

Cependant cette dynamique ne se construit pas par hasard, elle requiert une bonne connaissance du terrain et des ressources locales ainsi que la recherche de collaborations solides. Les actions de promotion de la santé s'inscrivent sur un territoire géographique ou institutionnel limité, celui de la légitimité des acteurs : le lycée pour l'infirmière de promotion de la santé en faveur des élèves, le quartier pour l'animateur socioculturel, la zone d'attractivité pour l'hôpital. Les acteurs de terrain s'adressent à la singularité de leur public, en prenant en compte les déterminants sociaux locaux, même

³³ Circulaire du 24 mai 2006 relative à l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale

³⁴ in PRSP Picardie

quand il s'agit de déclinaison de programmes nationaux. Les acteurs remarquent que le diagnostic, l'analyse des besoins permettent l'ancrage des actions menées (projet mené par le CH Sambre-Avesnois et la communauté d'agglomération de Maubeuge). La formalisation des partenariats valide le travail et favorise sa poursuite dans la durée.

Il s'agit bien de prendre en compte la réalité dans toute sa complexité non maîtrisable, et de considérer tous les acteurs potentiels, dans le dialogue et le débat.

C) La construction à partir des ressources humaines

Au delà des techniques, la santé relève d'une responsabilité partagée entre professionnels, experts et citoyens-usagers. La place de l'humain y est donc prépondérante. Les entretiens réalisés, notamment au CH Sambre-Avesnois, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice, montrent le primat de la rencontre humaine en matière de développement de projets de santé : arrivée d'un nouveau directeur, volonté d'un médecin, détermination d'un élu, engagement d'un professionnel, conviction d'un adhérent associatif... « *peu importe* », comme le dit un chef d'établissement, « si d'une rencontre naît le déclic », ou si « d'un noyau, la cellule peut se constituer ». La rencontre de professionnels soignants impliqués et d'un directeur sensibilisé est souvent la conjonction pour une réussite en matière de santé publique.

Les outils de planification, les textes réglementaires peuvent rester lettre morte si personne ne se les approprie. Le lien entre les institutions et les acteurs se construit, il n'est pas acquis au préalable. Cela pose la question de la place des acteurs et de la méthodologie de travail. Les actions pérennes sont celles menées par des acteurs qui ont repéré leur fonctionnement, l'ont formalisé et ont transformé une opportunité en force pour fonder leur projet solidement, illustré par exemple par l'expérience de Château-Thierry.

D) La redéfinition des places des acteurs institutionnels

Longtemps marginal dans les actions de santé publique, l'hôpital prend une nouvelle place et quitte « les murs ». Le soin constitue le mode d'action privilégié de l'hôpital. Pour autant, le développement de l'éducation thérapeutique du patient, des réseaux de santé ont montré la capacité de l'hôpital à renouveler sa pratique et à travailler en partenariat avec les professionnels de santé et les associations. Gage de qualité et de compétence, l'apport de l'hôpital dans la promotion de la santé est indéniable et sa participation en tant que pilote, fédérateur ou partenaire (selon le contexte) dans les projets locaux apporte une réelle plus value. Ses moyens humains et techniques durables, dans des projets menés à long terme, garantissent leur viabilité.

2.2.3 Le développement de nouvelles compétences en santé publique

A) L'état des lieux en matière de formation

Lors des études médicales, la formation en santé publique est relativement succincte. Les six premières années d'études abordent la santé publique par des modules d'enseignement traitant des bio-statistiques et éventuellement d'épidémiologie, de recherche clinique et d'organisation du système de santé. L'apprentissage médical est avant tout centré sur la pathologie et le patient, au détriment d'une vision plus globale de l'individu et de son environnement. C'est à partir du troisième cycle qu'une spécialité médicale est entièrement dédiée à la santé publique : l'internat de santé publique.

Dans le cadre des formations initiales du personnel paramédical, sont délivrés des enseignements théoriques de base de santé publique : infirmier, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste... Par exemple, la préparation du Diplôme d'État d'infirmier requiert la validation d'un module théorique obligatoire de 80h comprenant des cours de démographie, de bio-statistiques, d'économie de la santé et d'organisation du système sanitaire. Chaque institut de formation peut cependant, à travers son projet pédagogique, donner une place plus importante à l'enseignement de la santé publique, à l'instar de ce qui est réalisé à l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) d'Armentières à travers des modules optionnels par exemple. Par contre, il n'existe pas de voie de formation spécifique comme pour le corps médical. Les professionnels paramédicaux intéressés ont alors recours à la formation universitaire classique.

