

Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement
le 3 avril 2015 à POITIERS
par Mademoiselle LAGRANGE Solène
16 Janvier 1989

Quelle est la place des acteurs privés de santé, en promotion de la santé, aujourd'hui en France?
--

Composition du jury :

Président : Madame le Professeur RABOUAN Sylvie, Professeur des universités en chimie analytique- santé environnementale

Membres : Docteur ALBOUY-LLATY Marion, Maître de conférences des universités-praticien hospitalier en santé publique- santé environnementale
Madame THEVENOT Sarah, Maître de conférences des universités-praticien hospitalier en hygiène hospitalière- santé environnementale
Madame CHAMBARETAUD Sandrine, Économiste de santé
Responsable du Service Innovation Sociale, Macif-Mutualité

Directeurs de thèse : Mmes ALBOUY-LLATY et THEVENOT

Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**
(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement
le 3 avril 2015 à POITIERS
par Mademoiselle LAGRANGE Solène
16 Janvier 1989

Quelle est la place des acteurs privés de santé, en promotion de la santé, aujourd'hui en France?

Composition du jury :

Président : Madame le Professeur RABOUAN Sylvie, Professeur des universités en chimie analytique-santé environnementale

Membres : Docteur ALBOUY-LLATY Marion, Maître de conférences des universités-praticien hospitalier en santé publique-santé environnementale
Madame THEVENOT Sarah, Maître de conférences des universités-praticien hospitalier en hygiène hospitalière-santé environnementale
Madame CHAMBARETAUD Sandrine, Économiste de santé
Responsable du Service Innovation Sociale, Macif-Mutualité

Directeurs de thèse : Mmes ALBOUY-LLATY et THEVENOT



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année universitaire 2014-2015

PHARMACIE

Professeurs

- CARATO Pascal, Chimie Thérapeutique
- COUET William, Pharmacie Clinique
- FAUCONNEAU Bernard, Toxicologie
- GUILLARD Jérôme, Pharmaco chimie
- IMBERT Christine, Parasitologie
- MARCHAND Sandrine, Pharmacocinétique
- OLIVIER Jean Christophe, Galénique
- PAGE Guylène, Biologie Cellulaire
- RABOUAN Sylvie, Chimie Physique, Chimie Analytique
- SARROUILHE Denis, Physiologie
- SEGUIN François, Biophysique, Biomathématiques

Maîtres de Conférences

- BARRA Anne, Immunologie-Hématologie
- BARRIER Laurence, Biochimie
- BODET Charles, Bactériologie
- BON Delphine, Biophysique
- BRILLAULT Julien, Pharmacologie
- CHARVET Caroline, Physiologie
- DEBORDE Marie, Sciences Physico-Chimiques
- DEJEAN Catherine, Pharmacologie
- DELAGE Jacques, Biomathématiques, Biophysique
- DUPUIS Antoine, Pharmacie Clinique
- FAVOT Laure, Biologie Cellulaire et Moléculaire
- GIRARDOT Marion, pharmacognosie, botanique, biodiversité végétale
- GREGOIRE Nicolas, Pharmacologie
- GRIGNON Claire, PH
- HUSSAIN Didja, Pharmacie Galénique
- INGRAND Sabrina, Toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile Pharmaco chimie

- PAIN Stéphanie, Toxicologie
- RAGOT Stéphanie, Santé Publique
- RIOUX BILAN Agnès, Biochimie
- TEWES Frédéric, Chimie et Pharmaco chimie
- THEVENOT Sarah, Hygiène et Santé publique
- THOREAU Vincent, Biologie Cellulaire
- WAHL Anne, Chimie Analytique

PAST - Maître de Conférences Associé

- DELOFFRE Clément, Pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwyn, Pharmacien

Professeur 2nd degré

- DEBAIL Didier

Maître de Langue - Anglais

- PERKINS Marguerite,

REMERCIEMENTS

Je tiens, dans un premier temps, à remercier la Directrice de cette thèse, Docteur Marion Albouy-Llaty pour m'avoir guidée, encouragée et conseillée dans mon travail.

Je tiens également à témoigner toute ma reconnaissance à Sylvie Rabouan, Sarah Thevenot et Sandrine Chambaretaud qui ont accepté de juger ce travail et d'être membres du Jury.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de la faculté de pharmacie de Poitiers ainsi que celle du master « Promotion de la santé et développement social » de l'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED) pour leurs apports théoriques tout au long de ma formation.

J'adresse aussi tous mes remerciements à l'ensemble des personnes qui se sont rendues disponibles pour me recevoir en entretien et répondre à mes questions.

Également, je tiens à remercier mes parents et ma sœur qui m'ont toujours encouragée et accompagnée dans mes études et dans mes choix et particulièrement ma maman qui a pris le temps de relire cette thèse.

Enfin, mes remerciements vont aussi à mes amis qui ont su être très compréhensifs ces derniers temps ainsi qu'à Gareth qui m'a soutenu au quotidien.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	7
LISTE DES ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION	14
PARTIE I : ELEMENTS DE CONTEXTE, CONSTRUCTION DE LA REFLEXION	15
I. LA SANTE PUBLIQUE ET SES CONCEPTS	15
<i>A. Définition de la santé</i>	15
<i>B. Les deux modèles de santé</i>	15
<i>C. La santé publique</i>	15
<i>D. La prévention</i>	17
1) Classification de l'OMS	17
2) Nouvelle classification, San Marco	19
<i>E. La promotion de la santé</i>	20
1) Définition.....	20
2) Stratégies d'intervention.....	20
3) Déterminants sociaux de santé et inégalités sociales de santé	21
a) Le Modèle Dahlgren et Whitehead (1991)	22
b) Le Modèle de l'OMS.....	23
<i>F. Les éducations en santé</i>	24
1. Éducation pour la santé.....	24
a) Définition.....	24
b) Stratégies d'intervention.....	25
2. Éducation thérapeutique du patient.....	25
II. LA PROMOTION DE LA SANTE ET LA PREVENTION DANS LE CONTEXTE FRANÇAIS ACTUEL	26
1. Contexte économique français	26
a) Dépenses de santé du point de vue de la société	26
b) Dépenses de santé du point de vue des ménages.....	28
2. Contexte épidémiologique français.....	30
3. Contexte réglementaire français.....	31
4. Les acteurs de la prévention-promotion de la santé en France	33
III. CONTEXTE RELATIF AUX MUTUELLES ET AU MOUVEMENT MUTUALISTE	34
1. Définition et rôle des mutuelles de santé	34
2. Place des mutuelles de santé dans le système de santé	36
3. Mouvement mutualiste et promotion de la santé	38

IV. CONTEXTE RELATIF AUX LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES.....	39
1. Définition et rôle des laboratoires pharmaceutiques.....	39
2. Place des laboratoires pharmaceutiques.....	40
3. L'industrie du médicament et promotion de la santé.....	41
V. HYPOTHESES DE TRAVAIL	42
1. Questionnement.....	42
2. Les objectifs	43
a) Objectif général.....	43
b) Objectifs spécifiques.....	43
PARTIE II : METHODOLOGIE, PROCEDURE DE RECHERCHE	44
I. ENQUETE.....	44
1. Justification du type d'enquête.....	44
2. Justification du type d'entretien	44
3. Population d'étude.....	45
4. Réalisation de l'outil de recueil	45
5. Recueil et analyse des données	47
a) Retranscription des entretiens	47
b) Analyse des entretiens	47
6. Récapitulatif de la méthode	48
PARTIE III : RESULTATS.....	49
I. DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L'ETUDE.....	49
II. ANALYSE DES RESULTATS.....	50
<i>A. Les mutuelles de santé</i>	<i>50</i>
1. Le positionnement face aux politiques publiques.....	50
2. Le positionnement face à la promotion de la santé.....	51
a) Principe de promotion de la santé	51
b) Légitimité	53
c) Prise en charge	54
3. Les objectifs et les intérêts du développement de la promotion de la santé.....	55
a) Intérêts sociaux et sociétaux.....	55
b) Intérêts propres aux mutuelles	55
4. Les destinataires des actions de promotion de la santé.....	58
a) Cibles	58
b) Contrats et garanties.....	59
5. Les bénéfices de ces actions pour les participants	60
6. L'attente et la demande en promotion de la santé de la population	62
7. Les freins au développement à la promotion de la santé	64
8. Les leviers au développement à la promotion de la santé.....	65
9. Les futures évolutions en promotion de la santé	66
<i>B. Les laboratoires pharmaceutiques.....</i>	<i>68</i>
1. Le positionnement face aux politiques publiques	68
2. Le positionnement face à la promotion de la santé	70

3.	Les objectifs et les intérêts de développement de la promotion de la santé.....	71
4.	Les destinataires des programmes de promotion de la santé.....	74
5.	Les bénéfices de ces actions pour les participants.....	75
6.	L'attente et la demande de la population en promotion de la santé.....	76
7.	Les freins à la promotion de la santé.....	77
8.	Les leviers à la promotion de la santé.....	78
9.	Les évolutions dans les années qui arrivent en promotion de la santé.....	78
C. Les institutions publiques.....		79
1.	L'articulation avec les acteurs privés.....	79
2.	Les freins à ces partenariats.....	82
3.	Les leviers et les évolutions futures à ces partenariats.....	82
III. SYNTHÈSE DES RESULTATS.....		84
PARTIE IV : DISCUSSION.....		85
I. LA METHODE.....		85
1.	Biais de sélection.....	85
2.	Biais d'information.....	85
3.	Biais d'interprétation.....	85
II. LES RESULTATS.....		86
1.	La promotion de la santé, équation complexe de principes et de valeurs.....	86
2.	Enjeux doubles au développement de la promotion de la santé, déontologie et déficit public.....	87
3.	Vers un partenariat encadré en promotion de la santé en France.....	88
a)	Les difficultés des partenariats privés-publics en santé publique.....	88
b)	Les leviers à la mise en place de ces partenariats.....	89
4.	Exemple du Royaume-Uni.....	90
CONCLUSION.....		92
REFERENCES BIBLIORAPHIQUES.....		93
ANNEXES.....		99
RESUME.....		109

LISTE DES ABREVIATIONS

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSBM : Consommation des Soins et des Biens Médicaux

DCS : Dépense Courante de Santé

EPS : Éducation pour la santé

ETP : Éducation thérapeutique du patient

FFSA : Fédération Française des Sociétés d'Assurance

FNMF : Fédération Nationale de la Mutualité Française

GSK : Glaxo Smith Kline

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haute Conseil de Santé Publique

HPST (loi) : Hôpital-Santé-Patient-Territoire

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

INCA : Institut National Du Cancer

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

INSEE : Institut National de la Statique et des Etudes Economiques

IRES : Institut Régional d'Éducation et de la Promotion de la Santé

LEEM : Les entreprises du médicament

NHS : National Health System

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SNS : Stratégie Nationale de Santé

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

UNOCAM : Union Nationale des Organismes d'Assurance Complémentaire

UR : Union Régionale

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

UT : Union Territoriale

INTRODUCTION

Le nouveau projet de loi de santé publique, qui sera prochainement débattu à l'Assemblée Nationale, laisse toute la place au champ de la prévention et de la promotion de la santé. En parallèle, la Stratégie Nationale de Santé (SNS), qui préfigure la future loi de santé publique, et qui a été présentée à l'automne 2013, prône une médecine de parcours où chaque partie prenante du système de santé agit en coordination et collaboration.

La question se pose alors de l'investissement en promotion de la santé des acteurs privés de santé tels que les complémentaires santé et les entreprises du médicament pour qui ce domaine n'est pas le cœur de métier. La promotion de la santé, par définition, ne se limite pas aux professionnels de santé publique ou du social. Au contraire, elle est de la responsabilité de chacun et de l'ensemble de la communauté. Comment ces entreprises privées se positionnent-elles face à cette approche ? Comment se sont-elles appropriées la définition de la promotion de la santé ?

En qualité de pharmacien, titulaire d'un master de santé publique spécialisé en promotion de la santé, ces questions m'ont interpellée. Les six mois de stage de fin d'études réalisés au sein d'une mutuelle auprès d'une chargée de prévention et de promotion de la santé m'ont permis d'approfondir de manière plus précise et concrète ces interrogations.

Ce travail universitaire portera sur la place des acteurs privés de santé en promotion de la santé aujourd'hui en France.

La réflexion menée dans ce travail débutera avec une première partie consacrée à la définition du contexte et aux apports de la littérature sur les différents sujets que ce questionnement pose. Ces éléments permettront d'apprécier la démarche qui a abouti au questionnement et aux objectifs de l'étude. Dans un deuxième temps, une partie exposera la méthodologie utilisée pour obtenir des données du terrain d'étude. Suite à cela, les résultats de l'enquête associés aux apports de la littérature, seront présentés et interprétés. Ce travail se conclura par une mise en perspective des principaux résultats avec une ouverture internationale.

Partie I : Eléments de contexte, construction de la réflexion

I. La santé publique et ses concepts

A. Définition de la santé

Depuis sa constitution en 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) détermine la santé comme « **un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité** ». Pour acquérir un état de bien-être et de bonne santé, les besoins nutritionnels, sanitaires éducatifs, affectifs et soucieux doivent être contentés.

Cette définition de la santé donne une **image positive de la santé** et met en avant des concepts se référant **au modèle global** de la santé.

B. Les deux modèles de santé

D'après plusieurs auteurs et notamment Jacques A. Bury, il existe deux modèles de santé qui s'opposent : le modèle médical et le modèle global (Tableau 1).

Tableau 1 : Les deux modèles de santé - *Source : Bury JA.1979*

SYSTÈME DE SANTÉ		MODÈLE MÉDICAL	MODÈLE GLOBAL
	1	Modèle fermé	Modèle ouvert
	2	La maladie est principalement organique.	La maladie résulte de facteurs complexes, organiques, humains et sociaux.
	3	Elle affecte l'individu.	Elle affecte l'individu, la famille et l'environnement.
	4	Elle doit être diagnostiquée et traitée = approche curative.	Elle demande une approche continue, de la prévention à la réadaptation, qui tient compte des facteurs organiques, psychologiques et sociaux.
	5	Par des médecins	Par des professionnels de la santé travaillant en collaboration
	6	Dans un système autonome, centré autour d'hôpitaux dirigés par des médecins.	Dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté.

C. La santé publique

La santé publique met en évidence deux caractéristiques spécifiques qui la **différencient de la médecine clinique** :

- elle s'intéresse d'abord à la santé en tentant de la conserver et de l'améliorer, là où la médecine clinique s'occupe essentiellement des malades. (1)
- elle traite la santé de façon collective et globale, et non exclusivement de manière médicalisée. (1)

La santé publique a évolué dans sa définition et sa mise en œuvre au vu des changements épidémiologiques du siècle dernier :

1) **Début du XXème siècle, le temps des épidémies et des famines :**

La santé publique avait pour fonction de surveiller et protéger la population contre les maladies infectieuses en appliquant des règles d'hygiène et en vaccinant, comme décrit dans la loi de santé publique de 1902 relative à la protection de la santé publique.

La définition de la santé publique alors utilisée est celle de Charles-Edward Amory Winslow, fondateur de la *Yale School of Public Health* datant de 1920 : « La santé publique est la science et l'art **de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique** des individus par le moyen d'une **action collective** concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à **enseigner les règles de l'hygiène personnelle**, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objet final étant de **permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité.** » (2)

Un certain nombre de ces notions évoquées dans cette définition sera repris plus tard. Également, des notions sont encore utilisées aujourd'hui comme la notion, retrouvée dans la définition de l'OMS, « de prolonger la vie et d'améliorer la santé des individus et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective ». Cependant, le concept d'hygiène a été abandonné en France au fil des évolutions épidémiologiques.

2) **Milieu du XXème siècle : transition épidémiologique** grâce aux progrès de la médecine et à l'amélioration des conditions de vie.

A cette époque, la définition de la santé est le fait de ne pas être malade et la santé publique n'a que très peu sa place dans ce système basé sur le soin.

L'OMS a alors fait évoluer la définition de la santé publique mettant de côté la lutte contre les épidémies et intégrant le système de soins comme facteurs influençant l'état de santé de la population : « Alors que, traditionnellement, **elle recouvrait essentiellement l'hygiène du milieu et la lutte contre les maladies transmissibles**, elle s'est progressivement élargie (...) On utilise aujourd'hui la santé publique au sens large pour évoquer **les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins (...)**. Le champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie et de réadaptation. » (3)

3) **Après la deuxième moitié du XXème siècle : crises sanitaire, maladies chroniques et maladies liées au vieillissement de la population.**

Les politiques de santé publique ont développé une meilleure compréhension de la façon dont les styles et conditions de vie déterminent la santé. La santé publique a toute sa place dans ce contexte.

L'OMS a alors, en 2002, ajouté à sa définition de la santé publique **l'ensemble des efforts par des institutions publiques pour améliorer, promouvoir, protéger et**

restaurer la santé de la population grâce à une action collective. Et plus précisément, la santé publique à neuf grandes fonctions, selon l'OMS. (Annexe 1)

La santé publique telle qu'utilisée aujourd'hui, et dans ce manuscrit, nécessite alors une **approche pluridisciplinaire** plus large que la seule médecine clinique. C'est une **approche globale** de l'ensemble des problématiques de santé d'une population **sous tous ses aspects politiques, économiques, réglementaires et institutionnels**. Elle est destinée à **préserver et protéger la santé des citoyens**, que ce soit à l'échelle d'un groupe social ou mondial. (4)

Il est alors possible de choisir comme définition: « **La santé publique est la science et l'art de favoriser la santé, de prévenir la maladie et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société.** » (5)

La santé publique s'intéresse à la **promotion de la santé** autour de laquelle gravitent **d'autres concepts tels que la prévention et les éducations en santé** qu'il convient de clarifier.

D. La prévention

Il existe plusieurs classifications et définitions de la prévention sanitaire bien que toutes aient pour objectif principal de protéger la population contre les risques. (6)

1) Classification de l'OMS

Selon l'OMS, la prévention est « l'ensemble des mesures **visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps** ». Plus précisément, la prévention en santé regroupe toutes les actions tendant à réduire l'impact des déterminants des pathologies et/ou des problèmes de santé, à éviter la survenue de pathologies et/ou des problèmes de santé ainsi que leurs complications. (7)

Ces actions de prévention sont divisées en trois types, selon leur finalité et selon un *continuum* santé-maladie-mort :

- **La prévention primaire**, avant l'apparition de la maladie c'est-à-dire ciblant une population saine. Elle vise à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. Son efficacité se mesure sur l'incidence du problème de santé dans la population. (6)
- **La prévention secondaire** lorsque le problème de santé est déclaré mais asymptomatique. Elle vise à détecter et traiter précocement une maladie ou un problème de santé ; la détection de la maladie à son stade le plus précoce permettant de circonscrire les conséquences néfastes à l'aide d'un traitement rapide et efficace. Le dépistage est un des outils de la prévention secondaire. Il est défini comme la recherche de maladies asymptomatiques, d'anomalies ou de facteurs de risque par simples tests, examens ou procédures, rapidement appliqués sur une grande échelle. Le test de dépistage détecte les personnes apparemment en bonne santé probablement atteintes par la maladie visée ou porteuses d'un facteur de risque. (6)
- **La prévention tertiaire**, une fois le problème de santé symptomatique installé. Elle vise à réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un

problème de santé. Elle consiste à appliquer des mesures de réduction des incapacités et à améliorer la qualité de vie. (6)

Les interventions en prévention regroupent un ensemble large de mesures préventives : intervention médicale, contrôle de l'environnement, mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé. (7)

Nous pouvons donc proposer des exemples selon les différentes mesures et classes de la prévention (Tableau 2).

Tableau 2 : Exemple d'actions de prévention selon la classification de l'OMS

Source : Reginster G et Leclercq D. 1985.

