

Isabelle Poirot-Mazères,
Professeur de droit public,
Institut Maurice Hauriou,
Université Toulouse 1 Capitole

« Avec l'irruption de la santé dans le champ du politique à la fin du XVIII^e siècle, l'action publique s'est découvert de nouveaux horizons. Les législations sanitaires se sont structurées et les politiques de santé ont été progressivement définies ». Malgré cette affirmation progressive, « les ambitions de la santé publique restent controversées »¹ et les paradoxes qui la traversent permanents. C'est ce constat contrasté que livrent plusieurs rapports récents et auquel la Stratégie nationale de santé et la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 *de modernisation de notre système de santé*² tentent de répondre. L'état de santé des Français est plutôt bon mais la mortalité prématurée et la mortalité évitable restent élevées ; le système de soins est territorialisé et l'accès aux soins largement soutenu par divers dispositifs de protection sociale, pourtant d'importantes inégalités sociales et territoriales demeurent ; la prévention y est invoquée de façon systématique mais souvent incantatoire, le retard pris sur le curatif marquant durablement les comportements et les budgets ; la recherche médicale est le fer de lance de notre médecine, partout reconnue, sans avoir pu toutefois empêcher les scandales sanitaires qui ont ponctué les dernières décennies ; enfin, dernier paradoxe relevé par Aquilino Morelle et Didier Tabuteau³, « censé être un pays disposant d'un « Etat fort », la France a longtemps été en réalité un « Etat Gulliver » : parfois géant, parfois nain ; tantôt puissant, tantôt désarmé » et à cet égard, c'est contre la longue tradition de marginalisation du Ministère de la santé comme des questions de santé publique en « cinquième roue du carrosse de l'Etat » que s'inscrit la volonté gouvernementale depuis plus de dix ans.

En effet, plus d'un siècle après la loi du 15 février 1902, premier grand texte relatif à la protection de la de santé publique, empreint d'une conception hygiéniste, populationnelle et préventive qu'occulteront durant le siècle les progrès scientifiques et la mise en place des régimes de l'assurance-maladie, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 *relative à la politique de santé publique*⁴ tire les enseignements de la désaffection pour les thématiques de la santé publique. L'ambition est alors « de donner à la santé publique la visibilité et la place qui lui reviennent dans le débat national, et de l'intégrer pleinement dans le processus de décision politique ». Affirmant la responsabilité de l'Etat en matière de politique de santé publique et le rôle du Parlement dans sa définition, la loi fait de la protection de la santé publique un devoir d'Etat, aspect de la responsabilité que lui assigne l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 : face aux nouveaux risques et aux risques renouvelés, « la sécurité sanitaire fait désormais partie des missions régaliennes de l'Etat, au même titre que la sécurité civile ou la défense du territoire [...]. Les outils d'intervention sont ceux des politiques publiques : seul l'Etat peut les mobiliser »⁵.

La loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 *relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme* avait permis de répondre en partie à ces nouveaux défis. En 2004, la loi de santé publique réaffirme l'impérieuse

¹MORELLE (A.),TABUTEAU (D.), *La santé publique*, Que sais-je ? PUF 2010, p.43.

²JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

³Op.cit.. p.42.

⁴JORF n°185 du 11 août 2004.

⁵DUBERNARD (J.-M.), Rapport d'information au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi (n° 877) relatif à la politique de santé publique, 25 septembre 2002, p.21

responsabilité de l'Etat, institué tout à la fois en autorité stratégique et en maître d'œuvre des objectifs ainsi fixés : « La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en oeuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat ». Le champ de la politique de santé publique est défini, les objectifs précisés et les rôles attribués. L'article 1411-1 décline alors en dix points les différentes dimensions de la politique de santé publique et intègre la définition de la politique de prévention donnée par l'article L. 1417-1 du code de la santé publique⁶. La concrétisation des objectifs et des plans est déclinée territorialement au niveau régional, associant sous la férule étatique tous les acteurs publics et privés de la santé.

La loi du 26 janvier 2016 se situe dans le sillage de ces dispositions. S'inspirant des recommandations formulées dans divers rapports⁷, elle renouvelle simplement les procédures et actualise les finalités des actions et interventions publiques en santé en les articulant à partir des axes de la Stratégie Nationale de santé.