Concernant la formation des professionnels de santé publique de l'administration sanitaire, l'EHESP est un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel. Elle a vocation à recruter et former les différents corps de métier de l'administration de la santé (notamment les directeurs d'hôpitaux ou d'établissement sanitaires et sociaux, les directeurs de soins, les ingénieurs d'études sanitaires, les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, les médecins de l'éducation nationale, les médecins inspecteurs de santé publique et les pharmaciens inspecteurs de santé publique).

B) Les modèles et approches pédagogiques

Dans l'apprentissage de l'éducation à la santé, deux grands modèles coexistent : le modèle pédagogique centré sur le sujet et le modèle didactique centré sur les savoirs. Un des enjeux majeurs réside actuellement, comme le souligne Jeanine Pommier³⁵, dans l'explicitation des valeurs et références qui sous-tendent la conception de la santé

³⁵ Jeanine Pommier, *De la médecine à l'éducation pour la santé*, Revue La santé de l'homme, n°377, mai-juin 2005

publique en général et l'éducation à la santé en particulier. Il est en effet possible de rencontrer sur le terrain des approches biomédicales radicales (centrées sur les comportements individuels), comme des approches éducatives ou des approches communautaires, collectives et sociales centrées sur le développement de l'*empowerment* des populations (c'est-à-dire la capacité de l'homme à maîtriser son existence et à exercer un contrôle sur son environnement).

Selon Jean-Pierre Deschamps³⁶, plusieurs stratégies peuvent rendre possible, en termes pratiques, une éducation pour la santé plus communautaire. Elles comportent une modification profonde des relations entre le personnel de santé et les usagers, l'implication de ceux-ci dans la détermination des besoins de santé, leur aide à la formulation de la demande et leur participation à la mise en œuvre de réponses appropriées. Il faut reconnaître que les professionnels de santé ne peuvent plus se satisfaire d'être des techniciens investis d'un savoir, allant délivrer des messages à des personnes ou à des groupes « qui ne savent pas ». En fait, ils savent, autrement que nous, parfois mieux que nous, parce que leur connaissance est celle de leur milieu, de leur culture et qu'elle résulte d'un vécu quotidien. Si les professionnels de santé peuvent apporter une part de leur savoir, ils peuvent aussi s'enrichir et s'instruire : il ne s'agit plus d'une situation de transmission de savoir mais d'une situation de partage de savoir.

Pour Didier Jourdan et Dominique Berger³⁷, tout professionnel de l'éducation pour la santé doit s'interroger continuellement sur ses pratiques, identifier à quels savoirs d'expérience ou savoirs théoriques elles se réfèrent. C'est à cette seule condition qu'il se dégage du « comment faire ? » pour aborder les interrogations fondamentales d'ordre éthique ou politique, qu'il sort ainsi du rôle de « l'entrepreneur en normalisation en santé » que certains voudraient lui voir jouer, pour aller vers celui de l'acteur appelé à créer les conditions d'une articulation entre les savoirs scientifiques des savoirs profanes, les désirs des gens, le contexte et les valeurs de santé qu'il entend promouvoir.

Si l'on souhaite que l'hôpital joue ce rôle en matière de santé publique, diverses recommandations nécessiteraient d'être formulées à ce stade de la réflexion.

³⁶ Jean-Pierre Deschamps, *Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé*, Revue Environnement et santé publique, tome XXXIV n°11, février 1984

³⁷ Didier Jourdan et Dominique Berger, *Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation pour la santé*, Revue La santé de l'homme, n°377, mai-juin 2005

3 Recommandations pour des pratiques de santé publique renouvelées

3.1 Un changement de paradigme

3.1.1 Accentuer la place des usagers

La vision biomédicale a tiré sa légitimité des progrès gigantesques de la médecine. Dans ce modèle, le médecin est au cœur du système de soins. Le choix du traitement pour un individu malade repose de façon déterminante sur l'expertise du professionnel et sur la confiance du patient. La position du patient, se sentant inférieur du fait de sa souffrance, son angoisse, son hospitalisation, représente un frein à son autonomisation et donc au fait de promouvoir sa santé.