Prévention :	Primaire	Secondaire	Tertiaire
Actes médicaux	Vaccinations (BCG, ROR, DTpolio...)	Dépistage actif: VIH, cancers	Réadaptation pour les personnes avec séquelles d'accident
Génie sanitaire	Constructions de stations d'épuration et stations de traitement de l'eau potable	Mise au point de techniques d'isolation contre le bruit	Aménagement des lieux publics pour les personnes handicapées
Mesures légales	Interdiction de vente de cigarettes aux mineurs (loi HPST)	Réglementation du travail (limites d'exposition)	Réinsertion sociale des personnes handicapées (aides sociales)
Mesures économiques	Construction équipements sportifs (obésité)	Améliorer le remboursement du sevrage tabagique (Loi 2015)	Création de structures de réadaptation
Éducation pour la santé	Action anti-tabac dans une école	Action anti-tabac auprès de fumeurs	Éducation thérapeutique du patient atteint de maladie chronique

La classification de l'OMS est **universelle et reconnue par tous**. Cependant, elle soulève quelques questions. Elle **ne fait référence qu'à la maladie et non à la santé**, or certaines actions de prévention peuvent être **indépendantes d'une maladie**. C'est le cas notamment des actions pour le port de la ceinture de sécurité. De plus, elle est plus **adaptée aux maladies aiguës qu'aux maladies chroniques**. Les pathologies auxquelles la population est confrontée sont **très liées au comportement individuel** nécessitant **la participation active de la population** dans les démarches de prévention. (6)

Pour répondre à ces critiques d'autres classifications, mieux adaptées ont été proposées.

Classification de Gordon

La classification de la prévention de Gordon a été établie en 1982. Elle est mieux appropriée aux pathologies chroniques puisqu'elle est basée sur la population à laquelle elle s'applique et non sur le moment de l'intervention. C'est également une classification en trois parties distinctes. (6) :

- **la prévention universelle**, destinée à **l'ensemble de la population**, quel que soit son état de santé, qui a pour finalité de permettre à tous de maintenir sa santé. Cela peut être, par exemple, des règles d'hygiène alimentaire. (6)
- **la prévention sélective**, qui s'applique à des **sujets exposés** à des facteurs de risque afin de prévenir des maladies ou des accidents. Elle s'exerce alors en direction de sous-groupes de population spécifiques : automobilistes, jeunes femmes, seniors, population défavorisée, etc... Ainsi, des campagnes spécifiques comme la prévention de l'alcool au volant, la promotion de l'activité physique adaptée ou encore la vaccination contre les papillomavirus humains sont des exemples d'actions de prévention sélective. (6)
- **la prévention ciblée**, à destination **des sujets ayant des facteurs de risque**. Elle est non seulement fonction de sous-groupes de la population mais aussi, fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques bien identifiés de la population. Cela peut, par exemple, être des actions de prévention de la maladie coronarienne chez un homme d'une cinquantaine d'années fumeur et présentant un surpoids et de l'hypercholestérolémie. (6)

Cette classification est très bien adaptée aux maladies chroniques, qui sont, multifactorielles dans leur origine et séquentielles dans leur évolution. Néanmoins, elle présente un défaut majeur : elle fait référence de manière trop importante encore à une conception curative et thérapeutique de la santé. (6)

2) Nouvelle classification, San Marco

Une dernière classification, énoncée par le Professeur San Marco, existe. Elle reprend un certain nombre d'éléments de la classification de Gordon mais se veut plus globale et positive.

Contrairement aux autres classifications exposées, elle repose sur la participation active du sujet concerné à la gestion de sa santé, quel qu'en soit le niveau. Autrement dit, elle est fondée sur l'appropriation de la santé par la population cible. (6)

C'est aussi une classification en trois parties :

- **la prévention universelle**, dirigée vers l'ensemble de la population également mais basée sur la **participation de la population cible**. C'est ce qui est appelé la **promotion de la santé**. Cette promotion de la santé fera l'objet d'une définition dans un prochain paragraphe. (6)
- la **prévention sélective**, qui correspond à la prévention de certaines pathologies chez des sujets ou populations exposés présentant ou non des facteurs de risque à cette maladie. C'est ce qui est appelé la **prévention des maladies**. (6)
- **la prévention ciblée**, à destination **des malades**. Elle permet notamment à apprendre à **gérer le traitement des pathologies** pour éviter la survenue de complications. C'est ce qui est appelé **l'éducation thérapeutique du patient**. Cela fera également l'objet d'une définition dans un prochain paragraphe. (6)

Cette classification a permis de supprimer **la dichotomie entre soin et prévention** et présente une **approche globale de l'action sanitaire**. Cependant, elle est loin d'être admise

et utilisée par tous. (6)

Cette dernière classification de la prévention permet alors d'intégrer et de définir la promotion de la santé en tant que telle.

E. La promotion de la santé

1) Définition

La promotion de la santé comme décrite dans la charte d'Ottawa (Annexe 2) en 1986 « **a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.** » La promotion de la santé est un processus qui confère aux personnes et aux communautés la **capacité d'améliorer leur santé et d'accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé** : facteurs liés aux modes de vie, aux conditions de vies, à la performance du système de santé et à l'environnement.

Dans cette charte, la santé est définie comme **un concept positif, mettant en valeur les ressources sociales et individuelles**. La santé a pour objectif **le bien-être**. La paix, un abri, de la nourriture en quantité suffisante et un revenu minimum sont des conditions préalables nécessaires à son amélioration.

La promotion de la santé ne relève donc **pas seulement du secteur de la santé**. La promotion de la santé exige l'action coordonnée de tous les intéressés (gouvernements, secteur sanitaire, secteur économique, secteur social, organisations non gouvernementales, autorités locales, industries, médias).

2) Stratégies d'intervention

Les stratégies d'intervention de la promotion de la santé ont été classées en 5 catégories (Figure 1) :

- élaboration de politiques de santé, à l'aide d'approches complémentaires : législatives, financières, organisationnelles ;
- création d'environnements favorables, à l'aide d'une évaluation systématique des effets sur la santé de l'environnement ;
- renforcement de l'action communautaire, à l'aide du renforcement de la participation des populations en matière de santé ;
- acquisition d'aptitudes individuelles, à l'aide de l'information et de l'éducation pour la santé ;
- réorientation des services de santé vers la promotion de la santé, à l'aide d'une multidisciplinarité permettant de considérer l'individu dans son intégralité.

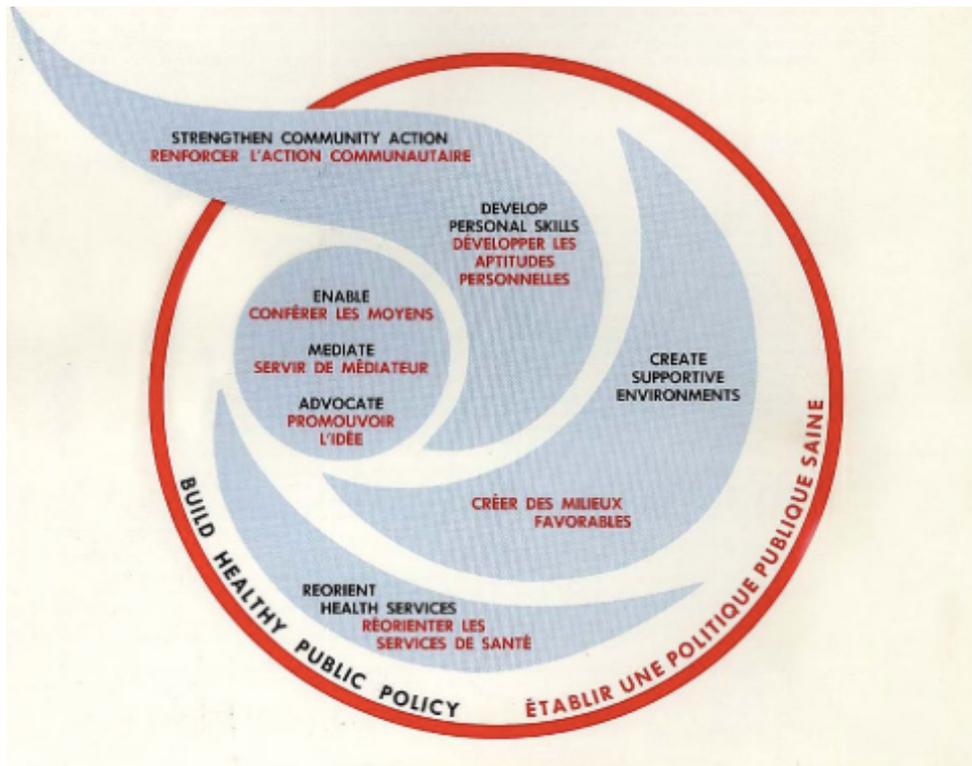


Figure 1 : Domaines d'action pour la promotion de la santé

Source : Charte d'Ottawa.1986.

3) Déterminants sociaux de santé et inégalités sociales de santé

À chaque étape et moment de la vie d'un individu, son état de santé se définit par une équation complexe entre plusieurs déterminants d'ordre socio-économique et dépendants de l'environnement physique et du comportement de l'individu. Ces facteurs sont nommés les « déterminants de la santé ». Ils agissent en interaction les uns avec les autres, et influent ensemble sur l'état de santé de chaque individu. (8)

Selon l'agence de santé publique du Canada (8), douze déterminants de santé ont été définis :

- le niveau de revenu et le statut social
- les réseaux de soutien social
- l'éducation et l'alphabétisme
- l'emploi et les conditions de travail
- les environnements sociaux
- les environnements physiques
- les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles
- le développement de la petite enfance
- le patrimoine biologique et génétique
- les services de santé
- le sexe
- la culture.

Aujourd'hui, il existe un certain nombre de modèles explicatifs différents de ces déterminants sociaux de la santé. Certains de ces modèles mettent en avant le rôle des conditions de naissance et de vie de l'enfant comme fondatrices et créatrices des inégalités,

lorsqu'elles sont défavorables. D'autres, au contraire, se basent sur le principe cumulatif de ces déterminants sociaux de santé défavorables au cours de la vie des individus. (8)

a) Le Modèle Dahlgren et Whitehead (1991)

Ce modèle montre les déterminants de la santé en 4 niveaux (Figure 2). Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres mais interagissent entre eux. (8) :

- « **Facteurs liés au style de vie personnel** » : concerne les comportements et styles de vie personnels. Ces paramètres peuvent être favorables ou défavorables à la santé. Les personnes désavantagées montrent une prévalence plus élevée à certains facteurs comportementaux comme le tabagisme, le mauvais équilibre alimentaire. Ils seront contraints à des efforts financiers plus importants pour choisir un style de vie plus sain. (8)
- « **Réseaux sociaux et communautaires** » : intègre les influences sociales et collectives. Par exemple, la présence ou l'absence de soutien familial ou amical dans le cas de situations défavorables ainsi que la pression par les pairs ont des effets positifs ou négatifs sur les individus. Cela influence les comportements individuels de façon favorable ou défavorable. (8)
- « **Facteurs liés aux conditions de vie et de travail** » : se réfère à l'accès à l'emploi, aux services et aux équipements essentiels : eau, habitat, services de santé, nourriture, éducation et également les conditions de travail. Des conditions de travail pénibles et dangereuses, des conditions d'habitat précaires et un accès faible aux services engendrent des risques supplémentaires pour les personnes concernées. (8)
- « **Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales** » : regroupe l'ensemble des déterminants qui influencent la société dans son ensemble, c'est-à-dire que la situation économique d'un pays, d'une région ou d'une ville a des conséquences sur tous les autres paliers. Le niveau de vie d'un pays, d'une région ou même d'un quartier a des répercussions sur les possibilités d'obtenir un logement, un emploi ainsi que sur les habitudes en matière d'alimentation et de consommation des boissons.

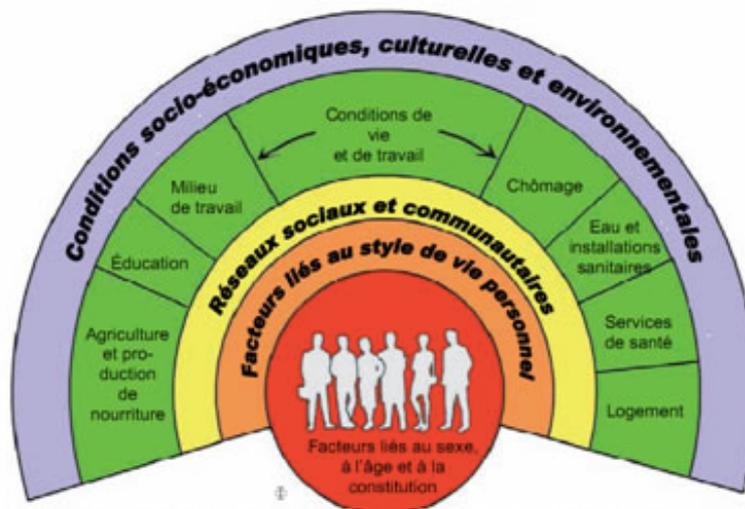


Figure 2 : Modèle de classification des déterminants de la santé selon Dahlgren et Whitehead
Source: Dahlgren G et Withehead M. 1991.

b) Le Modèle de l'OMS

Ce modèle présente l'ensemble des déterminants reconnus (Figure 3). Il est basé sur les liens entre les déterminants structurels de l'état de santé d'un individu et les déterminants intermédiaires de l'état de santé d'un individu. (9) :

- **les déterminants structurels** sont la résultante du contexte politique et socio-économique du pays : la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société. (9)
- **les déterminants intermédiaires** de l'état de santé se réfèrent aux conditions matérielles, psychologiques, aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. (9)

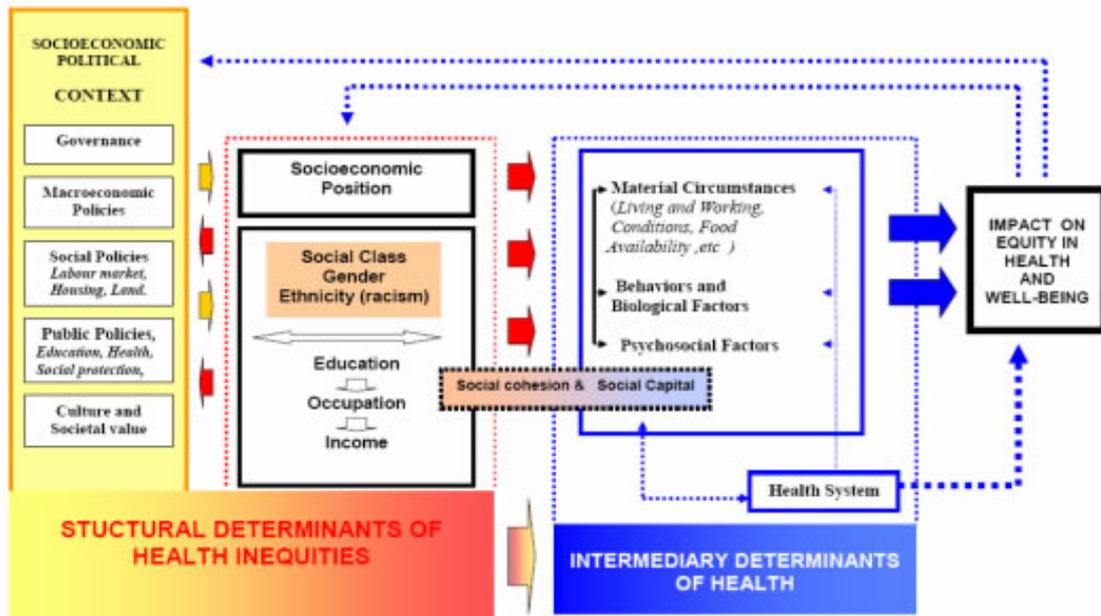


Figure 3 : Modèle de classification des déterminants de la santé l'OMS- *Source : OMS. 2009.*

Selon l'OMS, les déterminants sociaux de la santé sont l'ensemble des conditions dans lesquelles les individus naissent, évoluent, travaillent ainsi que les services, systèmes et organisations mis en œuvre pour faire face aux problèmes de santé. Ces déterminants sont considérés comme l'une des principales causes d'inégalités de santé entre les individus et entre les pays. C'est ce qui est nommé les inégalités sociales de santé (Figure 4).

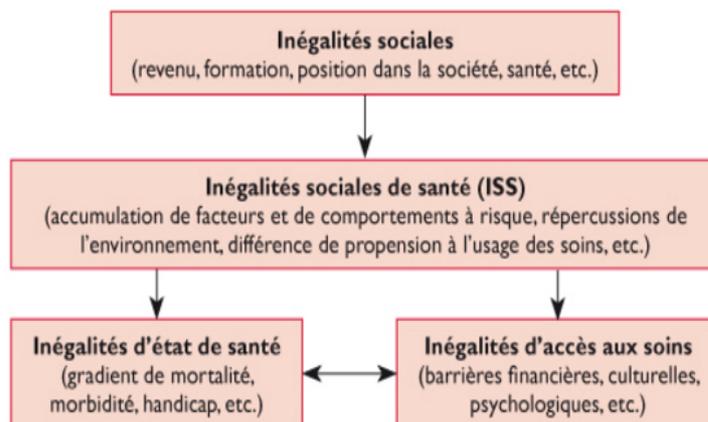


Figure 4 : Inégalité sociale de santé et lien de causalité - *Source: Chatelard S et coll. 2012.*

F. Les éducations en santé

Les mécanismes d'accompagnement des **changements de comportement de santé** nécessitent d'apprécier les enjeux de la santé pour les individus et vont **au-delà de la dimension médicale**. (10)

L'objectif final de ces démarches est alors de permettre aux personnes des modifications de comportement de santé au **bénéfice de leur propre santé de manière libre**. (10) Ces approches de santé obligent de comprendre et d'appréhender les **compétences psychosociales des individus**, c'est-à-dire les **compétences d'adaptation** de chacun face à son environnement. En effet, les décisions, les réactions et les attitudes de chaque individu sont conditionnées par ses croyances, son histoire et son passé. Ces compétences sont qualifiées par les organisations internationales comme « **transculturelles** ». Autrement dit, ces compétences outrepassent les séparations culturelles. (10)

D'après la définition de l'OMS, les **compétences psychosociales sont au nombre de 10** :

- Savoir résoudre des problèmes
- Savoir prendre des décisions
- Avoir une pensée créatrice
- Avoir une pensée critique
- Savoir se faire comprendre
- Être capable d'entrer en relation avec les autres
- Avoir conscience de soi
- Éprouver de l'empathie pour les autres
- Savoir gérer son stress
- Savoir gérer ses émotions.

Le terme générique d'éducation en santé regroupe l'ensemble des approches mettant en relation le système de santé et la personne mobilisant le processus éducatif (10) :

- **l'éducation pour la santé (EPS)** ciblant une population saine
- **l'éducation thérapeutique du patient (ETP)** ciblant une population malade.