Elle suit de la sorte les orientations tracées par la loi du 9 août 2004 notamment en matière de prévention (II) ; elle s'en écarte aussi par la définition d'une politique lisible qui n'est plus seulement appréhendée au travers d'une juxtaposition d'objectifs, et le choix d'une démarche qui trouve cohérence et effectivité dans la mobilisation de tous les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée (I).

I. Le dessein affiché de la loi 2016 : « rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée »

La volonté de mobiliser chacun autour de grands objectifs est une constante, encore faut-il y dédier des moyens, imaginer des procédures et des modalités propres à fédérer les énergies. A cet égard, une conviction anime les pouvoirs publics, celle que la définition d'un cadre de référence clair et cohérent doit permettre de conjuguer les efforts des multiples acteurs de la santé et d'améliorer leur efficacité, au service d'une conception à la fois dynamique et plurielle de la santé.

A. D'une loi à l'autre, entre ruptures et permanence

1. Le bilan en demi-teinte de la loi 2004

La loi du 9 août 2004 a favorisé une évolution des attitudes qui intègre désormais la prévention comme donnée nécessaire des politiques de santé et a sans doute mis fin dans les esprits au « tout curatif ». La nécessité d'articuler le niveau national et le niveau régional des décisions et des actions s'est également imposée, confortée par la mise en place des ARS. Pourtant, la démarche a rapidement montré ses limites. Mettant en exergue l'importance de la prévention, de la réduction de la mortalité prématurée et des inégalités sociales et géographiques de santé, la loi de 2004 reposait sur le principe selon lequel la politique de santé publique devait être régulièrement conçue à partir d'objectifs déterminés par le législateur tous les cinq ans, quantifiés et évalués. Or ce qui est apparu comme une avancée importante s'est avéré inadapté dans les modalités retenues « notamment en raison des difficultés à revenir

⁶Cf infra

⁷ Une dizaine de rapports ont précédé cette adoption, dont COUTY (E.), *Pacte de confiance pour l'hôpital*, mars 2013 ; CORDIER(A.), *Un projet global pour la stratégie nationale de santé*. 19 Recommandations du comité des «sages », juin 2013 ; COMPAGNON (C.), *Pour l'An II de la démocratie sanitaire*, 14 février 2014 ; DEVICTOR (B.), *Le service public territorial de santé. Le service public hospitalier. Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*. Rapport au ministre chargé de la santé, mars 2014.

devant le législateur pour légiférer à rythme quinquennal sur les objectifs de santé publique mais également par la complexité liée à de trop nombreux objectifs et l'absence de priorisation », véritable « obstacle à l'appropriation par les acteurs »⁸. D'autant qu'alors que le texte de loi initial se limitait à cent objectifs, le Président de la République et le gouvernement y ont ajouté différents plans stratégiques prioritaires, altérant davantage encore la compréhension de l'action publique en santé. Enfin, dans la pratique comme dans l'esprit qui devait les animer, les politiques de santé ont souffert du clivage entre la santé publique et l'Assurance Maladie et d'une participation restée marginale des usagers et de leurs associations.

2. Les grands traits de la nouvelle politique de santé

La loi de santé est l'une des manifestations du déploiement de la Stratégie nationale de santé, voulue par les pouvoirs publics et désignée comme le cadre stratégique que tous les acteurs du monde de la santé attendaient. Il s'agit de refonder en profondeur un système de santé « performant mais inéquitable » et pour ce, « de définir un cadre de l'action publique pour les années qui viennent » qui permette de lutter contre les inégalités et d'adapter le système de santé français aux besoins des patients comme aux défis majeurs « du vieillissement de la population », du « développement des maladies chroniques » et de la « diversification des risques sanitaires ». Pour y faire face, le Gouvernement a décidé de fédérer les différents acteurs autour d'un « diagnostic partagé et de leviers communs »⁹.

Certaines constantes, simplement actualisées, marquent le lignage de la nouvelle loi. Clé de voûte de l'ensemble, l'article 1^{er} de la loi confirme la place de la santé au cœur des politiques publiques dégagé par les textes précédents : « La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat » (Art. L. 1411-1). La procédure d'élaboration qui instaure un débat public est reprise¹⁰ et sa mise en oeuvre fait l'objet d'un suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle dont les résultats sont rendus publics. La territorialisation de la politique de santé est confortée et la loi articule les outils de programmation du niveau national au stade territorial.