A la fin du XXème siècle, la situation du malade à l'hôpital a évolué. Le terme « usager » a fait son apparition, et ne s'applique pas seulement à la personne malade : il s'étend à la famille, aux proches, aux utilisateurs potentiels du service de santé. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a participé à l'évolution de la place des usagers. Cette pathologie a bénéficié d'une avancée considérable de connaissances ; elle peut dorénavant être contenue par des médicaments puissants. Elle a aussi été un révélateur social, les malades exprimant eux-mêmes leurs besoins, ils ont demandé une prise en charge de qualité à la fois curative, préventive, éducative et sociale, en d'autres termes globale. Au-delà du VIH, des stratégies ont été développées dans d'autres champs pour mobiliser les ressources sanitaires et sociales autour des besoins de la personne, notamment dans la prise en charge des personnes toxicomanes et en situation de précarité.

Ces dernières années, c'est en oncologie que les usagers ont fait évoluer les prises en charge, notamment par leur participation aux Etats Généraux de la santé. Dans ce domaine où les soins sont basés avant tout sur la prévention, l'éducation, la pluridisciplinarité, la coordination, la continuité des soins et un accompagnement psychosocial, la santé publique prend toute la place souhaitée par les usagers. Cette évolution reste encore actuellement centrée sur les établissements de santé, publics ou privés. Le prochain enjeu sera de l'ouvrir encore plus en direction des médecins libéraux. Le patient, sujet de soins devient usager, acteur de sa santé. Lui donner plus d'espace d'autonomie potentialise la richesse des informations échangées et donc une meilleure prise en charge. C'est dans le cadre de ce mouvement que s'est développée depuis 1996 (présence d'usagers dans les CA des hôpitaux) la représentation des usagers dans les instances de santé publique. Cette représentation a été renforcée par des dispositions

contenues dans la loi du 4 mars 2002³⁸, et dans la loi du 9 août 2004³⁹. Cette nouvelle place pour les usagers ne peut prendre véritablement sens que si leurs représentants disposent des informations et des connaissances nécessaires pour que cette fonction soit efficace, ou même effective. Il est alors essentiel pour les dirigeants hospitaliers de comprendre cette évolution culturelle afin de pouvoir l'accompagner, par exemple, par la formation des acteurs ou la mise à disposition de locaux type « maison des usagers ». En effet, permettre aux usagers de s'approprier les données, c'est favoriser ensuite un réel débat démocratique qui peut contribuer à faire progresser la qualité des décisions, celle des soins et la place de la santé publique.

L'usager, acteur de sa santé et le citoyen, participant à l'élaboration des politiques sanitaires participent à la régulation du système de santé. L'hôpital est appelé à favoriser ce mouvement s'il veut élargir son domaine d'intervention au pilotage du vivant, pour répondre aux tendances actuelles qui font que la santé se définit de plus en plus par rapport à la vie plutôt qu'en relation avec la maladie. Il a vocation à prendre sa place chez l'ensemble des partenaires de santé publique, parmi lesquels les hyper-spécialistes hospitaliers, les libéraux, les usagers et autres intervenants.

« Réfléchir à la place de l'usager dans le système de santé ne consiste pas seulement à une demande légitime de la population qui aurait été révélée par les Etats Généraux de la santé ; cette réflexion est aussi, et surtout, la condition nécessaire à un partage harmonieux des responsabilités entre citoyens, usagers du système de santé, Etat et professionnels de santé »⁴⁰.

3.1.2 Éclaircir le rôle des tutelles

Chargés de mettre en œuvre les orientations politiques, ces services doivent permettre de construire un cadre organisé, stable et cohérent et des dispositifs de concertation et d'évaluation, au travers des missions de programmation et de pilotage des actions, d'animation des politiques et de soutien des acteurs, de tarification et de financement. Le développement de la contractualisation, notamment la mise en place récente des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), amène un positionnement différent des services de tutelles. Au delà du contrôle, il s'agit de planifier des politiques sur un territoire donné et de négocier des objectifs avec une structure donnée.