1. Éducation pour la santé

a) Définition

Selon l'OMS, l'EPS est: « l'ensemble des moyens qui permet d'aider les personnes et les groupes à adopter des **comportements favorables à la santé** . Elle comprend des situations consciemment construites pour apprendre, impliquant une certaine forme de communication conçue pour améliorer l'instruction en santé de l'individu et de la communauté. Elle cherche également à **stimuler la motivation, les qualifications et la confiance de chaque individu**, nécessaires pour agir sur la santé. Elle aide chaque personne, en **fonction de ses besoins, ses attentes et de ses compétences**, à comprendre l'information et à **se l'approprier** pour être en mesure de l'utiliser. En ce sens, la vulgarisation et la diffusion des **connaissances scientifiques ne suffisent pas**. »

L'éducation pour la santé permet alors de traiter plusieurs thématiques principales interférant entre elles :

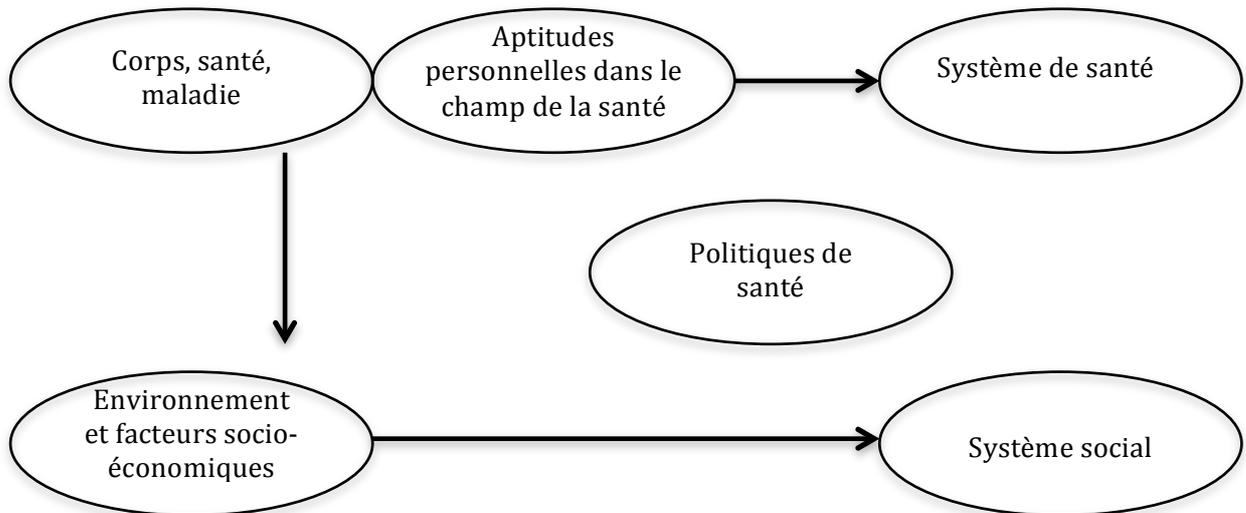


Figure 5 : Thèmes principaux de l'éducation pour la santé - Source : Bury JA. 1992

b) Stratégies d'intervention

Les différentes actions d'intervention de l'éducation pour la santé sont :

- des actions **de communication générales** (campagnes télévisées, radio, affichage, brochures) ;
- des actions de **communication plus spécialisées** (mises à disposition d'informations scientifiquement validées dans des centres de documentation) ;
- des actions **de terrain** (mise en œuvre d'actions et de programmes dans divers lieux et diverses populations : écoles, jeunes, populations défavorisées, etc) ;
- des actions **individuelles**, notamment dans le cadre de la relation aux soins.

2. Éducation thérapeutique du patient

Selon l'OMS, l'ETP se définit comme : « visant à aider les patients à **acquérir ou maintenir les compétences** dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec **une maladie chronique**. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de la gestion de la maladie et de soutien psychosocial. Elle a pour but **d'aider les patients (ainsi que leurs familles)** à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer avec les soignants, et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. »

La finalité de l'ETP est le développement ou maintien de deux types de compétences:

- Les **compétences d'auto-soins** : soulager les symptômes, prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, adapter les doses de médicaments, réaliser des gestes techniques et des soins, mettre en œuvre des modifications à son mode de vie, prévenir des complications évitables, faire face aux problèmes occasionnés par la maladie et impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, du traitement et des répercussions qui en découlent. (11)
- Les **compétences psychosociales** comme décrites dans le précédent paragraphe.

Cette définition a été reprise par la Haute Autorité de santé (HAS) et par l'Institut

National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES).

L'ETP a été inscrite dans le **code de la santé publique** (Art. L. 1161-1 à L. 1161-6) suite à la publication de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009. (Annexe 3). Elle est ainsi officiellement reconnue comme **s'inscrivant dans le parcours de soins du patient**. Elle s'adresse à toute personne souffrant d'une maladie chronique **quel que soit son âge, sexe ou stade de la maladie**.

L'ETP peut être réalisée par les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients ayant une maladie chronique mais également avec le concours **d'autres professionnels** (travailleur social, éducateur en activité physique adaptée).

Cependant, comme dicté dans le code de la santé publique (Art. L1161-4), les industries du médicament ne peuvent s'adresser directement aux patients. Ceux qui veulent s'investir dans le champ de l'ETP, doivent le faire par le biais de collaborations financières auprès d'autres acteurs menant des actions. (Annexe 3)

II. La promotion de la santé et la prévention dans le contexte français actuel

1. Contexte économique français

a) Dépenses de santé du point de vue de la société

Aujourd'hui, la France fait face à **un déficit sans précédent**. Selon les dernières données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2013 le déficit public s'élève à 4% du Produit Intérieur Brut (PIB). Cela s'explique en partie par une **augmentation des dépenses publiques**, au cours des cinq dernières décennies. En 1960, ces dépenses représentaient 35% du PIB alors qu'en 1990 elles dépassent la moitié du PIB. (12)

Cette augmentation des dépenses est la résultante de nombreux paramètres dont les **dépenses liées à la santé**. Celles-ci représentent 15% des dépenses publiques globales. (13) La Dépense courante de santé (DCS) regroupe :

- la consommation des soins et des biens médicaux (CSBM) ;
- la dépense pour les malades ;
- la dépense en faveur du système de soins ;
- la dépense de prévention ;
- le coût de gestion de la santé. (14)

L'ensemble des dépenses de santé a fortement augmenté ces cinquante dernières années. En effet, entre 1950 et 2010, les dépenses de santé en France sont passées de 3% à 9% du PIB. (Figure 6) (15) pour atteindre en 2012, 243 milliards d'euros soit 12% du PIB. (16) Ces augmentations peuvent s'expliquer par le vieillissement de la population mais également par les nombreux progrès et innovations médicaux. (17) La diminution de la part des cotisations des citoyens, avec notamment la population inactive, peut aussi être en cause dans le déficit de l'Assurance Maladie.

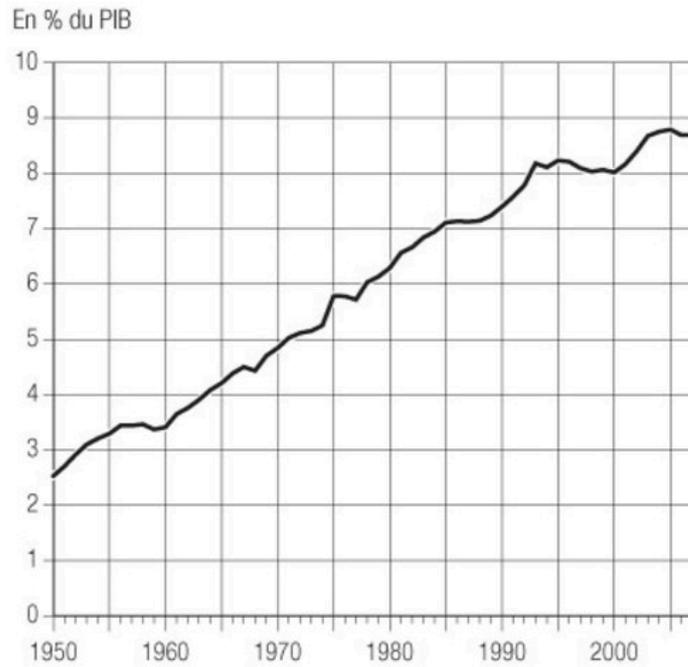


Figure 6 : Évolution de la Dépense Courante de Santé entre 1950 et 2000 - *Source: Insee*

Il est important de noter que la **part des dépenses allouées à la prévention est relativement faible**. Elle représente un peu **moins de 3% des dépenses de santé en 2013**. (14) De plus, la part de cette dépense de prévention n'a presque **pas évolué depuis 1996** et même, elle a diminué alors que toutes les autres lignes de dépenses ont augmenté (18). (Figure 7 et Tableau 3). Néanmoins, il est possible d'observer d'autres données concernant la part des dépenses allouées à la prévention, supérieures à celle indiquée par les Comptes de la santé. Cela s'explique par le fait que les Comptes de la santé ne considèrent qu'une partie des dépenses de prévention. Par exemple, les consultations médicales réalisées par un médecin généraliste à vocation préventive ne sont pas comptabilisées. (19)

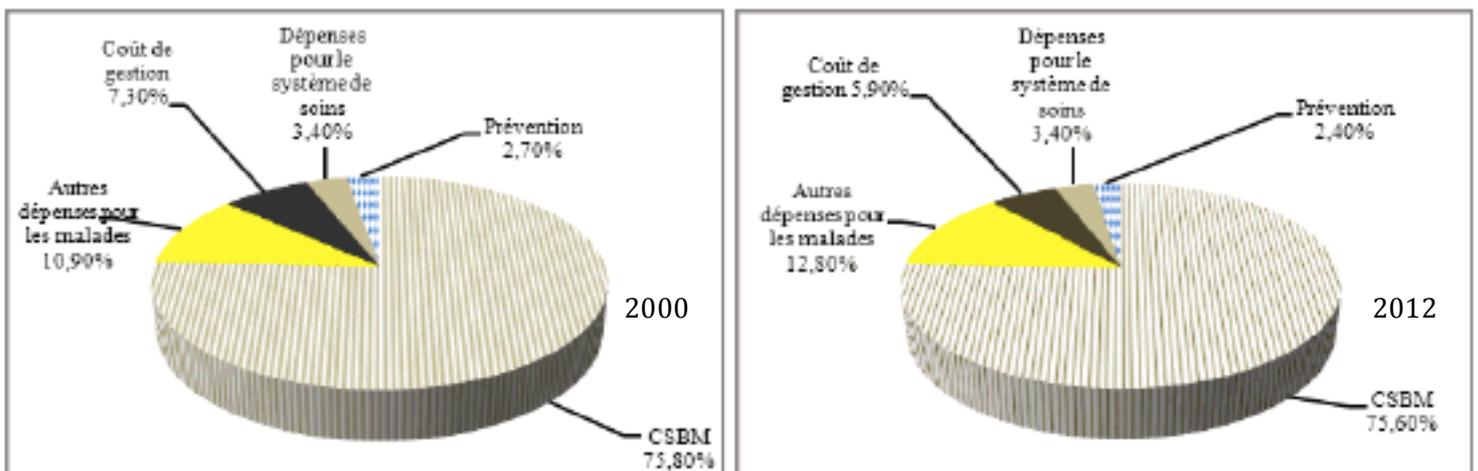


Figure 7: Structure de la Dépense Courante de Santé en 2000 et en 2012 - *Source: Commission des Finances, de l'Économie Générale et du Contrôle Budgétaire. 2013*

Tableau 3 : Évolution de la dépense courante de santé entre 2010 et 2012 - Source: Commission des Finances, de l'Économie Générale et du Contrôle Budgétaire. 2013

LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ

(en millions d'euros)

	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dépense courante de santé	151 241	169 407	187 790	201 838	210 152	218 284	226 789	232 030	237 980	243 011
en % du PIB	10,2	10,7	11,1	11,3	11,2	11,4	12,1	12,0	11,9	12,0
CSBM	114 574	128 134	142 668	153 748	160 352	165 710	171 149	175 231	179 608	183 623
Autres dépenses pour les malades	16 412	19 066	21 453	23 490	24 722	26 673	28 555	29 652	30 505	31 507
SSAD	602	705	837	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469
Soins aux personnes âgées en établissement	2 867	3 337	4 031	5 082	5 534	6 310	7 273	7 665	7 963	8 317
Soins aux personnes handicapées en établissement	4 744	5 322	6 158	6 904	7 279	7 697	8 035	8 255	8 531	8 755
Indemnités journalières	8 199	9 703	10 426	10 487	10 803	11 455	11 936	12 398	12 613	12 516
Prévention	4 095	4 744	4 970	5 263	5 467	5 720	6 477	5 770	5 788	5 791
Prévention individuelle	2 316	2 511	2 882	3 012	3 166	3 295	3 437	3 394	3 420	3 413
- Prévention primaire	1 947	2 121	2 430	2 493	2 597	2 707	2 822	2 790	2 798	2 799
- Prévention secondaire	369	390	452	519	569	588	615	604	622	613
Prévention collective	1 779	2 233	2 088	2 251	2 301	2 424	3 041	2 376	2 368	2 378
Dépenses pour le système de soins	7 856	8 981	9 680	10 632	10 859	11 251	11 461	11 663	11 894	12 039
Subventions au système de soins	1 628	1 833	2 103	2 277	2 074	2 190	2 226	2 397	2 562	2 660
Recherche médicale et pharmaceutique	5 422	6 275	6 610	7 035	7 243	7 401	7 451	7 421	7 452	7 469
Formation	807	873	967	1 320	1 542	1 660	1 784	1 844	1 880	1 910
Coût de gestion de la santé *	11 014	11 669	12 416	12 554	12 808	13 060	13 207	13 601	14 077	14 366
Double compte (recherche pharmaceutique)	- 2 711	- 3 187	- 3 397	- 3 850	- 4 056	- 4 131	- 4 060	- 3 887	- 3 893	- 3 864

* Coût de gestion des organismes complémentaires hors contribution du Fonds CMU à partir de 2011.

b) Dépenses de santé du point de vue des ménages

Tout d'abord, la part de la **participation financière des ménages dans la prise en charge du soin est de plus en plus sollicitée**. Il y a eu ces dernières années de nombreux **transferts des coûts de santé vers les patients** (tickets modérateurs, forfaits hospitaliers, diminution du taux de remboursement de certains médicaments).

Pour chaque prestation de soin, quelle qu'elle soit, un tarif conventionné est déterminé par l'Assurance Maladie. Dans chaque tarif de prestation une grande partie est prise en charge par la sécurité sociale. Dans ce tarif il y ensuite une part appelée **ticket modérateur**, partie qui reste à la charge de l'individu après le remboursement effectué par la sécurité sociale (Figure 8). Le taux de ce dernier varie en fonction notamment des actes médicaux et des médicaments. Ce ticket peut être pris en charge partiellement ou entièrement par la **complémentaire santé** de l'individu. Ensuite, il y a également ce qui est appelé la **participation financière**. Cette dernière est dans tous les cas à la charge du bénéficiaire de l'acte de soins ou de la prescription médicale. Enfin, dans certains cas il arrive que le prix de la prestation médicale aille au-delà du tarif conventionné, c'est ce qui est appelé **dépassement d'honoraire**. Ce dernier peut parfois être remboursé par la complémentaire santé.

Par exemple pour une consultation chez le médecin généraliste sans dépassement d'honoraires le tarif conventionnel de la consultation a été déterminé à 23 euros par l'Assurance Maladie. (Figure 9). Dans ces 23 euros, il y a :

- la part remboursée systématiquement par l'Assurance Maladie (15,10 euros),
- la part remboursée par la complémentaire santé si le patient en a souscrit une, appelée également ticket modérateur (6,10 euros)

- la part à la charge du bénéficiaire (1euros)



Figure 9: Exemple de la prise en charge d'une consultation chez un médecin généraliste, sans dépassement d'honoraires - Source : CMU. Présentation générale des dispositifs d'aide.

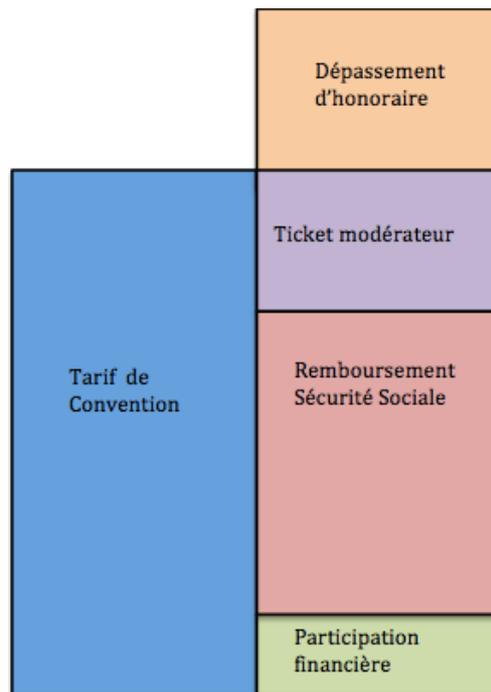


Figure 8 : Schéma explicatif des tarifs des actes médicaux et prescriptions

Les dépenses de santé, selon l'INSEE en 2010, **s'élèvent à 4% des dépenses totales des ménages français** (Tableau 4), un pourcentage similaire à celui des boissons alcoolisées.

Tableau 4 : Répartition des dépenses des ménages français en 1960 et 2010 - *Source : Insee*

	1960	2010
Alimentation et boissons non alcoolisées	26,0	13,4
Boissons alcoolisées et tabac	6,0	3,2
Articles d'habillement et chaussures	11,8	4,4
Logement, eau, gaz, électricité et autres combustibles	11,3	25,6
Meubles et entretien courant de l'habitation	9,2	5,8
Santé	2,2	3,9
Transports	10,5	14,0
Communications	0,5	2,8
Loisirs et culture	7,2	8,6
Education	0,6	0,9
Hôtels, cafés et restaurants	6,3	7,0
Divers	8,3	11,0

Champ : France entière.

Ces augmentations des dépenses concernent plusieurs domaines et étapes du soin et de la santé :

- **les dépenses des médicaments**. Selon les comptes nationaux de la santé, en 1980, chaque français dépensait en moyenne 95 euros par an en médicaments, alors qu'aujourd'hui il dépense plus de 500 euros.
- **les complémentaires santé**, pour lesquelles les cotisations n'ont pas cessé d'augmenter ces dernières années pour différentes raisons dont notamment le régime fiscal auquel sont soumises les mutuelles.

2. Contexte épidémiologique français

La santé en France est définie par des **indicateurs de santé globaux favorables**. (20) Cependant, la France, malgré une espérance de vie qui n'a cessé d'augmenter durant les 60 dernières années (21) et des dépenses de santé plus élevées que dans beaucoup d'autres pays développés (22), montre **des inégalités sociales face à la mort, à la maladie, au handicap et à l'accès aux soins**. Certaines recherches ont décrit une **contre-performance** de la France pour **les inégalités sociales de santé**. Par exemple, c'est dans notre pays que les écarts de mortalité entre travailleurs manuels et non manuels sont les plus marqués (22). La France est donc dans une situation intermédiaire pour ce qui est de l'espérance de vie en bonne santé, à la naissance comme à 65 ans (23).

Ce phénomène n'est ni récent ni spécifique à la France, mais des études ont montré que les inégalités de mortalité sont particulièrement présentes en France (24) et qu'elles se sont aggravées ces dernières années.

Cette conjoncture peut être perçue comme l'illustration des **failles du système de santé à prévenir ou modifier les comportements à risques** (20). En effet, par le biais des démarches de prévention et de promotion de la santé un certain nombre de pathologies et de leurs complications peut être évité. Cependant, cette approche semble **plus bénéficière aux catégories sociales déjà favorisées**. (21)

De plus, **le système de soins**, par ses principes même, **peut influencer sur les inégalités sociales de santé**. En effet, la part de la sécurité sociale dans la prise en charge des soins ne permettant pas le remboursement complet des prestations de santé (prise en charge à 60%), expose les français à des restes à charge considérables. Ces remboursements partiels, souvent complétés par des assurances complémentaires sont sources d'inégalités. (22) D'une manière générale l'adhésion à un contrat de complémentaire santé permet d'être mieux remboursé de ses dépenses de santé.

La France fait donc face à un **double constat** :

- Des indicateurs de santé **globalement satisfaisants mais inégaux**, une forte **surmortalité prématurée évitable** (un tiers des décès prématurés sont liés au tabac, alcool, au suicide ou accidents de la circulation) et des **difficultés d'accès aux soins**
- Un système de santé **centré sur le curatif à bout de souffle** ne répondant pas de manière satisfaisante aux nouveaux enjeux sanitaires tels que l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques (25)

L'ensemble de ces constats décrits est le résultat d'une **politique de promotion de l'accès aux soins plus que d'une politique de promotion de la santé**.

Ces constats accablants ont amené les décideurs politiques à **appréhender la santé différemment et repositionner leurs orientations en matière de santé**. Ces dix dernières années la prévention a été de plus en plus intégrée dans les diverses politiques de santé mises en œuvre.