Mais en parallèle, le législateur a eu également pour souci de renouveler le cadre de l'action en santé. L'article L.1411-1 élargit les finalités de la politique de santé et redéfinit son périmètre, qui intègre la prévention, la sécurité sanitaire et les établissements hospitaliers comme auparavant, mais aussi désormais des objets relevant de la protection sociale contre la maladie et de la gestion du « risque santé », que le code de la sécurité sociale confiait aux organismes gestionnaires de l'assurance maladie. En outre, la politique de santé comprend l'organisation des parcours de santé qui suppose la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers. Les séparations habituelles entre les différents secteurs ont donc vocation à s'estomper.

Surtout, et au-delà de la fixation de finalités précises et le rappel de grands principes structurants du système de soins dont il faut assurer l'effectivité, c'est une nouvelle « gouvernance » de la santé publique qui est mise en place, dont la clé est l'unification du pilotage du système de santé, « capable de mettre fin aux cloisonnements actuels et de mieux associer les usagers à la gouvernance »¹¹.

⁸Etude d'impact, Projet de loi relatif à la santé, 14 octobre 2014, p.15.

⁹Exposé des motifs, Projet de loi relatif à la santé, 15 octobre 2014, p.3.

¹⁰Préalablement à son adoption ou à sa révision, « le Gouvernement procède à une consultation publique sur les objectifs et les priorités du projet de stratégie nationale de santé »

¹¹Exposé des motifs, p.3.

B. A la recherche des cohérences

L'article 1^{er} de la loi, en reformulant l'article L.1411-1, tire aussi le bilan de la répartition des rôles faite en 2004. La diversité des acteurs publics et privés, la multiplicité des objectifs sanitaires et sociaux, l'intrication des compétences en certains domaines, ont rendu peu lisibles les politiques de santé et complexe le partage des responsabilités. Partant du constat que les objectifs de santé publique n'ont été maîtrisés par les acteurs « faute de finalités partagées et hiérarchisées »¹², la nouvelle loi cherche à dépasser les clivages traditionnels tant dans l'appréhension de la notion de santé que dans l'appropriation par chacun de sa fonction au service de celle-ci.

1. La convocation de tous les acteurs

En France, comme dans beaucoup de pays, le système de santé apparaît parfois comme un dédale organisationnel et administratif, doublé d'un maquis tarifaire, résultante de compromis successifs entre les acteurs: assurés sociaux, patients, fournisseurs de soins, Sécurité sociale, institutions de prévoyance, assureurs privés, mutuelles, tutelles publiques locales et centrale. Le pilotage du système de santé repose sur deux réseaux distincts et asymétriques, celui de l'État et celui de l'assurance maladie, se partageant les compétences : « pilotage de l'Etat pour la prévention, la sécurité sanitaire, les soins hospitaliers, et pilotage de l'Assurance maladie pour les soins de ville, le remboursement et l'indemnisation »¹³. La mise en place des ARS a permis de corriger en partie cette fragmentation du système de santé et le pilotage des politiques de santé a gagné en cohérence en région, un peu moins au niveau national. La Conférence nationale de santé estimait ainsi en 2013 que « c'est la désorganisation de l'échelon national et ses fractures institutionnelles qui empêchent aujourd'hui le bon avancement de l'organisation et de la coordination régionales » et dénonçait un système national « morcelé et agencifié »¹⁴. La feuille de route de la SNS a ainsi prévu de définir les bases d'un pilotage du système de santé plus cohérent « développant davantage les liens entre l'Etat et l'assurance maladie » et de redessiner, pour les rendre plus lisibles, « l'architecture de la politique nationale de santé et ses conditions d'élaboration »¹⁵.

Désormais il est prévu que « dans le cadre de leurs compétences et dans le respect des conventions les liant à l'Etat, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent à la mise en œuvre de la politique de santé et des plans et programmes de santé qui en résultent » (Art. L. 1411-2.). Dans la droite ligne des principes établis dans l'article 1^{er}, le double pilotage hérité de l'histoire doit s'estomper au profit d'un « l'alignement stratégique entre l'Etat et l'assurance maladie ». Pour ce faire, selon l'article L.1411-1, « tout projet de loi portant sur la politique de santé, à l'exclusion des projets de loi de financement de la sécurité sociale et de loi de finances, fait l'objet d'une concertation préalable avec les différents organismes d'assurance aux côtés de « l'Union nationale des professionnels de santé, les représentants des collectivités territoriales et l'Union nationale des associations d'utilisateurs du système de santé agréées ». Ces mêmes organismes concourent à la réalisation des objectifs fixés ce qui passe en particulier par un renforcement des outils de coordination singulièrement de la contractualisation- entre l'Etat et l'Assurance maladie »¹⁶.