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Caniard E, 2000. *La place des usagers dans le système de santé*, Rapport et propositions du groupe de travail, SN, Paris, 61p.

A) Planifier en structurant et en mettant en cohérence

Cependant l'ampleur du corpus législatif et réglementaire en matière sanitaire rend confuse la volonté du législateur et gêne les acteurs de terrain qui interviennent dans ce champ. Il s'agira donc de déterminer et rendre lisible les priorités et les objectifs de santé publique, par une connaissance fine des besoins du terrain et des acteurs institutionnels et associatifs. Pour ce faire la cartographie de chaque territoire de santé, la taxinomie des professionnels et des intervenants de santé publique doivent être systématisées. D'autre part, il ressort des entretiens menés que le SROS ou le PRSP n'influençaient pas les politiques mises en œuvre par les acteurs. La multiplication des réunions, des lieux de concertation et de réflexion rend floues les décisions prises et leurs enjeux, il s'agit de rendre lisible par une communication ciblée et adaptée.

L'abondance et la diversité des acteurs rend nécessaire l'articulation explicite des missions et des actions, dans une perspective de cohérence territoriale organisée autour de l'offre de soins hospitalière (ARH/SROS), l'offre de soins ambulatoire (URCAM/PRC) et la santé publique (DRASS-DDASS/PRSP). De plus, la dispersion des moyens et des énergies rend inefficace une partie du travail engagé par les opérateurs associatifs ou institutionnels. La mutualisation et le fonctionnement en réseau seront encouragés par les services de tutelle, en s'appuyant notamment sur l'INPES, les Centres régionaux d'éducation pour la santé (CRES) et les Comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES).

B) Négocier en formalisant et en soutenant

Les CPOM peuvent ainsi contenir une annexe concernant la santé publique. Il est aussi possible de rencontrer des établissements qui négocient avec les autorités de tutelle la mise en place d'espaces de santé publique. Les projets proposés par les associations et financés par le BOP santé publique sont validés dans le cadre du PRSP. Quelque soit le cadre de validation du projet, il importe de favoriser la communication entre acteurs sous la forme d'échanges de pratiques, de valoriser les actions et d'améliorer le retour d'expériences.

Le repérage et la valorisation de projets novateurs et positifs permettront de discerner et comprendre les méthodologies efficaces et de modéliser les pratiques.

3.1.3 Promouvoir la formation en Santé Publique

S'ils veulent jouer pleinement leur rôle de promoteur de santé, les hôpitaux doivent permettre à leurs personnels de pouvoir bénéficier d'actions de formation continue en santé publique, afin de disposer, d'une part de personnes compétentes formées à la santé publique et à la transversalité, et d'autre part de managers formés à la conduite de

projet et à l'impulsion de dynamiques de changement. Ils peuvent également solliciter leurs instituts de formation pour participer aux différents projets de santé publique.

D'autres recommandations peuvent être formulées : mieux connaître l'offre de formation en santé publique, échanger sur les pratiques professionnelles en santé publique, produire des référentiels en lien avec la formation, concevoir et réaliser des formations en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique, travailler en commun avec les réseaux existants, nommer des référents dans chaque organisme de formation en lien avec les référents de santé publique des établissements de santé, prioriser la santé publique dans le projet pédagogique en lien avec le projet de soins et le projet d'établissement du centre hospitalier de rattachement, valoriser l'expertise en santé publique des personnels formés en terme de reconnaissance statutaire notamment, optimiser la recherche en santé publique dans les organismes de formation (EHESP, Universités, Instituts de formation, etc.) tant en formation initiale qu'en formation continue.

3.2 Une approche concertée et décloisonnée

3.2.1 Encourager des partenariats simples et adaptés

Dans un système de santé où le patient est au centre, l'hôpital ne peut plus travailler seul. Il doit inscrire sa volonté dans les démarches des multiples partenaires. L'hôpital doit donc être un facilitateur pour promouvoir la santé hors de ses murs. Il doit forcément travailler avec les structures d'amont (le secteur ambulatoire) et les structures d'aval (soins de suite, maisons de retraite, services de soins à domicile...) afin de prendre en charge de manière cohérente et coordonnée les patients. L'hôpital devient un partenaire parmi d'autres dans le parcours du patient pour s'intégrer dans une filière de soins. Il doit donc se repositionner et se tourner vers l'extérieur.