3. Contexte réglementaire français

En effet, l'augmentation des maladies chroniques est étroitement liée à nos modes de vies actuels (sédentarité, habitudes alimentaires). Par le biais de la prévention et de la promotion de la santé, **l'apparition d'un certain nombre de ces maladies et de leurs complications peut être évitée ou retardée**. (21) En 2002 déjà, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) avait fait le constat que les meilleurs résultats des politiques de santé ont été obtenus pour les pathologies qui répondaient le mieux aux soins et les moins bons pour les problèmes de santé où les possibilités thérapeutiques étaient moindres, comme pour le cancer du poumon.

Les **individus eux-mêmes prennent conscience que la santé n'est pas un bien marchand** et que l'État doit pouvoir œuvrer sur la santé en proposant des politiques de prévention et d'éducation sanitaire (lutte contre le tabac, l'alcool, l'obésité, l'amiante). (26)

La prévention et la promotion de la santé apparaissent comme des leviers pour faire face au contexte humain et économique du système de santé français actuel.

Ces nouvelles manières d'appréhender la santé et les politiques de santé se manifestent peu à peu, dans le système de santé français, par des textes de lois relatifs à la santé et la santé publique. **Ces modifications législatives, organisationnelles et structurelles ont effectivement eu des incidences considérables sur le système de santé** au cours des dix dernières années. (27)

Tout d'abord, la **prévention est définie dès 2002 dans les textes législatifs** avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. De plus, c'est avec la loi de santé publique du 9 août 2004 qu'elle est présentée plus clairement. Il est stipulé

que la politique de prévention « s'étend à toutes les dimensions de l'état sanitaire de la population ». (25). Dans cette loi, l'article 2 spécifie que « **l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de santé** ». (28) La prévention est donc dès lors mise en avant et son accessibilité fait partie des objectifs à atteindre.

Cette démarche est renforcée en 2009 avec la loi HPST du 21 juillet 2009. Cette loi a permis de déterminer un champ d'action afin de mettre en place des projets en promotion de la santé, en prévention ainsi qu'en ETP. Cette loi a également permis la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) qui deviennent des pilotes au niveau régional de ce développement. (25). Ce sont des établissements publics placés sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'Assurance Maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Elles ont été mises en place pour donner davantage de cohérence et de force aux politiques régionales de santé et ainsi mieux répondre aux besoins de la population. Ainsi leurs compétences portent sur l'ensemble du champ de la santé et notamment sur la prévention et la promotion de la santé. Elles ont notamment pour enjeu de rééquilibrer les approches curatives et préventives sur les territoires. (29)

Enfin, une **Stratégie Nationale de Santé (SNS) a été présentée en septembre 2013** par la ministre des Affaires Sociales et de la Santé Marisol Touraine. Cette stratégie présente une approche innovante du système de santé permettant une prise en charge globale des déterminants de santé **laissant toute la place au champ de la prévention et de la promotion de la santé**. (30) Elle préfigure la future loi de santé publique dont le projet a été présenté en octobre 2014 par Marisol Touraine. « Cette loi (...) transformera le quotidien de millions de Français. Elle changera le rapport des Français à leur santé, leur apportera les moyens de se prémunir et de se protéger ». Ce projet de loi se construit autour des plusieurs grands enjeux et donne notamment **la priorité à la prévention et l'éducation pour la santé**. Ce texte de loi affirme également l'importance d'aborder la prévention par une approche de promotion de la santé. (31)

En effet, trois axes d'intervention prioritaires, déclinés en plusieurs mesures, ont été retenus :

- **axe 1 : prévenir avant d'avoir à guérir**
- axe 2 : faciliter la santé au quotidien
- axe 3 : innover pour consolider l'excellence de notre système de santé.

Dans l'axe 1, six mesures sont proposées (32):

- Mesure 1 : Désigner un médecin traitant pour les enfants
- Mesure 2 : Améliorer l'information nutritionnelle
- Mesure 3 : Prévenir l'ivresse des jeunes en sanctionnant l'incitation à la consommation excessive d'alcool
- Mesure 4 : Lutter activement contre le tabagisme : 20 ans pour que les enfants d'aujourd'hui deviennent les non-fumeurs de demain
- Mesure 5 : Favoriser des stratégies de prévention innovantes
- Mesure 6 : Créer l'Institut national de prévention, de veille et d'intervention en santé publique.

A l'heure où ce manuscrit est écrit, le projet de loi n'a pas encore été débattu à l'Assemblée nationale. Il le sera vraisemblablement mi-mars 2015.

La France, malgré ces évolutions, **présente un retard en termes d'intégration de la promotion de la santé dans les politiques publiques** en comparaison à d'autres pays. (12) Au Canada notamment, le gouvernement fédéral a créé dès 1978 la première Direction de la promotion de la santé dans un pays développé. Il a également été l'un des organisateurs de la première conférence internationale sur la promotion de la santé ayant eu lieu à Ottawa en 1986 et, depuis ce jour plusieurs générations d'étudiants ont été diplômées en promotion de la santé. (33) Également en Suisse, dans le canton de Genève un programme expérimental de politique de promotion de la santé avait été mis en place dès 1999 puis, par la suite un programme de prévention et de promotion de la santé a été mise en œuvre.

Les transformations du système de santé en cours sont **très encourageantes au développement des actions de prévention et de promotion de la santé en France** alors que cette dernière présentait un **retard non contestable dans ce domaine en comparaison de certains pays**. (12)

4. Les acteurs de la prévention-promotion de la santé en France

Cependant, même si ces évolutions sont très prometteuses, **elles ne sont pas aisées à mettre en place de manière effective**. En effet, il est important de comprendre qu'en France il **coexiste une multitude d'acteurs** pouvant œuvrer en prévention et promotion de la santé:

- l'État

- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ainsi que leur service décentralisé les ARS
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
- Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social
- Autres ministères
- Missions interministérielles
- Agences sanitaires : INPES, Institut National Du Cancer (INCA), Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), etc...

- Collectivités locales et territoriales

- Ville : service communal d'hygiène et de la santé, contrats locaux de santé
- Département (conseil général) : Protection Maternelle et Infantile (PMI), aide à l'autonomie des personnes âgées

- Caisse d'assurance maladie

- Complémentaire santé : mutuelles, compagnies d'assurance, instituts de prévoyance

- Professionnels de santé de manière individuelle : médecin, pharmacien, dentiste, sage-femme, etc...

- Associations : Ligue contre le cancer, AIDES, Institut Régional d'Éducation et de la Promotion de la Santé (IREPS), Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)

III. Contexte relatif aux mutuelles et au mouvement mutualiste

1. Définition et rôle des mutuelles de santé

Il existe en France, trois différents types de complémentaire santé : les mutuelles, les sociétés d'assurance, les instituts de prévoyance, qui ont chacune des statuts juridiques et des missions différents (Tableau 5 et Annexe 4).

Tableau 5 : Caractéristiques des 3 différents types de complémentaire santé *-source : Elisabeth Mutzig, 2009*

LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE			
	MUTUELLE	ASSURANCE PRIVÉE	INSTITUTION DE PRÉVOYANCE
Statut juridique	Personne morale de droit privé à but non lucratif Code de la mutualité	Personne morale de droit privé à but non lucratif Code des assurances	Personne morale de droit privé à but non lucratif Code de la sécurité sociale
Mission	Actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide	Garantie contre les risques physiques et économiques	Actions de prévoyance
Organisation	Administrateurs bénévoles Les cotisants élisent les responsables	Les dirigeants sont désignés par les actionnaires	Conseil d'administration composé d'employeurs et salariés
Mode d'adhésion	Facultatif ou obligatoire si c'est une mutuelle d'entreprise	Facultatif	Obligatoire
Financement	Cotisation sur le salaire	Primes proportionnelles au risque	Cotisations perçues sur salaire
Bénéficiaires	Cotisants et famille Pas de sélection sur critères médicaux (principe de solidarité)	Cotisants et famille Sélection possible sur critères médicaux (questionnaire médical)	Personnes travaillant dans l'entreprise et famille
Principales Prestations	Prise en charge du ticket modérateur, du forfait hospitalier, des dépassements d'honoraires Forfait pour l'optique, les prothèses dentaires Versement de rente (risque accident, invalidité, décès) Offre de services institutionnels sanitaires ou sociaux : clinique, centre de santé, maison de retraite, centres de vacances Actions de prévention sanitaire ou sociale	Prise en charge de tout ou partie du ticket modérateur et du forfait hospitalier Forfait pour l'optique, les prothèses dentaires Prestations invalidité, décès Indemnisation en cas d'accidents Assurance vie Retraite complémentaire par capitalisation	Compléments assurance maladie Points de retraite complémentaire convertis au moment du départ à la retraite Retraite supplémentaire

Les mutuelles de santé représentent le **premier financeur de dépenses de santé complémentaires** (Figure 10) avec une participation à environ 7,5 % des dépenses de santé globales (25), ce qui constitue presque 60% du marché des assurances complémentaires santé.(34)

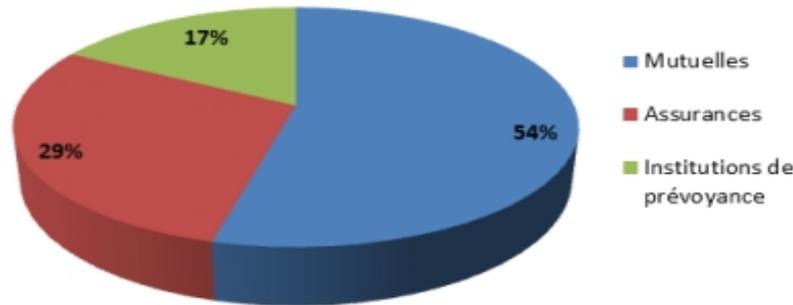


Figure 10 : Parts des différents types de complémentaire santé dans le financement de soins et de bien médicaux en 2011- *Source : DREES*

Les mutuelles de santé, par définition agissent en **complément de l'Assurance Maladie Obligatoire**. La complémentaire santé, constitue le cœur de métier des mutuelles. Leur mission est de garantir à tous des soins de qualité. Ce sont des **acteurs de la protection sociale**.

Les mutuelles de santé sont des organisations de **l'économie sociale et solidaire**. Elles sont régies par le Code de la Mutualité, qui en donne cette définition (Article L111-1, alinéa 1) : *"Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles mènent notamment au moyen de cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants-droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. »*

Le code de la mutualité constitue un cadre juridique permettant au mouvement mutualiste et à chaque mutuelle adhérente d'assurer pleinement leur rôle d'acteur de la protection sociale complémentaire solidaire.

Les mutuelles de santé se distinguent des autres acteurs de l'assurance maladie complémentaire par quatre principes fondamentaux :

- **la solidarité** : entre tous les adhérents ; le risque maladie est alors mutualisé et les coûts répartis de façon solidaire.
- **la liberté** : les adhérents sont libres d'adhérer et d'œuvrer ensemble.
- **la démocratie** : la catégorie des bénéficiaires est aussi la catégorie dominante. Les décideurs dirigent et gèrent la structure dans l'intérêt propre de leur groupe et les adhérents peuvent, via leurs représentants, participer aux décisions principales lors des assemblées générales. Elles n'ont pas d'actionnaires et leurs excédents sont consacrés au profit des adhérents et leurs frais de gestion servent uniquement à la protection de la santé de leurs adhérents.
- **la responsabilité** : chaque individu est un acteur responsable de santé.

Ce sont des principes fondateurs qu'elles peuvent revendiquer en comparaison avec les autres types de complémentaires santé.

En effet, les mutuelles de santé s'investissent, pour beaucoup, dans des actions auprès de

leurs sociétaires et adhérents mais également dans des actions d'utilité collective auprès du grand public. (34) Elles combattent l'exclusion et la discrimination. Pour illustrer ces propos, les mutuelles de santé assurent plus de personnes à faibles revenus, plus de personnes âgées ou en situation de handicap que les autres acteurs de la complémentaire santé. (35).

Les mutuelles de santé se définissent aujourd'hui comme des véritables **partenaires du secteur de la santé** : 823 d'entre elles se sont rassemblées en un unique et même réseau fédéré au niveau national par la **Mutualité Française**. Ce réseau appelé Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) a été créé en 1902. La Mutualité Française met à disposition des mutuelles adhérentes de nombreux services. Ces mutuelles regroupent **38 millions d'adhérents** (36). En comparaison, le régime général protège quatre personnes sur cinq. Ce réseau de mutuelles est également composé des **Unions Régionales (UR) et Unions Territoriales (UT)**. Ces unions représentent la Mutualité Française auprès des instances de leur territoire. (36) (Figure 11). L'ensemble, mutuelles adhérentes et unions, constitue le **mouvement mutualiste**. La Mutualité Française permet une cohésion et une coordination au sein du mouvement mutualiste.

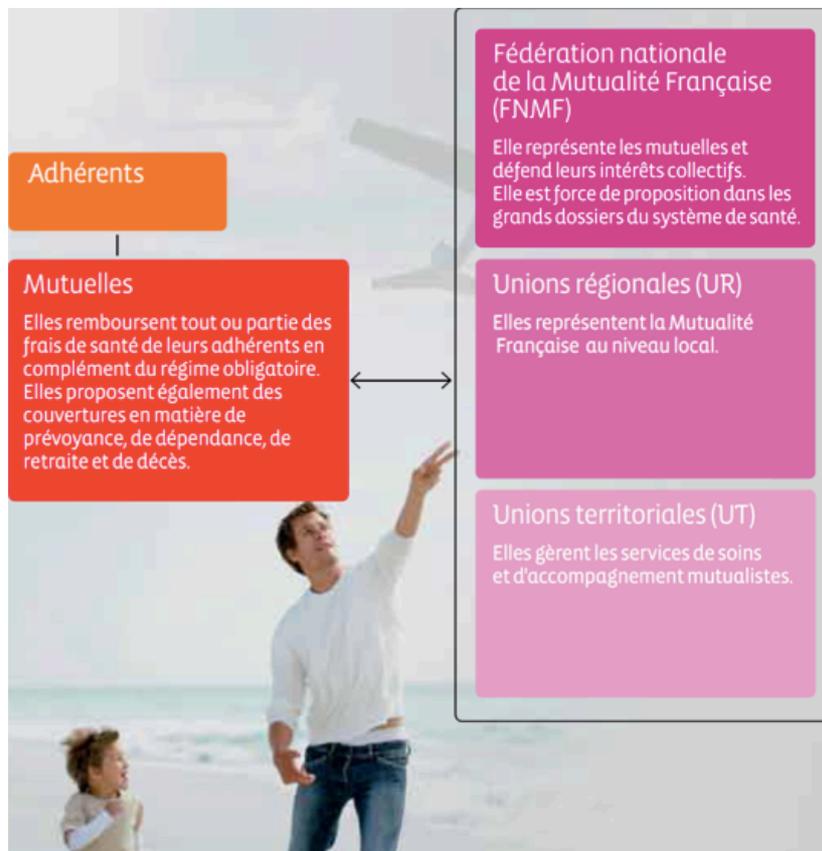


Figure 11 : Organisation du mouvement mutualiste- Source : Mutualité Française

2. Place des mutuelles de santé dans le système de santé

Dans le système de santé français, les organismes complémentaires interviennent en matière de financement en complément de l'Assurance Maladie. Cependant, depuis les années 80, la sécurité sociale est face à un déficit de plus en plus important dû à l'augmentation d'année en année des dépenses de santé, (17) comme décrit dans un précédent paragraphe. En conséquence, même si en France la Sécurité Sociale et l'État proposent une couverture de soins importante depuis de nombreuses années les **dépenses de santé sont couvertes à 14% par les organismes d'assurances complémentaires**. (22) Cela est loin d'être négligeable

d'autant plus que ces dépenses assurées par les organismes complémentaires augmentent d'année en année.

Les liens entre la Sécurité Sociale et les organismes complémentaires sont donc nécessaires afin **d'assurer la cohérence de la prise en charge et rationaliser le fonctionnement du système de santé.** (37) Dans cet objectif, la place des complémentaires santé dans le système de santé français n'a cessé de se renforcer. (38). Elles sont considérées désormais comme des partenaires à part entière en matière de santé et elles ont toute leur place dans l'élaboration d'action de plans nationaux. Cela se traduit par plusieurs événements marquants :

- création de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Complémentaire (Unocam) par la loi du 13 août 2004. (38). Les compétences de l'Unocam permettent aux organismes complémentaires d'être consultés sur des projets de décisions de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (Uncam) (39) ainsi que sur des projets de loi relatifs à l'Assurance Maladie ou au financement de la sécurité sociale (40), etc.
- loi HPST de 2009 qui confirme cette décision de collaboration des assurances complémentaires au système de santé. Une association avec les ARS pour l'élaboration des programmes pluriannuels régionaux de gestion du risque a notamment été créée. (37).

Pour illustrer également cette évolution, **le chiffre d'affaires des organismes complémentaires n'a cessé de progresser** ces dix dernières années. Il a augmenté de plus de 50% entre 2001 et 2007. (41)

Elles œuvrent également :

- dans la **gestion de structures médicales et paramédicales** à vocation sanitaire et sociale : 2200 services de soins et d'accompagnement mutualistes. (34)
- dans **l'offre de biens de prévoyance** : c'est-à-dire assurer les personnes contre l'incapacité, l'invalidité et le décès. (34)
- dans **des politiques de prévention et de promotion de la santé.** (34)

Ces **nouvelles stratégies** efficaces et innovantes qu'elles élaborent, tout en portant leurs valeurs mutualistes, permettent de **répondre au contexte concurrentiel actuel** dans le marché de l'assurance santé.

Les mutuelles de santé via leur fédération sont reconnues comme expertes dans plusieurs domaines :

- expérience en termes **d'actions sociales et sanitaires.** (42)
- expérience en termes **d'actions de prévention de santé et innovation sociale.** (42)

Elles agissent pour limiter les dépassements d'honoraire grâce notamment à des accords entre elles et les professionnels de santé. Elles militent pour la généralisation du tiers payant pour tous les professionnels de santé. Ce sont elles qui sont à l'origine du tiers payant dans les officines. Cette action permet de favoriser **l'accès aux soins de tous.** Il a été montré que chaque année les mutuelles investissent 100 millions d'euros pour permettre aux personnes en difficulté de continuer à avoir accès aux soins. (43)

Les UR et UT de la Mutualité Française, pour leur part, ont d'abord un rôle de représentation de la Mutualité Française et du mouvement mutualiste auprès des instances de leur territoire. Elles ont également un certain nombre de missions afin de proposer aux adhérents des services de soins et d'accompagnement mutualistes. (36) Elles ont pour

vocation de répondre aux besoins locaux de la population et des adhérents mutualistes en travaillant avec les ARS sur les priorités régionales de santé ainsi qu'aux besoins locaux des mutuelles adhérentes.

Dans ce contexte, les assurances complémentaires santé ont désormais **une place primordiale dans le système de santé**. Cependant les **mutuelles de santé semblent avoir une position privilégiée** de par leur fédération et les valeurs qu'elles véhiculent.

3. Mouvement mutualiste et promotion de la santé

Le système de santé français a été longtemps basé sur une approche curative. De ce fait très vite les mutuelles ont dû se mobiliser et dépasser leur rôle traditionnel de complémentaire santé pour investir le champ de la prévention et de la promotion de la santé aux côtés d'autres acteurs.

Cependant, le contexte socio-économique actuel ne peut, à lui seul, expliquer cela. En tant qu'acteurs polyvalents dans le domaine de la santé et de la protection sociale, les mutuelles de santé, ont **une mission de prévention et de promotion de la santé** et ce depuis plus longtemps que l'assurance maladie (1982 pour la Mutualité Française versus 1988 pour l'Assurance Maladie) (44). Cette mission répond à un des **objectifs majeurs de la justice sociale** qui est l'accès aux soins préventifs et curatifs pour tous. (45) L'activité de prévention et de promotion de la santé du mouvement mutualiste s'élabore à deux niveaux :

- **au niveau national et institutionnel** où la Mutualité Française est présente. Elle siège notamment au Conseil de surveillance des ARS et du conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). (44)
- **au niveau territorial de manière opérationnelle** où des actions de prévention et de promotion de la santé du mouvement mutualiste sont présentes. (46) Cela s'organise en services de prévention et de promotion de la santé qui regroupent leurs actions au sein de programme régional de santé mutualiste. Ces services sont organisés en réseau et les mutuelles adhérentes peuvent s'appuyer sur ce réseau pour mettre en place des actions. (47) Cela permet aux mutuelles adhérentes une coordination et une convergence de leurs actions de prévention et de promotion de la santé. Les 25 UR ont alors un rôle clé dans le développement de ces actions de prévention et de promotion de la santé.