¹²Id.p.5.

¹³Exposé des motifs, préc.p.5.

¹⁴Avis 18 juin 2013 « Faire vivre les principes de la solidarité dans le champ de l'autonomie », p.5.

¹⁵Préc.p.27.

¹⁶L'article 182-2-1-1 du Code de la sécurité sociale élargit ainsi le champ de la contractualisation entre l'Etat et l'Assurance maladie dans le domaine des politiques de santé, en ajoutant aux actions de gestion du risque, des thématiques visant à l'amélioration de l'efficacité du système de soins.

Enfin, les professionnels eux-mêmes, y compris libéraux, sont invités à participer activement, s'inscrire dans les programmes de santé¹⁷ et, lors de l'exercice de leurs missions, à assumer non seulement les diagnostics et traitements mais aussi des actions de prévention et de promotion de la santé¹⁸.

2. Une vision globale de la santé

La politique de santé doit être menée de manière à garantir une réponse cohérente aux divers enjeux de santé, de dépendance ou de handicap, pour l'ensemble de la population et tout au long de la vie de chacun. La loi intègre comme dimension majeure une conception renouvelée de la santé, qui transcende tous les cloisonnements et englobe soins, prévention et promotion de la santé. Partant, les nouvelles dispositions évoquent une politique de *santé*, sans s'arrêter à une dimension strictement *publique*. La politique *de santé* se présente ainsi « comme une démarche d'intégration de l'ensemble des actions et des dispositifs concourant à la protection de la santé, démarche capable de dépasser les cloisonnements, financiers ou culturels, qui distinguent colloque singulier et médecine communautaire, prévention et soin, sanitaire et médico-social, santé publique et assurance maladie »¹⁹. De ce fait, « la prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap par le système de protection sociale » devient l'une des missions constitutives de la politique de santé (L.1411-1, 6°). Dans le même esprit de globalisation, la santé de l'enfant²⁰ comme la considération à tous niveaux du handicap²¹ font l'objet d'une attention particulière; la recherche est associée à l'élaboration de la SNS et le ministre qui en a la charge doit veiller à la cohérence des deux types de politiques, notamment en matière de risques pour la santé liés à l'environnement (L.111-6 du Code de la recherche).

L'énumération des différentes dimensions de la politique de santé témoigne de cette nouvelle conception de la santé autour de laquelle se retrouvent les différents partenaires du système de soins et de la protection sociale. Fait notable, comme annoncé dans l'axe 1 de la SNS « Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé », la prévention est érigée en priorité pour faire face aux défis du vieillissement, des maladies chroniques et des inégalités sociales.

II. La confirmation de la prévention au cœur de la politique de santé

Longtemps, face au dénuement thérapeutique des médecins, les pouvoirs publics ont construit leurs politiques sanitaires sur la prévention. Les progrès réalisés au cours du XXème siècle l'ont finalement reléguée au second plan, effacement du préventif devant la toute-puissance revendiquée et semblait-il alors définitive du curatif. La marginalisation de la santé publique, réservée souvent d'ailleurs aux marges de la société (personnes les plus vulnérables ou démunies), peu enseignée, mal rémunérée, est alors le signe le plus évident du « passage en quelques décennies d'une médecine attentiste et désarmée à une médecine efficace et de plus en plus interventionniste »²². La suite est assez connue pour ne pas souffrir d'être à peine esquissée. La montée des risques environnementaux, le retour régulier depuis les années 1980 d'épidémies difficilement contenues, la persistance des comportements délétères et des

¹⁷Article L1411-8 CSP

¹⁸Sont visés notamment les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et orthoptistes, ...