Parce qu'il est capable d'atteindre toutes les populations, l'hôpital apparaît incontournable comme partenaire pour promouvoir la santé publique. Il deviendrait ainsi un espace-pivot des actions de santé publique. De ce fait, la transversalité des opérations de santé publique implique nécessairement des partenariats, avec non seulement les institutions mais aussi les associations et les usagers du système de santé. Leur représentation paraît primordiale pour une entière appropriation de la part des usagers ou utilisateurs de ces espaces de santé. Les usagers et associations auraient donc une place non négligeable dans l'évaluation et le retour sur investissement des actions effectuées.

Pour mener à bien un projet de santé publique, il est essentiel de travailler collectivement dans une relation de confiance, de partage de l'information, avec tous les acteurs impliqués dans le projet et avec la population visée. De ce fait, l'existence, voire l'obligation, d'un comité de coordination des actions de santé publique à l'intérieur de

l'hôpital, piloté par le département de santé publique, sur le modèle des Comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), Comité de lutte contre la douleur (CLUD), Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN), permettrait l'institutionnalisation de la santé publique dans les établissements et améliorerait la visibilité et la coordination des actions menées par les différents services.

3.2.2 Clarifier les procédures de financements

En raison des diverses sources de financements, les hôpitaux⁴¹ sont amenés à faire plusieurs dossiers financiers pour un même projet entraînant une perte de temps et parfois une démotivation. Il serait souhaitable de créer un dossier unique et un guichet unique communs à tous les financeurs. La mise en place du GRSP est censée remplir cette fonction mais il n'est pas encore opérationnel dans toutes les régions et il ne regroupe pas tous les financements. Il conviendrait d'accélérer sa mise en place et de renforcer ses moyens. Le découplage des actions de santé publique doit donc passer par plus de lisibilité des procédures entreprises et une simplification des démarches tant pour l'utilisateur que pour les professionnels de santé et les institutions.

3.2.3 Territorialiser les politiques de santé publique

Il en ressort donc, aux vues des différentes expériences entreprises sur le territoire national, de la nécessité de territorialiser les politiques de santé publique tant au niveau des bassins de vie de populations que des moyens matériels mis à dispositions. Outre le découplage des actions des différents partenaires, il conviendrait d'inscrire une véritable politique de santé publique dans les projets de développement des collectivités locales pour une valorisation des volontés politiques à l'égard des citoyens, à l'heure où l'état de santé est une préoccupation première de ces derniers.

De plus, la territorialisation des politiques de santé publique doit passer par l'utilisation d'outils des divers ministères existants. Ainsi, la délégation interministérielle à la ville (DIV) relevant du ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement a une vocation transversale. Elle peut constituer un appui aux collectivités pour l'obtention de crédits et la création d'une mission d'expertise sur un état des lieux des structures et des besoins sanitaires de santé publique d'un bassin de population. L'expérience du CH de Martigues, pour la mise en place d'ASV répondant le plus possible aux besoins de la population et en assurant ainsi un succès de ces actions, démontre la faisabilité de projets englobant de multiples acteurs à différentes échelles territoriales.

⁴¹ Les associations porteuses de projets de santé publique sont soumises à la même contrainte.

D'autre part, la territorialisation des actions de santé publique doit pouvoir s'ancrer dans un paysage local notamment avec la matérialisation géographique d'un lieu dédié aux actions de santé publique. Le projet niçois semble ainsi un véritable laboratoire d'idées national: le CHU de Nice met à disposition plus de 20 000 m² en plein cœur de la ville, aisément accessibles, afin d'en faire bénéficier ses différents partenaires dans le projet d'un espace de santé publique. Cet espace serait dédié notamment aux maladies du vieillissement... Cela témoigne d'une volonté des acteurs concernés⁴² et assure au projet « Saint-Roch, espace de santé publique » un ancrage fort et une visibilité accrue pour une population (d'un million d'habitants dans le département) soucieuse d'un « mieux vivre ensemble ».