La prévention et la promotion de la santé sont un domaine où les mutuelles ont développé des compétences :

- Elles peuvent **mener des expérimentations innovantes** qui s'inscrivent dans le champ de l'expertise. (17). Pour exemple, les mutuelles étudiantes ont participé en 2011 à une enquête soutenue par le ministère de la santé sur l'état de santé des jeunes. (28) Cette enquête s'est faite en collaboration avec l'Institut français d'opinion publique (Ifop). Cela a donné lieu à un ouvrage intitulé "Santé et conditions de vie des étudiants". Cet ouvrage est à la fois un outil de référence concernant les problématiques sanitaires et sociales rencontrées chez les jeunes mais également un outil d'aide à la décision en matière d'action publique et de protection sociale. Ces travaux viennent en complément des données épidémiologiques collectées par les organismes de surveillance épidémiologique et des études scientifiques réalisées par les instituts de recherche.
- Elles **proposent des actions de prévention et de promotion de la santé au sein de leurs garanties**. Cela correspond souvent plus à de la prévention qu'à une approche de promotion de la santé. Les contrats de complémentaire santé lorsqu'ils sont dits

contrats « solidaires et responsables » ont des obligations en matière de prévention. Ils doivent prendre en charge 100% du ticket modérateur de deux prestations de prévention à choisir sur la liste établie par le ministère de la santé. (45)

- Elles **développent de véritables programmes et actions** de prévention et de promotion de la santé.

La communication des mutuelles sur leurs missions, notamment sur leur portail internet, est très axée sur les programmes de prévention et de promotion de la santé développés.

La prévention et la promotion de santé représentent pour la Mutualité Française :

- **13,6 Millions d'euros** pour l'année 2013. Les sources de financement sont variées. Elles sont constituées du Fonds national de prévention à hauteur de **4,5 millions d'euros**
- mise en œuvre de **150 programmes** de prévention et de promotion de la santé à destination des adhérents et du grand public
- mise en œuvre de **6000 actions** conférences débats, ateliers santé, groupes d'informations et d'échange, etc.
- **370 000 bénéficiaires** (48).

Cependant dans la réalité du terrain, au sein des mutuelles de santé, l'approche de promotion de la santé ne semble pas si évidente et comprise par tous. En effet, dans certaines mutuelles, la stratégie mise en œuvre ne permet pas de développer au mieux les projets de promotion de la santé du fait:

- d'un manque de communication interne et externe sur ce sujet
- d'un budget alloué réduit
- d'un manque de moyens humains (49).

- La promotion de la santé semble être, depuis longtemps, une préoccupation pour les mutuelles, cependant les moyens ne semblent pas toujours adaptés aux ambitions affichées.

- Il est donc important de se questionner sur la place actuelle des mutuelles dans le champ de la promotion de la santé et la prévention en France.

IV. Contexte relatif aux laboratoires pharmaceutiques

1. Définition et rôle des laboratoires pharmaceutiques

Selon l'INSEE, les laboratoires pharmaceutiques sont classés dans la section industrie manufacturière. C'est une section qui comprend les industries transformant de manière physique ou chimique des matériaux, substances ou composants en nouveaux produits. Les industries pharmaceutiques regroupent la fabrication de produits pharmaceutiques de base et de préparations pharmaceutiques mais également la fabrication de produits chimiques à usage médicinal et de produits d'herboristerie. (50)

Selon d'autres définitions, il est possible de regrouper sous le terme d'industrie pharmaceutique tous les organismes gérant l'élaboration, la production, la mise sur le marché et la surveillance de tous les médicaments commercialisés. Les produits commercialisés par l'industrie pharmaceutique concernent aussi bien la santé humaine qu'animale. (51)

2. Place des laboratoires pharmaceutiques

L'industrie du médicament (ou pharmaceutique) compte parmi les géants du monde industriel. En effet, en 2013, le marché mondial des produits de santé est estimé à **639 milliards d'euros de chiffre d'affaires**. (51). En France, en 2011-2012-2013, l'industrie des entreprises du médicament représente (52)

a) En termes d'emploi :

- 3 % de l'emploi industriel
- 20 263 personnes travaillant en recherche et développement dont 47 % de chercheurs
- 100 968 personnes : employées directement et 190 395 personnes : employées indirectement.

b) En termes de coût :

- 4,4% du marché mondial du médicament dans le monde
- 7 146 M€ d'excédent commercial en 2012 (5 300 M€ en 2011 et 8774€ en 2013)
- 4393 M€ investis dans la recherche et le développement soit 9,5% du chiffre d'affaires des entreprises du médicament
- 53044 M€ de chiffre d'affaires (exprimé en prix fabricant hors taxes) dont 26 299 M€ à l'exportation.

Cependant, si pendant très longtemps l'industrie pharmaceutique a fait partie des entreprises où le chiffre d'affaire ne cessait de croître, depuis 10 ans, la part **du marché européen et du marché français du médicament a beaucoup décliné**. (52). Cependant, chaque citoyen européen aurait dépensé en moyenne, 430 euros pour des médicaments ou produits de santé sur l'année 2007 et 525 € par an et par français en 2012 (53). Cette situation économique, bien que l'industrie pharmaceutique résiste encore à la crise internationale, engendre une baisse des effectifs travaillant au sein de ces entreprises en France. En effet, en 2012, 33 réorganisations avaient été déclarées, conduisant à 27 plans de sauvetage de l'emploi et 4438 suppressions de postes. (54)

Ce constat peut s'expliquer par un **contexte concurrentiel dû à la mondialisation**. Les laboratoires pharmaceutiques se voient notamment déplacer leurs activités vers les pays émergents et font face à la concurrence des génériques et des bio-similaires. (55)

Cela peut aussi s'appréhender, par la mise en place en France depuis 2004, de plans annuels de baisse des prix des produits de santé qui se répercutent sur le chiffre d'affaires en limitant la croissance. (56)

Cela peut s'expliquer également, par un modèle économique basé sur le développement, la production et la commercialisation des produits de santé, qui ne correspondrait plus à l'évolution de l'environnement auquel adhèrent les actions des laboratoires pharmaceutiques. Ces derniers, comme toute activité économique, ne fonctionnent pas sans contact avec l'extérieur et alors subissent l'influence d'un environnement en profonde transformation. En effet, la France est marquée par des mutations en termes de besoins en matière de santé avec un vieillissement de la population et une augmentation des maladies chroniques. De plus, s'ajoute à cela l'émergence des nouvelles technologies de l'information et de la communication qui bouleversent l'environnement de la santé puisque, des applications sont possibles et envisageables dans le domaine du soin et de la santé. L'industrie pharmaceutique est alors dans l'obligation d'ajuster son modèle économique classique aux transformations de son environnement. (55)

Le modèle alternatif que les entreprises du médicament peuvent adopter est un modèle qui n'est plus centré sur le produit de santé exclusivement, mais **un modèle constitué de l'ensemble des parties prenantes du soin** (payeurs, autorités) afin d'offrir et de proposer des « solutions intégrées ». Ce modèle permet d'associer à un médicament un ensemble de services adaptés et ainsi d'appréhender le soin et la santé de manière globale, tout en satisfaisant l'ensemble des parties prenantes de son environnement. (55)

Enfin, un dernier élément important concernant la place de l'industrie pharmaceutique en France aujourd'hui est la place de cette dernière dans le système de santé. En 2013, la SNS a mis en avant l'importance de travailler vers une médecine de parcours, c'est-à-dire une médecine centrée sur le patient, et où les intervenants du système de soins agissent en coordination. Il est demandé que toutes les parties prenantes du soin et de la santé soient mobilisées (Patients, Professionnels de santé, Établissement de santé, Autorités locales). L'industrie pharmaceutique est absente de cette stratégie et du parcours de soins (30). Les entreprises du médicament (LEEM) se sont exprimées à ce propos « c'est un désaveu cinglant de la stratégie industrielle soutenue au plus haut niveau de l'État (...) Le gouvernement renie la dimension stratégique de l'industrie du médicament ». Le Président du syndicat de industriels du médicament, Patrick Errard, a également accordé son opinion « Il est temps que l'État arrête de fonder des décisions de régulation sur des constats inappropriés par rapport aux enjeux des déficits sociaux (...) Quoi qu'en dise la ministre des Affaires sociales et de la Santé, ces mesures impacteront considérablement la qualité de notre système de soins ».

Les entreprises pharmaceutiques sont alors à un **tournant historique de leur développement** puisqu'elles doivent **repenser leur modèle économique et de services afin de s'adapter à un environnement en pleines mutations**. (57)

3. L'industrie du médicament et promotion de la santé

Premièrement, il est extrêmement complexe d'avoir une vision de ce que mettent en place les entreprises du médicament dans le champ de la promotion de la santé car ces informations sont difficilement accessibles. A la différence, par exemple, des mutuelles de santé et de la Mutualité française qui mettent spontanément en avant leur engagement en promotion de la santé, les industries du médicament sont discrètes lorsqu'elles abordent cette approche. En effet, il n'est pas évident, en parcourant leurs sites internet ou leurs rapport d'activités, d'obtenir des informations à ce sujet.

Pour autant, **les laboratoires pharmaceutiques agissent en santé publique**. Ils soutiennent activement un certain nombre de plans nationaux comme le plan cancer, le plan Alzheimer etc. (58). Certains s'engagent également, via leur fondation notamment dans l'accès aux soins pour tous. C'est notamment le cas de la fondation Glaxo Smith Kline ® (GSK) qui est présente depuis plus de 15 ans en Afrique subsaharienne, et a initié plus de 140 projets dans 17 pays, dans le domaine des maladies infectieuses, afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins, en particulier des femmes et des enfants. D'autres encore soutiennent financièrement des associations de patients telles que l'Association Française des Diabétiques. Ces associations ont pour missions d'améliorer la qualité de vie de personnes atteintes de maladies en diffusant des informations nécessaires aux malades et à leurs proches afin qu'ils soient mieux à même de comprendre leur maladie et le parcours de soins, et en les soutenant moralement. Depuis 2011, les subventions accordées par les laboratoires pharmaceutiques à ces associations doivent être déclarées et publiées par la HAS pour une plus grande transparence.

Certains laboratoires pharmaceutiques se définissent même comme acteurs de santé publique, notamment via une fondation, comme c'est le cas du laboratoire Pierre Fabre. Dans ce cadre, le laboratoire Pierre Fabre développe un programme d'accès aux soins primaire de qualité dans les déserts médicaux de certains pays du Sud. Il lutte aussi contre la drépanocytose. Pierre Fabre, en personne, s'est battu pour obtenir le statut de Fondation Reconnue d'Utilité Publique, permettant de bénéficier de subventions publiques. Cela implique que des représentants de l'État siègent au conseil d'administration (59)

Le président de l'Association des Médecins de l'Industrie des Produits de Santé, Jean-Michel Joubert, a ainsi affirmé l'importance pour ces industries de s'engager dans la promotion de la santé « si l'industrie pharmaceutique veut conserver ou acquérir une place en tant qu'acteur responsable du système de santé publique, elle doit accroître sa légitimité et générer de la confiance. (...) Les données de santé - économiques, épidémiologiques, pharmaco-épidémiologiques et de santé publique vont devenir les outils de légitimité de l'industrie pharmaceutique face aux autorités de santé et générer ces données dépend de décisions stratégiques. Les métiers médicaux deviennent alors stratégiques pour l'entreprise, car ils sont les plus adaptés pour créer et exploiter ces données de santé ». Autrement dit, il est attendu désormais de l'industrie pharmaceutique qu'elle agisse et contribue de manière globale sur la santé.

Ainsi, il existe un organisme de consulting français spécialisé dans les secteurs de la Protection Sociale, des Assurances et de la Santé qui propose, aujourd'hui, aux industries du médicament de les accompagner dans leur démarche de prise en charge globale des patients. Cette société de conseil spécialisée propose aux industriels du médicament (60):

- une mise en relation de ces derniers avec les assurances complémentaires pour élaborer des partenariats en prévention
- une conception de programmes de prévention pouvant ou non se baser sur des produits des laboratoires.

Ces actions viseraient à **promouvoir la prévention en cohérence avec les orientations des politiques de santé publiques**. A ce jour cette société peut compter parmi ses clients : Novartis, Sanofi, Pfizer, GSK ou encore les Laboratoires Boiron. (60)

- Dans ces contextes économiques, épidémiologiques et législatifs évolutifs, la promotion de la santé semble intéresser les laboratoires pharmaceutiques bien que cela ne soit pas toujours perceptible.
- Il est donc important de se questionner sur la place actuelle de l'industrie pharmaceutique dans le champ de la promotion de la santé et la prévention en France.

V. Hypothèses de travail

1. Questionnement

Les constats économiques et épidémiologiques et la multiplicité des acteurs intervenant dans le domaine de la santé publique en France amènent à s'intéresser de manière plus approfondie à la place de la promotion de la santé au sein des acteurs du secteur privé. En effet, le rôle de chaque acteur est peu lisible ainsi que les actions qui découlent de cette approche. La place de la promotion de la santé est aujourd'hui balbutiante.

De plus,

- les pharmaciens ont un rôle en santé publique en tant que professionnels de santé. Les pharmaciens sont pluridisciplinaires, tant par leur formation que par la diversité de leur exercice professionnel. Cela leur permet d'être des acteurs de santé publique majeurs. La pharmacie constitue déjà un véritable service public de la santé. (61)
- les mutuelles de santé communiquent fortement sur leurs implications et leurs engagements en promotion de la santé bien que, dans certaines mutuelles, la stratégie mise en place ne permette pas de développer au mieux la promotion de la santé. (49)

Également, aujourd'hui il est intéressant de s'interroger sur la place de ces acteurs privés de santé dans le système de santé actuel valorisant une approche globale et pluridisciplinaire de la santé.

Face à l'ensemble de ces constats, le questionnement suivant a été formulé :

« Quelle est la place des acteurs privés de santé en promotion de la santé aujourd'hui en France. »

2. Les objectifs

a) Objectif général

Décrire la place des acteurs de santé privés en promotion de la santé en France aujourd'hui

b) Objectifs spécifiques

Décrire :

1. Le positionnement face aux politiques publiques
2. Le positionnement face à la promotion de la santé
3. Les objectifs et les intérêts du développement de la promotion de la santé
4. Les destinataires des actions de promotion de la santé
5. Les bénéfices de ces actions pour les participants
6. L'attente et la demande en promotion de la santé de la population
7. Les freins au développement à la promotion de la santé
8. Les leviers au développement à la promotion de la santé
9. Les futures évolutions en promotion de la santé.

Partie II : Méthodologie, procédure de recherche

I. Enquête

1. Justification du type d'enquête

Dans le cadre de cette étude, une **enquête qualitative par entretien** a été choisie. Ce choix de méthode et de recueil des données est fondé sur plusieurs critères.

Le travail de cette étude s'intéresse à des actions de promotion de la santé qui sont des **interventions complexes**. Elles intègrent plusieurs paramètres qui interagissent entre eux : les facteurs individuels, environnementaux, et organisationnels. Ainsi, il est difficile d'établir une relation de causalité entre la mise en place d'une action de promotion de la santé et son impact sur la santé. (62). Pour évaluer les actions de promotion de la santé, il est conseillé d'adopter une approche mixte quantitative et qualitative.

Dans ce travail, nous n'avons pas pour objectif d'évaluer une action mais de décrire si ce type d'action est développé par les acteurs du secteur privé et pourquoi, ce qui relève plus d'un processus que d'un résultat. L'approche qualitative nous a donc paru plus adaptée.

Les réponses obtenues par ce travail dépendront certainement de chaque personne interrogée, de son statut mais également de sa sensibilité pour l'approche de promotion de la santé. De ce fait, chaque thème doit pouvoir être appréhendé en profondeur pour une meilleure perception et analyse de l'enquêteur. Une enquête quantitative par réalisation de questionnaires ou de sondages ne permettrait pas une **analyse complète et approfondie** du sujet. Cela limiterait les propos des enquêtés et de ce fait cela conduirait à une perte non négligeable d'investigations.

Au contraire, les entretiens permettent à la personne interrogée d'exposer, d'expliquer, de commenter ou de modérer son discours et ses réponses aux questions. Cela devrait aboutir à une **meilleure appréhension des réponses pour l'enquêteur**. Ce n'est pas un simple prélèvement d'informations, c'est également une situation sociale de rencontre et d'échange. (63) et (64)

De plus, les points de vue de chaque personne interrogée impliquent que ses réponses soient considérées avec la plus grande importance. En effet, c'est à partir de ces opinions et de ces pratiques professionnelles qu'il sera possible d'apporter des éléments de réponse au questionnement de ce travail.

En prenant en compte ces éléments, il semble pertinent de retenir le principe d'entretien comme méthode d'enquête de recueil des données pour répondre au questionnement et aux objectifs de ce travail.

2. Justification du type d'entretien

Il existe à ce jour trois types d'entretiens qualitatifs répertoriés dans la littérature et très souvent utilisés (Tableau 6) :

- l'entretien directif
- l'entretien non directif
- l'entretien semi-directif .

Tableau 6 : Caractéristique des trois types d'entretiens- *Source : De Ketele et Roegiers. 1996.*

Entretien directif	Entretien semi-directif	Entretien non directif
Discours non continu qui suit l'ordre des questions posées	Discours par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé	Discours continu
Question préparées à l'avance et posées dans un ordre bien précis	Quelques points de repère (passages obligés) pour l'interviewer	Aucune question préparée à l'avance
Information partielle et réduite	Information de bonne qualité orientée vers le but poursuivi	Information de très bonne qualité, mais pas nécessairement pertinente
Information recueillie rapidement ou très rapidement	Information recueillie dans un laps de temps raisonnable	Durée de recueil d'informations non prévisible
Inférence assez faible	Inférence modérée	Inférence exclusivement fonction du mode de recueil

Après études des différentes propriétés et caractéristiques de chacun, nous avons choisi **les entretiens semi-directifs** pour la réalisation de cette étude car cela permet le recueil de **réponses plus détaillées et plus en profondeur** des personnes interrogées face au développement de la promotion de la santé au sein des organisations privées de santé, ceci en respectant un **cadre bien défini et limité par l'enquêteur**. Cela permet également de favoriser un **discours linéaire** de la part des enquêtés. (65) et (66)

3. Population d'étude

La population d'étude est composée de professionnels de la promotion de la santé qu'ils soient de secteur privés, mutuelles et industries du médicament, et du secteur public.

La sélection de la population d'étude a été réalisée d'après des critères théoriques et pratiques.

Critères de sélection de la population :

- diversité des statuts :
 - o privés : mutuelles et laboratoires pharmaceutiques
 - o publics : institutions publiques
- acceptation
- disponibilité.

Au total, la population d'étude est constituée de 10 personnes.

4. Réalisation de l'outil de recueil

Deux types de guides d'entretien (Annexe 5 et 6) ont été réalisés.