¹⁹Exposé des motifs

²⁰L.1411-1-1 : « Un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant »

²¹« La politique de santé est adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants familiaux » (L.1411-1)

²²MORELLE(A.) et D.TABUTEAU (D.), op.cit., p.27.

pathologies chroniques, en signant la « défaite de la santé publique »²³ comme les limites d'une médecine essentiellement thérapeutique, ont conduit les pouvoirs publics à une véritable révolution copernicienne. Alors que la dernière loi dédiée à la santé publique et articulée en grande partie sur la prévention datait de 1902, la loi Kouchner, cent ans plus tard, renoue les fils, réinscrit la prévention au cœur des politiques publiques et l'érige en responsabilité de l'Etat.

Le regard s'infléchit alors qui n'est plus seulement capté par les avancées thérapeutiques et entrevoit les avantages d'une démarche valorisant enfin la prévention afin de ne pas « prendre en considération à chaque fois que le plus proche et [à] laisser l'avenir plus lointain prendre soin de lui-même »²⁴. Si la prévention constitue le premier levier en la matière, en parallèle, la promotion de la santé comme l'éducation pour la santé doivent donner de nouveaux outils, en particulier aux plus vulnérables, pour prendre soin de d'eux et des autres.

A. Premier des axes de la loi: priorité à la prévention

Tirant les enseignements des erreurs d'appréciation et parfois des errances d'analyses antérieures, le nouveau texte pose les bases d'une orientation stratégique des différents acteurs du système de soins vers la prévention : à cette fin, il définit au préalable un nouveau cadre de gouvernance au moyen d'une « politique de santé » qui relève sans ambiguïté de la responsabilité de l'État mais inclut l'ensemble des acteurs.

1. Le cheminement erratique de la prévention dans la politique de santé

La loi de 1902 était fondée sur les conceptions hygiénistes de l'époque et, à partir de la meilleure compréhension des liens cause-effets, sur la lutte contre les infections grâce notamment à la vaccination. La loi du 4 mars 2002 quant à elle s'inspire d'autres paradigmes. Celui de la prise en considération de risques multiples mais aussi celui d'un patient citoyen qui doit être acteur à la fois du système et de son propre destin. Une place lui est ainsi reconnue au cœur des relations de santé dont le pendant est une responsabilité dans la préservation des grands équilibres de celui-ci. La loi Kouchner actualise dans cet esprit la prévention, en en donnant une définition qui sera finalement abandonnée en 2004 mais qui a le mérite d'en révéler la double dimension, collective et individuelle²⁵. La loi du 9 août 2004 poursuit la réhabilitation. Elle a pour ambition « de donner à la santé publique la visibilité et la place qui lui reviennent dans le débat national, et de l'intégrer pleinement dans le processus de décision politique » et « pour but essentiel d'affirmer la responsabilité de l'Etat en matière de politique de santé publique, ainsi que le rôle du Parlement dans ce domaine »²⁶. La prévention en devient alors un aspect déterminant : selon l'article L.1411-1, la politique de santé publique concerne « la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités » et « l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ». Dans le cadre ainsi largement appréhendé, « la prévention sanitaire s'attache à une pluralité de politiques ministérielles » et couvre une multitude de domaines d'action, ouverts au plan national et territorial²⁷, autant d'aspects que renouvelle la loi Santé.

²³MORELLE (A.), *La défaite de la santé publique*, Paris Flammarion, 1996.

²⁴JONAS (H.), *Le Principe Responsabilité*, Les Editions du Cerf, 1995, p.58.

²⁵Cf infra

²⁶Exposé des motifs de la loi relative à la Politique de santé publique

²⁷A. Flajolet, « Panorama des politiques ministérielles de prévention sanitaire : quelle cohérence d'ensemble? », Annexe 2, rapport *Peut-on réduire les disparités de santé ?*, avril 2008, p.127.

2. L'inscription dans la loi : de la SNS à la loi du 26 janvier 2016

La SNS traçait les lignes de force d'une politique de prévention, avec des finalités identifiées « protéger les individus et les populations contre les risques sanitaires et de maladies », « améliorer le contexte social, l'environnement et les conditions de vie dans un sens favorable à la santé », trois objectifs principaux « agir sur les déterminants, lutter contre les inégalités et intervenir au plus près des populations », et une réalisation déclinée « selon trois axes : population (par exemple, adolescents), milieu (par exemple, collègue), thématique (par exemple, addictions) ». Il s'agit dans le même temps d'en renforcer l'impact par « l'adhésion de la population et des patients aux interventions proposées et par les capacités d'implication de l'entourage » et « d'agir sur les déterminants de santé en mobilisant, dans ce but, les autres politiques publiques (social, éducation, travail, environnement) ».