3.2.4 Intensifier la communication autour des actions de santé publique

La mise en place de la réforme de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics de santé pourrait renforcer la place de la santé publique par la constitution de véritables pôles de santé publique composés d'un responsable de pôle et de cadres⁴³. La matérialisation et le regroupement des actions et des acteurs de santé publique souligneraient l'entrée dans une nouvelle ère : celle de la prévention et plus largement de la promotion de la santé doublée du passage d'un système essentiellement curatif à un système de soins préventif et promoteur de santé.

Il paraît primordial de sensibiliser les personnels des établissements pour qu'ils participent activement au projet. La reconnaissance d'un comité de coordination des actions en santé publique (cf. infra) y contribuerait, de même que des journées de sensibilisation. Il est important que les projets soient menés par des professionnels animés de convictions et prêts à s'engager sur le long terme avec le soutien affirmé de leurs institutions d'appartenance. De plus, l'un des signaux forts pour entrer dans l'ère de la promotion de la santé publique pourrait être l'obligation d'inscrire des actions de santé publique dans le projet d'établissement des établissements de santé.

3.2.5 Généraliser l'évaluation

Aujourd'hui, l'évaluation des politiques de prévention et de promotion de la santé est encore insuffisante. Or, de plus en plus l'« evidence based public health » (EBPH) s'impose en France. Tous les nouveaux médicaments, dispositifs médicaux doivent faire la preuve de leur efficacité et de leur innocuité avant d'obtenir l'autorisation de mise sur le

⁴² L'Etat (DDASS), le département (Conseil général des Alpes Maritimes), la ville de Nice, l'Assurance maladie, les mutualités, le CHU de Nice, l'Université de Nice Sophia-Antipolis.

marché et des financements. Aussi il est difficile de justifier un investissement financier important dans la promotion de la santé, alors que ce type de politique n'a pas fait suffisamment la preuve de son efficacité. Il faudrait donc développer les évaluations afin de « légitimer » les financements publics des politiques de promotion de la santé. Mais si l'évaluation des financements des actions entreprises semble ainsi nécessaire, celle-ci ne doit pas entraver les actions ou tentatives d'actions. Les évaluateurs devraient savoir faire preuve de souplesse et d'adaptabilité aux divers contextes présents. Trouver un juste milieu apparaît être également un défi.

⁴³ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Conclusion

Le lien entre hôpital et santé publique ne peut s'analyser de manière évidente car dès le départ se dressent des difficultés méthodologiques. En effet, il apparaît extrêmement complexe de définir notamment le terme de santé publique qui finalement peut recouvrir des domaines quasiment illimités.

Néanmoins, lorsque cette difficulté est surmontée, il devient possible d'établir que l'hôpital a pris une place grandissante dans la politique de santé publique ainsi qu'en témoignent l'évolution législative et réglementaire et le cadre budgétaire récemment renouvelé. Pour autant, toutes les actions de santé publique ne peuvent automatiquement aboutir positivement. Les freins côtoient les leviers dans ce domaine et incitent donc l'hôpital à les identifier, et ensuite les contourner ou les utiliser selon le contexte afin de réussir dans la conduite de projet.

Mais, l'hôpital n'est qu'un acteur parmi tant d'autres, et il devient essentiel de réfléchir sur les mesures permettant de rapprocher les acteurs au niveau régional et local afin de garantir la réussite des démarches de santé publique vers le but final de promotion de la santé.

L'esquisse de ces possibilités d'évolution amène ainsi plusieurs questionnements essentiels. Tout d'abord, il semble essentiel de s'interroger sur la volonté réelle des acteurs institutionnels de favoriser l'*empowerment* des usagers et ainsi de leur attribuer un véritable pouvoir en matière de décision dans le champ de la santé publique. Enfin, on peut se demander à juste titre quelle est la structure la plus légitime dans le champ et donc à même de délivrer les informations nécessaires à favoriser les attitudes préventives et d'éducation pour la santé.