Le premier était à destination des acteurs privés avec neuf thèmes abordés. (Tableau 7)

Tableau 7 : Listes de thèmes abordés pour les acteurs privés de santé et leurs objectifs

Thème interrogé	Permet de :
1. Le positionnement face aux politiques publiques	Cerner, comprendre comment les acteurs s'articulent autour et avec les politiques publiques. Cela permet d'avoir un premier niveau d'analyse sur leur positionnement dans le champ de la santé.
2. Le positionnement face à la promotion de la santé	Comprendre de quelle manière est envisagé le développement de la promotion de la santé au sein de ces structures, que ce soit en termes de valeurs ou de stratégies.
3. Les objectifs et les intérêts du développement de la promotion de la santé	- Comprendre et analyser en profondeur la promotion de la santé mise en œuvre. - Définir les objectifs et les intérêts de ce développement.
4. Les destinataires des actions de promotion de la santé	Comprendre à qui sont destinées ces actions de promotion de la santé mises en œuvre : grand public ou population spécifiques.
5. Les bénéficiaires de ces actions pour les participants	Déterminer le bénéfice potentiel de ces actions.
6. L'attente et la demande en promotion de la santé de la population	Déterminer les attentes et les demandes en promotion de la santé exprimées par les acteurs privés de santé.
7. Les freins au développement à la promotion de la santé	Définir les freins à la promotion de la santé que rencontrent les acteurs afin de comprendre si leur place dans le système de santé peut évoluer ?
8. Les leviers au développement à la promotion de la santé	Déterminer les leviers à la promotion de la santé afin d'envisager des pistes de recommandations pour être en cohérence avec la SNS.
9. Les futures évolutions en promotion de la santé	Envisager les évolutions possibles en promotion de la santé au sein des acteurs privés de santé au regard de la position du gouvernement face à l'approche de promotion de la santé.

Le deuxième était à destination des institutions publiques avec trois thèmes abordés. (Tableau 8)

Il n'est pas nécessaire de s'interroger sur leurs positionnement face à la promotion de la santé et leurs intérêts à développer la promotion de la santé. Cela fait partie de leur obligation légale que leur gouvernement a déterminé.

Tableau 8: Listes de thèmes abordés pour les institutions publiques et leurs objectifs

Thème interrogé	Permet de :
1. L'articulation avec les acteurs privés	Comprendre quelle est la vision des institutions publiques dans d'éventuelles collaborations avec les acteurs privés de santé. Cela est pertinent au vu du contexte économique et épidémiologique préalablement décrit.
2. Les freins à ces partenariats	Définir les freins à ces partenariats émis par le secteur public
3. Les leviers à ces partenariats	Déterminer les leviers à ces partenariats afin d'envisager des pistes d'évolution.

Ces grilles d'entretien ont été élaborées d'après :

- un **travail de recherches bibliographiques**
- des **observations de terrain** réalisées dans le cadre d'un stage de master 2 de santé publique « Promotion de la santé et développement social » de mars à août 2014 à Macif-Mutualité.

Les questions posées dans la grille d'entretien, conformément aux caractéristiques des entretiens semi-directifs, étaient **ouvertes**, afin de ne pas orienter les réponses et les propos des personnes enquêtées. Cela permettait à l'enquêté une **plus grande souplesse dans ses réponses et son discours**. (65) et (66)

5. Recueil et analyse des données

a) Retranscription des entretiens

Avant chaque entretien, il a été demandé à chacun des participants de l'enquête leur accord quant à l'enregistrement de leurs discours par dictaphone. Il leur a également été précisé que leurs propos seraient par la suite anonymisés au moment de la rédaction du manuscrit, afin de garder une clause de confidentialité. Cela a permis de ne pas déclarer l'étude à la Commission Nationale de l'Informatique et de Libertés (CNIL). De plus, tous les verbatims présents dans ce document ont été validés par les personnes concernées. Les verbatims constituent l'intégralité des discours énoncés par les personnes interrogées lors des entretiens et retranscrits comme décrits précédemment de manière littérale.

L'enregistrement audio des entretiens a permis qu'aucune donnée recueillie lors de l'échange ne soit perdue.

Ensuite, l'intégralité des entretiens a été retranscrite à la main de manière littérale sous le logiciel de traitement de texte World 2010®. Cette longue étape est indispensable pour répondre au plus juste au questionnement car elle permet d'obtenir l'intégralité des verbatims pour une analyse plus fine et détaillée des réponses ainsi qu'une meilleure compréhension des témoignages.

b) Analyse des entretiens

L'analyse réalisée est appelée **analyse de contenu**. C'est une méthode d'analyse des discours qui consiste à la description objective et systématique du contenu des données

qualitatives. Il existe plusieurs types d'analyse de contenu. La méthode retenue est **l'analyse thématique**. Elle permet d'identifier au sein des entretiens les différents thèmes qui sont abordés. (67)

Elle a été construite en **plusieurs étapes** :

- **Lecture globale et succincte** de l'ensemble des verbatims. Cela permet de mettre en évidence les **grandes orientations observées** lors des entretiens, c'est-à-dire de repérer les thèmes qui apparaissent dans l'ensemble des discours.
- **Création d'un tableau d'analyse**. (Annexe 7). Il est établi par individu interrogé et par thèmes d'analyse. Les thèmes d'analyse sont déterminés grâce aux premiers éléments relevés au moment de la lecture globale ainsi qu'en se basant sur la grille d'entretien préalablement conçue.
- **Classification de l'ensemble des verbatims**, pour chacun interviewé, selon les thèmes d'analyse déterminés.
- **Comparaison** entre ce que les différents enquêtés ont déclaré sur chacun des thèmes choisis. Cela permet de **relever les récurrences, les divergences et les nuances** de points de vue.
- **Interprétation des résultats** afin d'apporter des éléments de réponse au questionnement exposé ainsi qu'aux différents objectifs recherchés.

6. Récapitulatif de la méthode

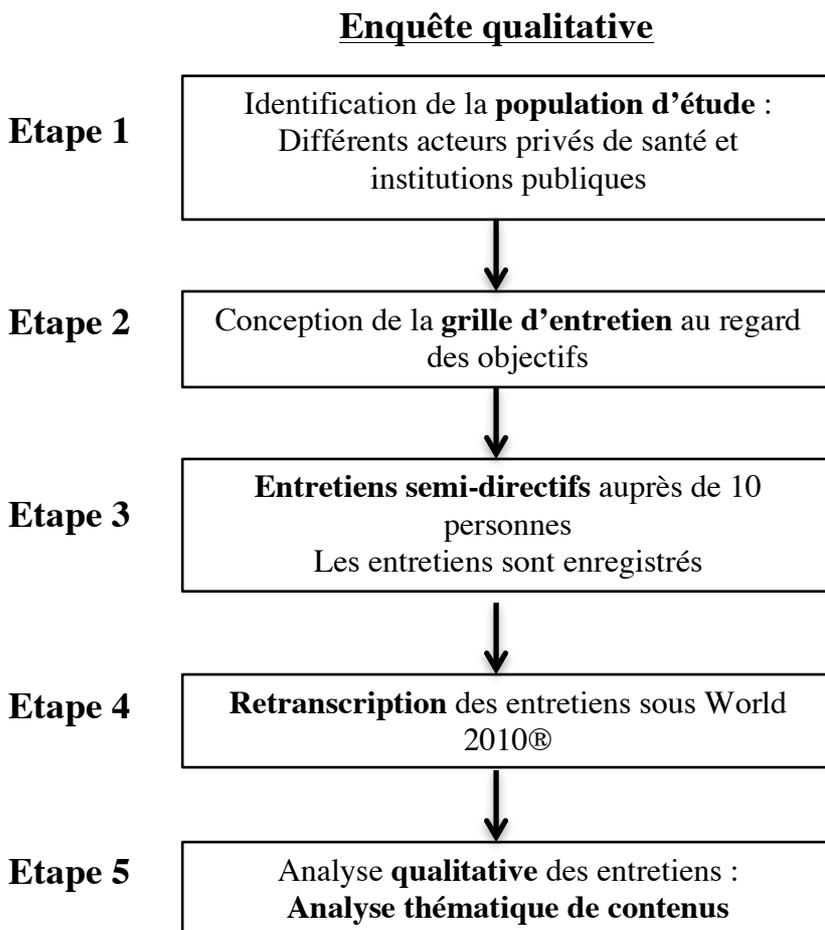


Figure 11 : Schéma de la méthode d'étude

Partie III : Résultats

I. Description de la population de l'étude

La réalisation des entretiens s'est effectuée de juin à fin novembre 2014. Les rencontres ont eu lieu pour certains sur leur lieu de travail. Pour d'autres, ces entretiens ont été réalisés par téléphone pour des raisons organisationnelles et de contingence de temps.

Personne interrogées	Fonction
Chargées de prévention dans des mutuelles	Ces personnes sont en charge, au sein de leur mutuelle, de l'ensemble des actions et des programmes de prévention et de promotion de la santé développés. Elles mettent également en place des projets et des expérimentations en promotion de la santé avec d'autres mutuelles dans le cadre de partenariats.
Vice-Président d'une mutuelle en charge de la prévention	Cet élu a en charge les questions de promotion de la santé et d'innovation sociale au sein d'une mutuelle. Par son statut de vice-président il possède une vision plus globale de la stratégie de développement d'une mutuelle.
Responsable Développement Service Santé d'une Union Régionale de la Mutualité Française	Elle est en charge d'accompagner les mutuelles adhérentes à la Mutualité Française dans les programmes de prévention et de promotion de la santé.
Responsables des questions et de des approches de prévention et de promotion de la santé dans des laboratoires pharmaceutiques	Ces personnes sont en charge, au sein de leur entreprise, de mettre en œuvre et de coordonner les programmes de prévention et de promotion de la santé. Elles sont également responsables des partenariats éventuels à mettre en place pour ces projets de prévention et de promotion de la santé.
Un responsable national d'une association engagée en promotion de la santé	L'association travaille en promotion de la santé depuis de nombreuses années. Elle a des partenariats de longue date avec des acteurs de santé privés tels que les complémentaires santé.
Une responsable de la direction de la santé publique d'une ARS	En tant que responsable de la direction de la santé publique d'une ARS, elle a un rôle dans le pilotage des actions en direction de l'amélioration de la santé de la population. Elle travaille dans l'élaboration de programmes de prévention et de promotion de la santé auprès de la population et en collaboration avec différents partenaires.
Un médecin de protection maternelle et infantile (PMI) menant des actions en promotion de la santé	En tant que médecin de PMI, elle dépend du conseil général. Elle a un rôle obligatoire dans l'éducation, la prévention et la promotion de la santé. Elle travaille à cet effet sur des projets avec des acteurs privés de santé.

II. Analyse des résultats

A. Les mutuelles de santé

1. Le positionnement face aux politiques publiques

→ *Etre un relai des politiques publiques et les accompagner*

Il semble indispensable que les mutuelles soient des relais des politiques de santé publique. De façon plus précise, il semble indiscutable qu'elles accompagnent et portent ces politiques publiques.

« Nous accompagnons ces politiques. C'est le rôle aussi des mutuelles que de les accompagner puisqu'on est dans une démarche de promotion de la santé et de santé publique. Nous œuvrons auprès d'un portefeuille qui est un échantillon représentatif important de la population française donc nous nous devons d'être relai »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« Je pense qu'elles doivent s'intégrer dans ces politiques de santé publique, les relayer auprès de leurs adhérents, voire de les porter et c'est aussi tout leur rôle (...) Je pense qu'elles doivent les porter parce qu'elles sont amenées à y participer soit dans la diffusion d'information soit dans la prise en charge. »

Responsable national d'une association engagée en promotion de la sante

« L'action que les mutuelles peuvent avoir c'est une action de promotion des politiques de santé. (...) Je crois que c'est de notre devoir en tant qu'acteur du système de protection sociale (...) Je pense, notamment à la CMU complémentaire ou l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé où là nous devons faire plus que s'intégrer dans les dispositifs. On doit vraiment les promouvoir, se faire les relais des pouvoirs publics. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

→ *S'y référer*

« Je pense qu'il faut vraiment qu'on oriente et qu'on se serve de ce qui a été fait au niveau politique de santé pour faire passer les messages. Je pense que c'est très important de relayer les informations générales et de s'appuyer dessus. C'est ce qu'on fait par rapport aux grands principes généraux »

Chargée de prévention d'une mutuelle

→ *Etre force de proposition ; faire du lobbying*

Il peut être considéré que le positionnement des mutuelles face à ces politiques et aux pouvoirs publics serait d'être force de propositions. Autrement dit, elles auraient un rôle de lobbying auprès des pouvoirs publics. Certaines personnes interrogées considèrent que c'est un rôle primordial pour les mutuelles.

« Il faut qu'elles négocient avec les pouvoirs publics. On est dans un système de santé où le poids des acteurs privés dont nous faisons partie, même si on est en but non lucratif, est important. On est le quatrième pays après les États-Unis, la Suisse et le Canada où les complémentaires santé ont un rôle aussi important donc ça veut dire qu'elles ont une place privilégiée. Néanmoins elles ont du mal à prendre cette place

puisque l'État et l'Assurance Maladie ne les attendent pas réellement sur ces sujets. Ce positionnement est important pour négocier et pour réguler l'offre, pour expérimenter de nouveaux modes de rémunération, pour peser en matière de gestion du risque. (...) Je pense que la prévention c'est un bon moyen pour essayer de le faire. »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

Ce rôle de lobbying peut se faire et être renforcé là encore par le mouvement mutualiste.

« Je pense que les mutuelles à travers notamment leur fédération doivent pouvoir peser dans les décisions que prennent les pouvoirs publics en matière de santé parce qu'elles sont un acteur à part entière du système de protection sociale. Elles doivent aller bien au-delà de ce qu'elles sont aujourd'hui (...) L'action de lobbying et de pouvoir dans les décisions des pouvoirs publics c'est fondamental. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

Les mutuelles seraient légitimes dans ce rôle par leur connaissance plus fine des besoins, des attentes et des problématiques des populations grâce aux liens avec ses adhérents.

« Je pense qu'elles ont une connaissance qui est certainement plus fine que les politiques sur la santé de leurs adhérents donc elles ont, elles doivent à la fois être à l'initiative et les relayer, les porter et s'assurer que finalement elles puissent se mettre en place dans de bonnes conditions donc de les porter et c'est aussi tout le rôle »

Responsable national d'une association engagée
en promotion de la santé

- Le rôle des mutuelles de santé semble être dans le **relai et l'accompagnement** des politiques publiques.
- Également, pour appuyer ce principe de relai, il semble important pour les mutuelles de **se référer aux politiques publiques et aux objectifs de santé publique définis par l'État** pour orienter leurs actions et leurs messages de promotion de la santé.
- Les mutuelles estiment avoir un **rôle légitime de négociation et de lobbying** auprès des pouvoirs public grâce à leurs connaissances des problèmes de santé et besoins de santé de la population française.

2. Le positionnement face à la promotion de la santé

a) Principe de promotion de la santé

→ *Permettre aux bénéficiaires d'être acteur de sa propre santé*

Tous s'accordent à dire que les principes de la promotion de la santé sont de donner aux individus et plus précisément ici aux adhérents les moyens d'être acteur de leur propre santé. La santé est ici appréhendée de façon à considérer l'individu dans son environnement global.

« C'est un rôle vraiment d'information ainsi qu'aider chaque adhérent à être acteur de sa propre santé. On leur donne toutes les billes nécessaires et ensuite il faut qu'ils apprennent à en tirer partie. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« Le but de tous ces programmes est évidemment de les changements de comportements. (...) Pour les adhérents l'objectif c'est de leur donner les moyens de rester en bonne santé le plus longtemps possible »

Vice-président d'une mutuelle

« Malgré les différences les mutuelles sont bien dans la logique d'informer, de sensibiliser, d'amener les adhérents et la population, à faire les bons choix en santé. (...) L'idée c'est d'agir le plus en amont possible. »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

« C'est un rôle d'information et d'éducation à la santé. Ça peut passer par de l'information sur des thématiques de prévention, par de l'information sur les législations ou sur les textes en vigueur en matière de santé. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

→ Répondre au plus près aux besoins de santé des adhérents et de la population

Certains expliquent que pour développer des actions et des programmes de promotion de la santé efficaces il est essentiel que les individus eux-mêmes s'approprient les thématiques de santé, conformément aux principes de la charte d'Ottawa.

« On remarque que les messages de santé sont loin d'être audibles, compréhensibles par tout le monde. De ce fait, les inégalités sociales font qu'en termes d'éducation il y a des gens qui ne comprennent pas de ce qu'on leur dit, que soit dans les messages, dans les médias même à la télé (...) On a fait une en coopération avec les mutuelles belges entre le Nord-Pas-de-Calais et le sud de Bruxelles. Sur toute cette portion du territoire nous avons adressé des messages de santé mais ces messages de santé on ne les avait pas construits nous-même. On les a fait construire par les habitants. Une association s'est chargée d'aller mener des ateliers dans les cités, sur les territoires pour que les gens puissent dire comment ils voyaient la pratique de la santé soit en prévention soit en curatif. Et ils le disaient avec leurs mots. On avait appelé ça « Dis-moi ton truc ». (...) Du coup ils ont exprimé ce que c'était pour eux une méthode de soigner un rhume ou quoique ce soit et ils l'ont exprimé avec leurs mots. On a tout simplement été les enregistrer en studio et rediffuser sur les chaînes de radios locales. On trouvait que c'était pertinent de faire passer des messages de santé avec les mots des gens et non pas avec ceux des médecins. »

Vice-président d'une mutuelle

Aller à la rencontre des adhérents et de la population sur le terrain serait alors un pré-requis.

« C'est en allant sur le terrain, en proposant des actions qui soient adaptées à leurs besoins »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

→ *Accompagner les adhérents et la population de manière globale, tout au long de la vie*

« Pour les adhérents l'objectif c'est qu'on les accompagne tout au long de leur vie, en fonction de leur âge »

Vice-président d'une mutuelle

« Il y a énormément de choses à investir au niveau de l'accompagnement à toutes les périodes de la vie (...) Il peut y avoir le tout petit enfant, en plus on sait que c'est à ce moment-là que ce jouent beaucoup d'inégalités sociales, l'accompagnement de la future maman au moment de la grossesse, accompagner les personnes qui sont en situations professionnelles compliquées, familles monoparentales, horaires décalés et puis après pendant l'activité et puis après les « seniors » et la fin de vie avec le maintien en bonne santé pour les personnes vieillissantes. Il y a un grand champ à investir. »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

→ *Promotion de la santé ; valeurs mutualistes avant tout*

« On rejoint, et les valeurs du mouvement mutualiste, et des principes fondateurs. Dans le code de la mutualité on retrouve « favoriser le bien-être au sens large » donc c'est évidemment qu'il y a tout un champ à investir au-delà du simple remboursement de prestations ou de soins ou autres. Il faut qu'elles soient actrices. »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

« Si c'est pour faire juste de l'affichage marketing ce n'est pas intéressant. Ce qui m'intéresse c'est de pouvoir trouver des solutions qui puissent apporter quelque chose de concret et pas du gadget à la personne. »

Vice-président d'une mutuelle

b) Légitimité

Pour beaucoup ce rôle de promoteur de santé leur semble légitime de la part d'une mutuelle de santé et serait même un rôle indispensable.

« Les mutuelles ont une vraie légitimité à aller beaucoup plus loin en termes de santé dans l'accompagnement de leurs adhérents. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« A mon avis il va y avoir de plus en plus de prévention dans les mutuelles parce que, malheureusement, il y en a de moins en moins de dans le secteur public comme les collectivités locales et territoriales. Il y a moins de budget pour faire ce genre de chose donc il faut trouver l'argent ailleurs. Je pense que les mutuelles ont un atout à jouer sur la prévention. Je pense qu'elles vont et qu'elles auraient intérêt à développer ça. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

Mais attention il a, tout de même, été rappelé, que le rôle des mutuelles n'est pas de se substituer aux actions de l'État mais bien d'agir en complément.

« On n'est pas en substitution de l'Assurance Maladie. »

Vice-président d'une mutuelle

c) Prise en charge

Pour ce qui concerne la prise en charge l'avis n'est pas complètement tranché et la justification des positionnements varie d'une personne à une autre.

→ *Accompagnement et remboursement, les deux n'allant pas l'un sans l'autre*

«Je pense qu'il faut les deux. On ne peut pas faire que de l'accompagnement de la promotion de la santé si ensuite on ne dit pas pour ce type d'actions là, on prend en charge telle chose.»