La loi inscrit ces préalables au cœur de la politique de santé et y articule diverses mesures. La politique de santé ainsi « tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins ». Très explicitement sont intégrées dans le premier cercle des missions de l'Etat « la prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé, par la lutte contre la sédentarité et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges » (L.1411-1 CSP). Dans ce mouvement, le Titre 1^{er} de la loi vise à « Renforcer la prévention et la promotion de la santé ». Différentes dispositions viennent conforter les dispositifs existants au soutien de la santé des jeunes et de l'égalité des chances, en matière de lutte contre les addictions et comportements problématiques ou d'information et de prévention de la population face à certains risques sanitaires liés à l'environnement (mention faite pour la première fois de la notion d'exposome); d'autres visent à soutenir plus spécifiquement les acteurs de la prévention (comme les Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé, les services de santé au travail, ou les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie²⁸). Enfin, la loi fait des professions de santé paramédicales des partenaires de première ligne en leur ajoutant systématiquement à leurs missions la prévention et parfois la promotion de la santé, dans un compagnonnage désormais acquis au bénéfice des stratégies d'évitement des pathologies et de préservation de l'autonomie.

B. Prévention, promotion, éducation: les termes du compagnonnage

L'association n'est pas nouvelle et les termes en sont connus qui doivent toutefois être explicités dès lors qu'ils inspirent l'esprit et le lettre de la nouvelle loi. A les confronter, l'éducation pour la santé peut aisément être envisagée comme une composante nécessaire et une modalité de la prévention mais aussi de la promotion de la santé²⁹. Quant à cette dernière, elle est présentée tantôt comme une variante de la prévention tantôt comme une notion matricielle englobant toutes les autres. Si prévention et promotion déterminent des stratégies

²⁸Un chapitre 4 est consacré à certaines initiatives en ce sens: « Soutenir et valoriser les initiatives des acteurs pour faciliter l'accès de chacun à la prévention et à la promotion de la santé »

²⁹L'éducation pour la santé vise l'accroissement des connaissances de la population en matière de santé, ainsi que le développement de compétences permettant aux personnes et aux groupes de participer aux débats sur les sujets de santé qui les concernent et aux actions de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre dans leurs territoires de vie.

communes (information, éducation à la santé...), elles peuvent être distinguées par les finalités qu'elles poursuivent et les moyens qu'elles déterminent.

La prévention, rappelle la Société Française de Santé Publique, « a pour objectifs de prévenir l'apparition des maladies, d'en réduire les conséquences fonctionnelles et sociales et de favoriser l'égalité devant la santé, en agissant sur les déterminants individuels et collectifs de santé et les inégalités de santé »³⁰. La promotion de la santé telle que définie par la Charte d'Ottawa « a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». Visant le bien-être complet de l'individu, elle dépasse le cadre strict de la prévention médicalisée, et plus largement du secteur de la santé. Partant, l'effort de promotion de la santé non seulement suppose « l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias » mais aussi « quel que soit leur milieu » l'investissement des personnes elles-mêmes « en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté ». La promotion de la santé doit être portée par l'élaboration de politiques publiques intégrant les données sanitaires (en matière sociale, d'éducation, d'environnement, de travail, d'habitat...) afin de créer des environnements favorables, et suppose l'élaboration des stratégies de planification et surtout la prise en compte des positions des citoyens et des associations dans la fixation des priorités. Un aspect la caractérise plus particulièrement, l'accent mis sur « l'acquisition d'aptitudes individuelles »³¹, la participation active et éclairée des individus à la préservation voire à l'amélioration de leur propre santé. On le constate, prévention, promotion et éducation sont très largement intriquées³². Ainsi les politiques de prévention contemporaines sont appelées non seulement à intégrer des considérations sanitaires à toutes les actions collectives mais aussi à allier les interventions centrées sur les compétences individuelles (telles que l'éducation pour la santé) à la création d'environnements matériels et sociaux favorables.