Apparaît ainsi aux confluent de ces débats le rôle de l'hôpital. Il paraît aujourd'hui fondamental que les acteurs se réunissent afin de clarifier les rôles respectifs de chacun. Ainsi des réponses pourront être apportées à ces interrogations essentielles qui conditionnent l'essor ou le déclin des pratiques en matière de santé publique

Bibliographie

Articles

AUJOULAT I. MARTIN F. DECCACHE A. Quels repères pratiques pour mettre en place un processus de promotion de la santé, *La santé de l'homme*, juillet-août 2002, n°360, pp27-29

BERGER D., JOURDAN D. Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation pour la santé, *La santé de l'homme*, mai-juin 2005, n°377

BOURGUEIL Y. L'hôpital et la promotion de la santé : un projet paradoxal, *Revue hospitalière de France*, mai-juin 2003, n°492, pp17-22

BUTTET P. DEVEAU A. Les hôpitaux promoteurs de santé en France, un réseau en développement, *La santé de l'homme*, juillet-août 2002, n°360, pp20-21

BUTTET P. Promotion de la santé : les patients d'abord ? *Revue hospitalière de France*, mai-juin 2003, n°492, pp23-25

BUTTET P. L'hôpital promoteur de santé, *Revue hospitalière de France*, mai-juin 2004, n°498, pp46-48

DESCHAMPS JP. Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé, *Revue Environnement et santé publique*, février 1984, tome XXXIV, n°1

DESCHAMPS JP. Une «relecture» de la charte d'Ottawa. *Santé publique*, 2003, vol15 (3)

JEAN E. L'Europe de la santé publique. Compétences et réalisations communautaires. *Actualité et dossier en santé publique*, mars 2005, n°50, pp71-76

MARTIN F. Santé et hôpital : choc de culture ? *La santé de l'homme*, juillet-août 2002, pp16-17

POMMIER J. De la médecine à l'éducation pour la santé, *La santé de l'homme*, mai-juin 2005, n°377

Ouvrage

BOURDILLON F, BRUCKER G, TABUTEAU D. *Traité de santé publique*. Paris, Editions Médecine-Sciences Flammarion, 2004, 536 p.

Articles électroniques

DUBERNARD JM. Rapport sur le projet de loi n°877 relatif à la politique de santé publique, disponible sur internet <<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rapports/r1092.asp>>

DREES, Les établissements de santé Un panorama pour l'année 2004, Edition 2006, *la documentation française*, disponible sur <www.sante.gouv.fr>

Textes généraux et rapports

Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, OMS, novembre 1986

Charte de Budapest : Objectifs du réseau des hôpitaux promoteurs de santé, OMS, 1992

Déclaration de Vienne, OMS, 1997

Charte de Bangkok pour la promotion de la santé, OMS, août 2005

Rapport au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé, 2006

DREES, Comptes nationaux de la Santé 2005, n°100, juillet 2006

Textes législatifs et réglementaires

Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

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

Loi de financement de la Sécurité sociale 2004 qui a introduit l'article L.162-22-13 dans le code de la sécurité sociale

Loi de financement de la sécurité sociale 2006 / 2007 annexes

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Décret n° 43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

Décret n°2002-639 du 29 avril 2002 relatif à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et au Comité technique national de prévention institués par les articles L.1417-3 et L.1417-4 du code de la santé publique

Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux

Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé

Décret n°2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale

Décret n°2005-419 du 3 mai 2005 relatif à l'Institut national du cancer

Décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique

Décret n°2005-1539 du 8 décembre 2005 relatif aux conférences régionales ou territoriales de santé et modifiant le code de la santé publique

Décret n°2005-1540 du 8 décembre 2005 relatif à la Conférence nationale de santé

Décret n°2006-41 du 11 janvier 2006 relatif à la sensibilisation à la prévention des risques, aux missions des services de secours, à la formation aux premiers secours et à l'enseignement des règles générales de sécurité

Décret n°2006-57 du 16 janvier 2006 relatif aux programmes de formation à l'éducation à la santé

Décret n°2006-1546 du 7 décembre 2006 relatif à l'École des hautes études en santé publique

Décret n°2006-1676 du 22 décembre 2006 relatif au Haut Conseil de la santé publique et modifiant le code de la santé publique

Circulaire du 13 juin 2000 DIV-DGS relative à la mise en œuvre des ateliers « santé-ville » dans le volet santé des contrats de ville 2000-2006

Circulaire du 24 mai 2006 relative à l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale

Circulaire DGS/DHOS SD1A n°2006-383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé-ville

Sites internet

www.irdes.fr

www.sante.gouv.fr