Chargée de prévention d'une mutuelle

« C'est assez évidemment qu'il faut et jouer la complémentarité entre l'accompagnement et le remboursement »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

« Elles doivent les rembourser mais je ne suis pas sûr que le simple remboursement amène finalement la satisfaction par rapport à ce type de question. Je ne suis pas sûr que si on prend en charge à hauteur de x euros on puisse dire qu'on fait de la politique de santé. Parce que la politique de santé ça va au-delà simplement d'une prise en charge financière même si la partie financière reste le cœur du problème puisque c'est finalement la notion l'accessibilité à tous et pour tous. A mon avis je dirais que l'aspect financier est important mais pas qu'il doit s'intégrer dans une politique large de promotion de la santé. Je pense également que le fait de le lier à ou des offres finalement c'est un moyen que ces actions puissent perdurer dans le temps et que ça ne soit pas de effets d'affichage par les mutuelles. »

Responsable national d'une association engagée
en promotion de la santé

« C'est l'accompagnement qui commence bien en amont du remboursement et puis qui suit le quotidien. Ça suit les adhérents dans leur quotidien, c'est fondamental. (...) Bien sûr le premier rôle c'est le remboursement des prestations mais ça tout le monde est en mesure de le faire aujourd'hui. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

- Les acteurs exerçant au sein des mutuelles semblent partager les **mêmes principes de promotion de la santé.**
- Cela explique également que ces acteurs s'accordent sur **l'importance que les mutuelles ont à s'impliquer en promotion de la santé.**
- Cependant la question du **positionnement d'une mutuelle face au remboursement de ces actions de promotion de la santé n'est pas évidente.** Cela dépend des **stratégies et des sensibilités** de chacun en promotion de la santé.

3. Les objectifs et les intérêts du développement de la promotion de la santé

a) Intérêts sociaux et sociétaux

→ *Améliorer la santé des adhérents et de la population*

« L'objectif c'est bien sûr le bien vivre de nos adhérents (...) Le bien vivre de nos adhérents, des concitoyens c'est fondamental »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« Le premier objectif c'est d'améliorer la santé des adhérents (...) C'est d'améliorer le bien-être avec par exemple les programmes à destination des aidants. On sait que les aidants souffrent au moins autant que leurs aidés sinon plus. Il y a donc un objectif de santé, c'est assez évident. »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

Cela est en cohérence avec ce qui a été développé dans les parties précédentes. Les mutuelles semblent ne pas vouloir rester de simples payeurs mais s'investir dans l'accompagnement plus approfondi en santé de ses adhérents en collaboration avec les pouvoirs publics.

b) Intérêts propres aux mutuelles

Au-delà de cet objectif d'amélioration de la santé quasiment exprimé par tous il y a des intérêts propres à la structure.

« C'est une vraie mission sociale et sociétale et puis après il y a des bénéfices aussi pour nous bien sûr. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

→ *Baisse de la sinistralité et des prestations*

Cet objectif peut être perçu à la fois comme un intérêt sociétal et comme un bénéfice pour la structure. Et c'est bien là une illustration de toute la difficulté de ces enjeux.

« Ce qui est un peu dommage à mon niveau, c'est que cette promotion de la santé doit être associée à la gestion de risques des mutuelles mais pour le moment c'est quelque chose qui n'est pas du tout pris en compte par les actuaires. »

Responsable national d'une association engagée
en promotion de la santé

« L'enjeu final c'est, même si je pense que c'est très difficile à juger, de faire baisser les remboursements, les coûts liés aux prestations, puisque du coup il y a moins de maladies. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« L'autre intérêt c'est de limiter les dépenses de santé, de limiter la consommation de médicaments, des hospitalisations qui ne seraient pas justifiées pour les personnes âgées par exemple »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

« Ça permet à terme de pouvoir faire des économies au niveau du système de santé et donc des mutuelles. »

Responsable national d'une association engagée
en promotion de la santé

« C'est bien sûr agir plus précisément sur la consommation des actes médicaux c'est à dire donner des clés aux adhérents pour qu'ils fassent preuve de responsabilité dans leur consommation de la santé »

Chargée de prévention d'une mutuelle

→ Intérêt dans le développement économique ; divergence d'opinion

« Nos objectifs effectivement sont, en interne, certainement pas sur du développement en priorité (...). Il n'y a pas de retour sur investissement facilement mesurable en prévention. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« Après c'est très difficile de faire valoir des modèles économiques ou des notions de rentabilité car très clairement il n'y a pas de rentabilité liée à la prévention. On a du mal à évaluer vraiment précisément leur retour sur investissement. Par contre, je crois que cet investissement on a obligation de le faire »

Chargée de prévention d'une mutuelle

Pourtant d'autres ont déclaré qu'ils y percevaient un intérêt économique.

« Il faut aussi qu'on ait nos parts de marché, qu'on arrive à se développer parce que c'est le développement qui nous permet d'avoir une mutualisation la plus large possible aussi. L'objectif n'est pas uniquement de gagner de l'argent mais bien à la fois d'être capable de porter un message par le poids qu'on exerce et puis d'avoir une surface de mutualisation la plus importante possible pour pouvoir permettre l'accès aux soins. (...) Il faut bien, si on veut vivre et si on veut pouvoir être différent et apporter autre chose à nos adhérents, qu'on soit en capacité de vivre et donc de progresser et de se développer. »

Vice-président d'une mutuelle

→ Différenciation

Développer des actions de promotion de la santé au sein d'une mutuelle permettrait qu'elle puisse se différencier par rapport aux autres en apportant un service en plus, un service différent. Cela peut s'expliquer en partie par le contexte actuel où le marché des complémentaires santé est très concurrentiel et notamment en dehors du réseau mutualiste.

« La prévention ça permet de diversifier l'offre, c'est le petit élément différenciant, c'est le petit plus qui, dans un marché très concurrentiel, permettrait à une mutuelle de faire venir un individu dans son portefeuille plutôt que dans un autre(...). L'intérêt je pense pour nous c'est de se diversifier avant tout sur des services innovants.»

Chargée de prévention d'une mutuelle

« Après je pense que c'est aussi un moyen de communication, de différenciation vis à vis d'un secteur qui est très compétitif et sur lequel il y a une concurrence assez féroce et que c'est un moyen de se positionner sur des thématiques et de montrer qu'ils ont une approche qui est spécifique. (...) C'est à dire la capacité à leur montrer qu'ils prennent soin d'eux en dehors du simple fait de rembourser et qu'ils sont pas là simplement pour

faire du financier mais pour faire de l'accompagnement de la personnes et de la prise en compte de ces mouvements qui vont au-delà et en amont de la survenue de problème »

Responsable national d'une association engagée en promotion de la santé

« Nous essayons dans tous les cas d'avoir un positionnement qui soit différent à la fois pour l'adhérent et pour le prospect. C'est à dire que nous essayons d'apporter autre chose à nos adhérents mais aussi de montrer à ceux qui souhaitent venir chez nous qu'on est capable de mettre en place des programmes »

Vice-président d'une mutuelle

→ Image et notoriété

« Je dirais que l'objectif est avant tout d'être cohérent, de donner une image cohérente donc une bonne notoriété entre les remboursements et l'information. (...) Cela valorise l'image de l'entreprise »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« C'est un objectif d'image puisque'on a toute légitimité à agir sur ce terrain-là. Il y a le dire et il y a le faire savoir, ça fait une grande différence. Je pense que la prévention et la promotion de la santé ça fait la grande différence avec les sociétés d'assurance classiques. En tant que mutuelles on a toutes légitimés à utiliser la prévention avec un objectif d'image et de notoriété. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

Cet intérêt rejoint sur de nombreux points celui de la différenciation, notamment dans les finalités recherchées de ces objectifs. Développer la promotion de la santé permettrait de mettre en avant les valeurs mutualistes portées par chaque mutuelle, en comparaison notamment aux autres acteurs de la complémentaire santé.

« L'autre objectif c'est montrer ce que les mutuelles peuvent apporter de plus par rapport à d'autres acteurs. (...) L'objectif c'est de comprendre ce qu'est une mutuelle, de la positionner dans le paysage des organismes complémentaires et des acteurs de la protection sociale. C'est un moyen aussi de faire de la pédagogie par rapport aux valeurs, à ce qui fonde le mouvement mutualiste et ce qui est encore vivant aujourd'hui. C'est vraiment faire la preuve de ce qu'on avance et de manière très concrète. C'est démontrer par les actes ce que c'est que la mutualité et ses valeurs. »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

→ Fidélisation

Cette approche de promotion de la santé permet d'avoir un lien particulier avec ses adhérents, important dans la fidélisation.

« Le premier niveau pour moi c'est la relation avec leurs adhérents »

Responsable national d'une association engagée en promotion de la santé

« Nous pouvons regarder d'une manière économique. Nous sommes typiquement dans la fidélisation de l'adhérent c'est à dire qu'on essaye de lui amener autre chose que

simplement ses remboursements de santé. Lorsqu'on est en complément de l'Assurance Maladie sur une prestation ce n'est pas nous qui fixons les prix. (...) Donc c'est à nous d'apporter d'autre chose. »
Vice-président d'une mutuelle

« Il y a un objectif de fidéliser (...). Certaines mutuelles sont beaucoup dans un objectif de fidélisation de leurs adhérents et elles peuvent se servir ou vouloir se servir de la prévention dans ces objectifs-là. Dans le cas des contrats collectifs par exemple, la prévention peut être un moyen d'avoir une offre différente de concurrents. »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

- Il y a sans nul doute un intérêt dans **l'amélioration de la santé de leurs adhérents** c'est-à-dire un **enjeu de santé publique**.
- Il y a un objectif dans la **réduction des dépenses de santé**.
- **L'intérêt purement économique** ne semble pas clairement défini, cependant il est incontestable que les mutuelles ont leurs **propres intérêts**, notamment concernant **l'image, la différenciation et la fidélisation**.

4. Les destinataires des actions de promotion de la santé

a) Cibles

→ Grand public, les mutuelles acteurs de la protection sociale

« D'un point de vue purement prévention il n'y a pas de cible (...) L'objectif c'est de le faire évidemment pour nos adhérents mais aussi pour le grand public. Par exemple, lorsqu'on fait la journée nationale des aidants c'est pour tout le monde. »

Vice-président d'une mutuelle

« J'aurais tendance à dire d'abord à tout public. En même temps les mutuelles couvrent un francilien sur deux, c'est 38 millions de personnes au niveau français donc si on commence par toucher les franciliens on pourrait toucher la population générale. (...) Cependant il y a des stratégies qui sont un peu différentes selon les mutuelles. »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

« Considérons qu'on s'adresse à une mutuelle et qu'on voit l'historique des mutuelles je pense que la force des mutuelles c'est leurs capacités de s'adresser à toutes les populations et c'est ça aussi qui fait la différence par rapport à des sociétés privées d'assurance. »

Responsable national d'une association engagée
en promotion de la santé

→ Priorités aux adhérents également compréhensibles

« Il faut faire les deux. Bien sûr en direction de nos adhérents car on peut même estimer qu'ils cotisent en partie pour ça donc on a vraiment une mission auprès de nos adhérents. (...) Je pense qu'on a toute légitimité à s'adresser aussi au grand public (...) »

On doit avoir des actions qui s'adressent aux uns et aux autres et des actions qui peuvent aussi s'adresser aux deux. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« L'idée c'était d'être reconnue comme acteur public, d'être visible et d'accompagner les grandes actions de prévention. (...) Mais on revient plus sur une stratégie dirigée vers nos adhérents. Je pense que c'est juste une raison économique. On doit se recentrer sur les besoins de nos adhérents »

Chargée de prévention d'une mutuelle

b) Contrats et garanties

→ Aucune différenciation envisageable

« Dans tous cas, nous on ne fait aucune différenciation en fonction du type de contrats et moi je trouve que c'est bien comme ça. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« C'est une stratégie d'entreprise. On doit ouvrir l'ensemble de nos actions à tous les adhérents. C'est une façon de se positionner en tant que promoteur de la santé publique. Si on le fait uniquement en rattachant l'action de prévention et de promotion de la santé à un produit, c'est-à-dire à un contrat santé ou un contrat prévoyance, on n'est plus cohérent par rapport à nos valeurs mutualistes. Ça paraît plus logique de proposer l'ensemble de nos actions de prévention à tous (...) Toutes ces personnes recherchent les mêmes informations sur de la santé et l'éducation à la santé. Je pense qu'il faut ouvrir au maximum ces services (...) Selon moi, de façon générale, ces actions ne doivent pas être liées à une offre. C'est le fait même d'être adhérent qui donne accès à ces services prévention et promotion de la santé. Qu'on ait un contrat avec un niveau de remboursement basique ou plus on doit avoir accès aux mêmes informations. Je pense que ça fait partie des valeurs mutualistes. On est vraiment aussi sur la mutualisation, l'accès à de l'information et puis la réduction des inégalités de santé. C'est à dire qu'on ne va pas faire de la discrimination à favoriser des populations qui sont déjà favorisées puisqu'elles ont déjà des contrats importants et donc leur fournir plus de services.»

Chargée de prévention d'une mutuelle

→ Différenciation envisageable dans des cas particuliers

« Ça peut être lié à un contrat particulier dès qu'on est dans l'accord collectif. C'est-à-dire quand on est sur une branche métier ou alors un contrat d'entreprise relativement important je pense qu'on peut avoir des actions qui soient spécifiques. (...) C'est à dire, tant qu'à faire, proposer à la branche, des moyens d'essayer de juguler ces maladies professionnelles. (...) Ça veut dire aussi peut-être mettre des dispositifs spécifiques dans les entreprises. »

Vice-président d'une mutuelle

« Ça dépend du type d'actions. Je prends un exemple des conseillères médicales en environnement intérieur. On est typiquement pour les adhérents puisque ce que l'on fait c'est de rembourser la consultation de cette conseillère médicale de façon à ce qu'elle puisse évaluer le domicile et chercher les allergènes dans le domicile.»

Vice-président d'une mutuelle

- Il semble important pour les mutuelles, de proposer, autant que possible, ces programmes de promotion de la santé à **l'ensemble de la population**. Cela leur permet de se positionner comme **acteurs de la protection sociale et promoteur de santé**.
- Pour les actions de promotion de la santé proposées uniquement aux adhérents, il est évident qu'**aucune distinction** ne doit être faite dans le type de contrats ou de garanties, à **l'exception de certains programmes très spécifiques** répondant à une problématique de santé définie d'une population.

5. Les bénéfices de ces actions pour les participants

→ Amélioration de la santé et changement des comportements

« C'est améliorer leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

Son point de vue est extrêmement intéressant. Elle est la première ici à évoquer les notions de bien-être et de qualité de vie qui correspondent parfaitement à la définition de la santé de l'OMS ainsi qu'aux principes de la promotion de la santé comme décrit dans la Charte d'Ottawa.

« On souhaite être capable de faire évoluer quelque peu les comportements. »

Vice-président d'une mutuelle

« Alors le premier bénéfice pour les adhérents c'est normalement une amélioration de leur qualité de vie, une meilleure information en fonction des niveaux sur lesquels on va pouvoir intervenir, sur la santé des adhérents à court terme ou à moyen terme. Donc on est à la fois dans une prise en charge et sur un développement durable de la santé des adhérents. Puis, je reste persuadé qu'en développant la formation et la connaissance on permet aux adhérents de mettre en place des stratégies, des choix pour leur santé qui sont pertinents. »

Responsable national d'une association engagée
en promotion de la santé

Il semble même qu'il y aurait des bénéfices immédiats et d'autres au long terme.

« Le bénéfice il est, pour les adhérents, immédiat ou plus dans le temps. Quand on leur propose de faire un dépistage de leur vue, pour détecter des maladies des yeux qui iraient avec l'âge, ils sont très contents parce que c'est gratuit et immédiat et ça leur permet peut être d'agir directement sur leur santé. Après effectivement il y a des bénéfices à plus long terme et sur d'autres types d'actions comme les actions sur la pollution intérieure qu'on a menées en Bourgogne. Un conseil médical en environnement vient chez vous faire un test, l'effet n'est pas forcément immédiat mais il peut être sur des choses majeures qu'on peut modifier et avoir un effet sur la santé à plus long terme.»

Chargée de prévention d'une mutuelle

→ Sensibilisation et information de santé

D'autres semblent plus nuancés dans l'apport des mutuelles sur la santé de la population. Ils mentionnent plus facilement que l'intérêt serait d'avoir de l'information de santé ainsi qu'une sensibilisation sur des problématiques de santé publique.

« Il peut y avoir un bénéfice en termes d'informations, ils ont des connaissances qu'ils n'avaient pas avant. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« On peut imaginer que l'adhérent le bénéfice pour lui c'est d'être informé et d'être informé par une structure qui a suffisamment mis en place de circuits de validation et de confirmation de l'information et d'expertise à son service pour que l'information soit de qualité et corresponde vraiment aux besoins de l'adhérent. C'est sur la qualité de l'information que le sociétaire ou l'adhérent peut avoir un intérêt. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

→ Difficulté d'évaluation

Cependant, d'une manière générale, il n'est pas facile d'évaluer les bénéfices de ces actions et de ces programmes sur la santé des adhérents ou du grand public. C'est le propre de l'évaluation des actions de promotion de la santé quelles qu'elles soient.

« C'est assez difficile à évaluer. Ça dépend de chaque cas, faut évaluer toutes nos actions pour vraiment savoir et ce n'est pas facile »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« Le mesurer ce n'est pas évident même si on essaye. »

Vice-président d'une mutuelle

« Alors le bénéfice je pense qu'on peut le mesurer de notre côté quand on a sur sept ans un sociétaire qui reste en portefeuille. (...) Mais c'est très difficile à mesurer. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

De plus, il semble également que l'adhérent ou l'individu lui-même ne soit pas forcément conscient des bénéfices sur sa santé que peut lui apporter la promotion de la santé développée par sa mutuelle.

« Est-ce que l'adhérent de son côté peut mesurer le bénéfice ? C'est une question assez complexe parce qu'il est en relation avec un prestataire finalement et il n'attend pas un bénéfice pour sa santé. C'est peut-être plus insidieux c'est-à-dire que ça ne va pas être quelque chose de visible. Il ne va pas pouvoir mesurer de façon rapide l'efficacité du service prévention et promotion de la santé. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

- Les acteurs exerçant au sein des mutuelles s'accordent pour qualifier la finalité des actions de promotion de la santé dans **l'amélioration de la santé et le bien-être de la population ciblée**. Ceci grâce à une **prise de conscience des problématiques** qui pourraient concerner chaque population.
- Cependant cette amélioration est **difficilement mesurable** même si les mutuelles se donnent les moyens de fournir des **informations et des programmes de qualité, validés et pertinents**.

6. L'attente et la demande en promotion de la santé de la population

→ Retours terrain très positifs

« Ça répond à leurs attentes d'après les retours qu'on a. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« Lorsqu'on rencontre des adhérents ils sont tous demandeurs d'actions de prévention et de promotion de la santé. »

Vice-président d'une mutuelle

« Ça répond à des attentes et des besoins. Les gens quand on leur parle de ce qui les préoccupe il y a une oreille toute à fait attentive. (...) Fondamentalement parce que je pense que les gens sont quand même attachés à leur mutuelle et sont surtout assez bienveillants par rapport à ce qu'elle peut leur dire. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

→ Ciblage en amont

« L'évolution de la société fait que maintenant on peut plus facilement collecter les besoins d'une cible et en portefeuille on a quand même toute la population française qui est représentée (...) On sait effectivement, par le biais des enquêtes épidémiologiques et des enquêtes d'opinion auprès de la population, anticiper les besoins de nos adhérents en matière de santé. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« On essaye de faire en sorte que ça réponde à des besoins sinon il n'y a pas d'intérêt. Nous on a beaucoup travaillé sur les horaires décalés parce que la grande majorité de nos personnels associés à un contrat collectif sont en décalés. (...) Il faut seulement cibler les actions sur les problématiques des adhérents »

Chargée de prévention d'une mutuelle

Cela fait complètement partie des enjeux pour les mutuelles que de proposer des actions répondant aux besoins et aux problématiques de ses adhérents.