Cette démarche était inscrite dans la loi de 2004 selon laquelle « la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé » (L.1417-1 CSP). De même et sans surprise, l'association est au coeur de la nouvelle loi qui promeut la prévention, fait une part importante à l'éducation et intègre la promotion aux diverses dimensions de la politique de santé. Celle-ci comprend en effet « la promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, et la réduction des risques pour la santé liés à l'alimentation, à des facteurs environnementaux et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer », ce qui s'étend à « l'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile » (L.1411-1 CSP). Ces actions ciblent certains domaines plus particulièrement, au premier rang desquels, afin notamment de lutter contre les inégalités qui débutent dès la naissance et sont influencées par de multiples

³⁰ « Propositions Pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la Stratégie nationale de santé », juin 2014, p.10.

³¹ Charte d'Ottawa

³² Ainsi, dans le Traité de Santé Publique de F.BOURDILLON, G.BRUCKER et D.TABUTEAU (Chapitre 15), la notion de prévention est envisagée comme l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé. Dans ce cadre, ils distinguent la prévention dite de "protection" qui est avant tout une prévention "de", ou "contre", laquelle se rapporte à la défense contre des agents ou des risques identifiés et la prévention dite "positive" voire universelle, du sujet ou de la population, sans référence à un risque précis, qui renvoie à l'idée de "promotion de la santé".

facteurs personnels et environnementaux, la santé des plus jeunes³³. A la mesure des enjeux, un nouvel établissement national, l'Agence nationale de santé publique, est investi de compétences élargies³⁴. Les objectifs et politiques afférentes sont déclinés au niveau territorial et la promotion de la santé constitue un des domaines d'intervention des ARS via le plan régional de santé. A cet égard, le schéma régional de santé devient le cadre unique qui détermine notamment en matière de prévention et de promotion de la santé « les prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels » pour les cinq ans à venir³⁵.

Restent les questionnements que ne manqueraient pas de susciter les invocations sans réserve d'une promotion de la santé qui n'inciterait qu'au développement des aptitudes individuelles, à la prise en charge de ses pathologies par le patient ou à la promotion sans réserve de l'investissement personnel, sans vision d'ensemble et mobilisation de toutes les politiques publiques. La responsabilisation des usagers a été inscrite dans la loi Kouchner comme contrepartie de leurs droits reconnus (L.1111-1 CSP)³⁶. Dans cet esprit, la nouvelle loi rétablit un article qui reprend les conditions de réalisation des actions de promotion de la santé : elles « reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé. » (L. 1411-1-2). Les ARS en seront les maîtres d'oeuvre.

La vigilance reste de mise. La prévention et la promotion de la santé peuvent aisément devenir des outils de contrôle social si l'on considère que toute société tend à se consolider en renforçant le consensus autour de la norme. Le risque est grand alors de stigmatiser ou tenter d'infléchir tout comportement qui s'en écarte au risque d'empiéter sur l'autonomie des personnes, sur leur libre-arbitre ou sur leur vie privée. A contrario, on peut estimer que l'entreprise normative dédiée à la prévention ou à la promotion de la santé contribue au développement d'une forme de « responsabilité individuelle engagée » d'un patient citoyen, correctement informé, ayant intériorisé de ce fait règles et normes, réceptif aux incitations et prescriptions visant le bien-être. L'assujettissement redouté laisserait place à une adhésion et une intériorisation des normes, par là aussi à l'émergence de nouvelles conditions de l'expression de la responsabilité citoyenne. Loin alors des craintes suscitées par un contrôle social, l'appel à la responsabilisation, porté comme l'y incite la nouvelle loi par un effort collectif d'information et d'explication ciblé sur les plus exposés, pourrait contribuer, comme le souligne Raymond Massé, « au renforcement d'un principe moderne de responsabilité, fondamentalement pragmatique, fondé sur *« une éthique "raisonnable", animée non par l'impératif d'arrachement à ses fins propres, mais par un effort de conciliation entre les valeurs et les intérêts, entre le principe des droits de l'individu et les contraintes de la vie sociale, économique et scientifique »* (Lipovetsky, G., 1992, *Le crépuscule du devoir. L'éthique indolore des nouveaux temps démocratiques*, Gallimard, Essais, p.215) »³⁷.

³³Il est prévu que les élèves bénéficieront d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé et que « des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé. » (L. 121-4-1 du code de l'éducation).

³⁴Elle reprend les missions de l'Institut national de veille sanitaire l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires.

³⁵L.1434-2 CSP

³⁶« Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose ».

³⁷Raymond Massé, « Les sciences sociales au défi de la santé publique. », *Sciences sociales et santé* 1/2007 (Vol. 25), p. 5-23.