« Notre enjeu à nous c'est de proposer effectivement des actions réellement adaptées aux besoins des adhérents. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

→ Contribution de la population

Il a même été ajouté, concernant les actions mises en place par les UR de la Mutualité Française, avec lesquelles les mutuelles collaborent, que les adhérents et la population étaient mis à contribution tout le long de la réalisation des projets.

« Nous on essaye en termes de méthodologie de travail de faire participer les populations autant que possible à toutes les étapes du projet. Autant dans la phase d'état des lieux que de la mise en œuvre ou l'évaluation. Sur le projet «Unisson» on est parti de patients via un réseau en cancérologie avec lequel on travaille ainsi qu'à partir des besoins des adhérents de la mutuelle Air France qui a pu mobiliser un certain nombre de ses adhérents. On les a consultés en phase de conception, on les a revus dans un deuxième temps pour leur présenter la plaquette et le projet qui étaient nés de toute cette réflexion. C'est donc une vraie volonté de travailler ensemble. C'est une caution de qualité et de réussite du projet si on part des besoins et qu'on associe les personnes. »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

Cela rapproche encore plus les actions de promotion de la santé mises en place par le mouvement mutualiste des valeurs et des principes de promotion de la santé comme décrits dans la Charte d'Ottawa.

→ Besoins exprimés et non exprimés

Cependant même s'il est indiscutable qu'ils aimeraient tous que ces actions répondent à des besoins et des demandes des adhérents ils se questionnent sur ce point.

« Je ne pense pas, qu'à l'heure actuelle, il y ait une attente puisque la promotion de la santé ou la prévention santé comme on veut l'aborder est une approche tout à fait récente dans les têtes des gens. Les gens souhaitent encore que l'on prenne en charge leur santé sur des éléments qu'ils maîtrisent c'est-à-dire des éléments sur lesquels ils sont habitués c'est-à-dire la prise en charge des médicaments ou des actes médicaux. Du coup ils sont moins en attente de ça. »

Responsable national d'une association engagée
en promotion de la santé

Cela est cohérent, puisqu'il est nécessaire de prendre en compte à la fois la notion de besoins exprimés mais également la notion des besoins non exprimés par la population.

D'autres font également une distinction selon l'âge et les moments de vie ainsi que selon les milieux socio-économiques. Les attentes et les demandes ne seraient pas les mêmes en fonction de chacun.

« Maintenant on sait aussi qu'en fonction du profil et du moment de vie on n'est pas forcément en demande de la même manière. Une population « senior » en portefeuille va être beaucoup plus en demande en prévention. (...) Par contre effectivement une famille avec des enfants ou des actifs qui ont une vie plus active c'est à dire moins de temps pour prendre en compte ces éléments de santé, c'est à nous de leur faire prendre conscience que c'est important. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

- Certains acteurs exerçant au sein des mutuelles affirment que les actions de promotion de la santé, mises en œuvre par les mutuelles, **répondent bien aux attentes et aux besoins des adhérents** puisqu'elles ont été élaborées à partir des **données de santé publique** et avec la **collaboration des adhérents**.
- D'autres acteurs, exerçant au sein des mutuelles, plus nuancés, distinguent les attentes en fonction du public ainsi que les **besoins exprimés et non exprimés**.
- D'autres acteurs encore précisent que **les attentes des adhérents** de la part de leur mutuelle en promotion de la santé ne seraient **pas spontanées** et leur **besoin premier** serait avant tout dans le **remboursement des soins**.

7. Les freins au développement à la promotion de la santé

→ Économiques

« Le frein premier c'est le budget. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« C'est un investissement de la part de la mutuelle mais ça ne rapporte rien.»

Chargée de prévention d'une mutuelle

→ Et ressources humaines

« Un frein aussi c'est de pas avoir suffisamment de ressources humaines pour organiser ces actions et rencontrer nos sociétaires. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« Quand on est une mutuelle interprofessionnelle on doit avoir ces actions sur l'ensemble du territoire et cela coûte de l'argent. Cela nécessite des moyens humains et des moyens financiers. »

Vice-président d'une mutuelle

« Je pense que les principaux freins qui peuvent exister à la mise en place d'actions c'est les moyens. Les moyens, bien sûr, financiers et puis les moyens humains. Ça me paraît être les principaux freins. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

→ Difficulté stratégique

« Un frein aussi c'est la vision de court terme où on veut des résultats avant d'avoir commencé et donc en termes de méthodologie on va avoir une approche qui n'est pas la plus satisfaisante. On va avoir des actions mais sans avoir un investissement assez long terme pour que ça soit suivi d'effets installés. Il faudrait avoir des logiques et des stratégies au long terme. Et non pas passer d'un acte de travail à un autre chaque année, il faut qu'il y ait un avant et un après. »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

« Ce n'est pas le cœur de métier donc ça reste quelque chose de supplémentaire et pas inhérent au fonctionnement d'une mutuelle. Ça peut être aussi un frein. C'est à dire de ne pas être pris en compte comme étant inhérent au métier de la mutuelle. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« A mon avis, les freins au développement c'est que dans la gestion des risques ce n'est pas pris en compte parce que la promotion de la santé est associée à une notion de communication et pas à une notion de gestion du risque. Tant qu'on le fera dans une approche de communication et d'information et pas de gestion des risques on sera à des niveaux qui seront en dessous des besoins. Donc à mon avis l'étape qui serait nécessaire c'est de pouvoir démontrer significativement que la promotion et la prévention de santé peuvent permettre d'avoir un impact significatif sur le risque de développement de pathologies ou d'accompagnement de pathologies déjà déclarées »

Responsable national d'une association engagée
en promotion de la santé

- Il y a deux principaux freins au développement de la promotion de la santé au sein des mutuelles :

- **le frein économique**
- **le frein humain.**

La stratégie globale des mutuelles ne semble **pas suffisamment adaptée pour un développement optimum de la promotion de la santé.**

- D'autres freins au développement de la promotion de la santé mentionnés, tels que le manque de vision à long terme, le manque d'argent, de compétences **ne sont pas spécifiques des mutuelles.** Aujourd'hui, des associations ou d'organismes de l'État rencontrent les mêmes difficultés.

8. Les leviers au développement à la promotion de la santé

→ Augmenter les moyens financiers et humains

« Au sein des mutuelles en général il faut absolument libérer du budget pour faire des actions de prévention et de promotion de la santé et puis il faut libérer du personnel et du temps. Il faut absolument que les mutuelles en donne un petit peu plus »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« Le fait de former davantage les équipes en charge de la prévention qui, jusqu'ici étaient beaucoup sur de l'animation et de la coordination de projets de réduction des risques auto et habitation, aux enjeux de santé publique et de prévention et d'éducation à la santé sera un atout »

Chargée de prévention d'une
mutuelle

→ Meilleure communication, meilleur relais

« L'amélioration elle serait sur une meilleure communication des campagnes de prévention et promotion de la santé au niveau national et un meilleur relai au niveau des territoires. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« La première piste, je pense, c'est d'aller vraiment vers un relai de ce que fait la Mutualité Française. La Mutualité Française en région a déjà une panoplie de messages de promotion de la santé et de prévention qui est valable pour l'ensemble des mutuelles. De cette manière on pourrait déjà largement avoir des relais sans qu'on vienne mobiliser des ressources en interne (...) Il faut mieux s'inscrire dans le mouvement national. En plus c'est bien d'avoir ce retour vers le mouvement de la mutualité française dans son ensemble. »

Vice-président d'une mutuelle

« Il faut travailler en partenariat, s'appuyer sur les ressources qu'il y a au sein du mouvement mutualiste. Les UR en font parties et les structures de soins et d'accompagnements mutualistes aussi. On en parle depuis des années mais articuler ces différents métiers c'est important. On a plein de choses à valoriser (...) Une stratégie, des moyens, des budgets et puis une méthodologie adaptée ce sont les meilleures garanties du succès de ces actions. »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

→ Évolution sociétale

« Le levier aussi, c'est l'actualité qui nous l'amène. C'est l'évolution de la société et des nouvelles technologies qui font qu'on est peut être amené à être davantage sur du préventif et moins sur du curatif. Pour la mutuelle c'est quelque chose d'important. C'est donc un levier qui est très favorable au développement de nouvelles actions de promotion de la santé par les mutuelles.»

Chargée de prévention d'une mutuelle

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Les leviers principaux au développement de la promotion de la santé au sein des mutuelles sont les moyens humains et financiers, ceux-ci permettraient de lever les freins majeurs évoqués.- Les autres leviers cités comme le manque de communication et de relai sont pertinents également. |
|--|

9. Les futures évolutions en promotion de la santé

→ Évolution perceptible

« Je pense que nécessairement bien sûr que ça va évoluer »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

« Il y a une évolution immédiatement maintenant on le voit (...) Nous on l'a ressentie très rapidement avec un nombre d'interlocuteurs qui sont venus vers nous avec un

grand nombre de questions qui allait déjà vers des modifications par rapport à la promotion de la santé »

Responsable national d'une association engagée
en promotion de la santé

« Je pense qu'on va être amené à être de plus en plus attendue sur cet aspect de notre mission, parce que là je parle vraiment de mission (...) il ne faut pas perdre de temps. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

→ Évolution nécessaire face au contexte économique et épidémiologique actuel

« Vu les évolutions du contexte en cours bien sûr que ça va évoluer »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

« Fatalement la promotion de la santé doit évoluer (...) On a aujourd'hui déjà 20% qu'ont plus de 60 ans et ça va pas s'arranger donc forcément ce sont des cibles importante en termes de prévention et promotion de la santé (...) L'évolution de l'environnement aussi à son rôle ; on parle de mauvaise nutrition, on parle de qualité de l'air, on parle de qualité de l'eau... C'est clair que la gestion de la planète va influencer sur la santé (...) On voit bien aussi que la sédentarisation ça pose aussi des problèmes. On ne s'adapte pas si vite que ça à son mode de vie, le corps ne suit pas forcément toute suite donc faut trouver des solutions. »

Vice-président d'une mutuelle

« Le modèle économique à la française est plus qu'à bout de souffle. »

Responsable national d'une association engagée
en promotion de la santé

« Je pense qu'à mon avis il va y en avoir de plus en plus parce que malheureusement je pense qu'il y en a de moins en moins dans tout ce qui va être public ; dans les collectivités locales, collectivité territoriales. Il y a moins de budget pour faire ce genre de chose donc faut trouver l'argent ailleurs. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« Il y aura des évolutions positives du fait de l'évolution de la société (...) Pour une mutuelle ça amène énormément de pistes de développement, puisqu'on serait moins sur la gestion du sinistres mais sur la prise en charge d'une prévention donc je pense que oui c'est amener à évoluer et surtout auprès des mutuelles d'ailleurs. »

Chargée de prévention d'une mutuelle

→ Compétence pour agir

Il apparait que les mutuelles aient les compétences nécessaires et la légitimité pour s'investir davantage en promotion de la santé.

« On est légitime sur ce secteur (...) Je pense que les mutuelles ont un atout à jouer là-dessus »

Chargée de prévention d'une mutuelle

« Il y a un grand champ à investir et je pense qu'elles ont pleins d'atouts pour y aller mais il faut y aller. »

Responsable Développement Service Santé
d'une UR

- La promotion de la santé paraît être un **axe majeur de développement** pour les acteurs de santé et plus particulièrement pour les mutuelles et les complémentaires santé **face au contexte actuel économique et épidémiologique**.
- Les mutuelles **semblent être légitimes et avoir les compétences** pour agir dans ce champ de la santé publique.

B. Les laboratoires pharmaceutiques

1. Le positionnement face aux politiques publiques »

→ Accompagnement des politiques publiques et co-construction

« L'industrie pharmaceutique a la possibilité, la prétention et l'ambition d'être un co-constructeur des politiques publiques en partenariat avec les différents acteurs, qu'ils soient privés ou publics, pour mutualiser les ressources, mutualiser les compétences et les efforts de façon à optimiser l'action publique notamment concernant la prévention et le parcours du patient. »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

« Pour ma part ça devrait être main dans la main. »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

Il apparaît à leurs yeux indispensables qu'il y ait une collaboration dans la réalisation des politiques de santé publique aux vues notamment du contexte économique actuel.

« Je considère que ces approches sont d'autant plus intéressantes à l'heure où on est en train de chercher le moindre de centimes d'euros d'économie en matière de solidarité nationale. »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

« Je pense que l'enjeu est suffisamment important pour que chacun y joue un rôle. »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

→ Mais difficulté dû à l'image qu'ils véhiculent

« C'est toujours le même problème il y a un sentiment assez suspicieux vis à vis de l'industrie pharmaceutique »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

« Ce serait stupide de fermer la porte à des industriels privés sur des simples motifs dogmatiques et idéologiques avec comme propos : « C'est des capitalistes qui ne travaillent que pour la valeur de l'action et donc pour l'actionnariat. Ils sont intéressés donc ils ne peuvent pas avoir d'approche santé publique ». Fermer la porte à ces coopérations pour ces motifs là je trouve ça dommage. »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

→ Malgré un objectif commun et une volonté éthique ?

« Chacun sa place, chacun ses objectifs mais on en a tous un commun. Au bout du bout on œuvre tous pour le bien-être et la bonne santé des patients et de la population. (...) On doit tous aller dans le même sens »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

« On peut s'engager de manière éthique, il y a tout un travail pédagogie à comprendre qu'on est un acteur à part entière »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

Mais face à ces réticentes les acteurs de l'industrie précisent qu'ils reconnaissent qu'il faut que cette approche soit fidèle aux valeurs de santé publique et ce n'est malheureusement pas toujours entièrement le cas.

« Il faut par contre que l'approche elle soit sincère. Il faut qu'il y ait un peu de plus de sincérité de la part des laboratoires. Je prends un exemple : aujourd'hui si je travaille dans le vaccin, en oncologie, dans le respiratoire c'est parce que le laboratoire travaille là-dessus. Or, il n'a rien dans le diabète. Et donc dans les programmes d'optimisation de santé publique que je peux être amené à conduire, on me demande de ne rien faire dans le diabète. La notion de prévention à travers une alimentation saine et équilibrée et à travers la promotion de l'activité physique et sportive, ça ce sont des choses que je ne touche pas du doigt alors que l'on est sur des problématiques de santé publique majeures. Il y a un peu une certaine hypocrisie dans le discours du laboratoire qui est de dire on veut être un acteur de santé publique mais uniquement sur des segments d'activités qui nous intéressent. »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

Au vu de ce constat, il semble entièrement légitime d'envisager d'instaurer un cadre très précis quant à la participation des laboratoires pharmaceutiques dans ces travaux.

« Chacun à sa place de manière factuelle, contractuelle, écrit noir sur blanc. Il faut, je pense, un cadre pour rassurer tout le monde, que les choses soient claires. »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

- Malgré la volonté apparente des laboratoires pharmaceutiques à **s'engager de manière éthique dans l'élaboration, le relai et l'accompagnement des politiques publiques** afin de répondre à un **objectif d'amélioration de la santé**, cela n'est pas aisé à réaliser.
- Les laboratoires pharmaceutiques peuvent parfois renvoyer **une image négative** auprès des **autres acteurs de santé**.
- Et au sein de ces laboratoires les dirigeants semblent privilégier **des sujets qui les intéressent en matière de développement économique**.

2. Le positionnement face à la promotion de la santé

→ La promotion de la santé n'est pas, à l'origine, leur cœur de métier

« Les laboratoires pharmaceutiques sont des industriels du médicament, c'est leur cœur de métier. De façon très classique leur job c'est de rechercher, de produire, de commercialiser des solutions thérapeutiques dans différentes pathologies ou dans différents problèmes de santé. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

« Avant tout notre cœur de métier c'est de fournir des médicaments aux patients et aux professionnels de santé. On est là pour aider à faire reculer les maladies, voire à les guérir. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

« Tout ce qu'on fait c'est complètement à la marge, on est les extraterrestres de la boîte, les intellos de la santé publique. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

« La lisibilité au niveau nationale très faible, c'est du saupoudrage pour la direction. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

→ Et pourtant souhait d'être acteur de santé globale face au contexte actuel

« Aujourd'hui les laboratoires pharmaceutiques se cherchent une place dans un environnement santé en mouvement qui évolue. Ils cherchent à identifier comment leurs rôles d'acteurs de santé pourraient évoluer pour être complémentaire aux autres acteurs institutionnels, publics ou associatifs ou autres acteurs privés. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

« On a l'ambition aujourd'hui, et on va dans ce sens-là, d'être un acteur de santé plus global (...) c'est un grand changement pour nous »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

« On a bien compris que le système de soins est vraiment adapté à des pathologies aiguës mais qu'aujourd'hui il y a de plus en plus de maladies chroniques et que le système de santé doit s'adapter à la prise en charge de ces patients. On a compris d'un point de vue industriel que le médicament dans les maladies aiguës en général faisait beaucoup de choses pour guérir la personne si on accompagnait le bon usage. Alors que la maladie chronique le médicament ne suffit pas toujours. Pour une prise en charge globale d'un patient chronique il faut le médicament mais il faut l'accompagner. (...) Il y a souvent des règles hygiéno-diététiques : l'alimentation, l'activité physique. On essaye alors d'amener le médicament et des solutions de manière plus globale. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

- La promotion de la santé ne fait pas partie du **cœur de métier** des laboratoires pharmaceutiques et aujourd'hui cela **reste très à la marge de leur mission principale**
- **La visibilité** de ces laboratoires dans l'approche de promotion de santé est **difficilement appréciable**.
- Cependant, il semble que les acteurs exerçant en promotion de la santé, au sein de ces laboratoires, aient mesuré **les enjeux de santé publique actuels** et que désormais le **médicament à lui seul** ne pourrait pas permettre de **réels progrès** en termes de mortalité/morbidité.

3. Les objectifs et les intérêts de développement de la promotion de la santé

→ Ces objectifs sont multiples

« Je crois qu'ils sont pluriels et ils sont en évolution et en mouvement permanent. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

→ Intérêts économiques

« Clairement c'est des objectifs de business, les laboratoires pharmaceutiques sont des entreprises alors l'objectif c'est de faire du profit. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

« C'est sûr qu'il y a un intérêt économique ça je ne vais pas vous le cacher. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

« D'un point de vue économique il y a des objectifs puisque qui dit un médicament bien utilisé dit satisfaction, dit pas de retrait du marché et production. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

→ Difficile à mesurer

« Par rapport à mon métier, on est incapable de dire quel retour sur investissement sur quel produit ça va générer donc c'est bien la preuve qu'à un moment donné ils investissent sur des postes comme le mien sachant qu'il n'y a pas de retour sur investissement c'est simplement de développer et concrétiser cette vision d'être un acteur de santé globale qui apporte des solutions aux patients et qui n'apporte pas juste un comprimé comme ça. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

→ Et déontologie ?

Néanmoins, cela ne signifie pas que ces actions ne soient pas éthiques.

« On peut faire du profit sans vendre son âme au diable, en étant éthique et en agissant pour l'intérêt général. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

« Pour nous qu'un médicament soit mal utilisé et qu'il soit retiré du marché c'est éthiquement très mauvais puisque ça peut engendrer des situations graves et peut être même des décès »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

→ Intérêts d'image et de notoriété ?

« Cela contribue aussi la notoriété bien sûr. (...) Il y a un enjeu d'image et à faire connaître qu'on peut amener au-delà du médicament. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

« La notion d'image pour moi elle est largement dépassée aujourd'hui. (...) Je crois qu'aujourd'hui tous les laboratoires ont une équipe comme celle à laquelle j'appartiens donc ça ne fait plus du tout la différence. De plus, le grand public s'en contre fout, il n'a pas du tout accès à cette information. Quant aux professionnels de santé, soit ils sont résolument anti labo donc, quelle que soit l'activité que fait le labo de toute façon ça ne changera rien, soit ils n'ont pas d'avis trop tranché vis à vis des laboratoires et comme ils constatent que tous les labos font la même chose ça ne fait pas la différence. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

→ Intérêts en termes de positionnement

L'investissement en promotion de la santé permettrait d'avoir une vision plus globale de la santé et de pouvoir anticiper et agir en amont des problèmes de santé.

« Aujourd'hui la santé c'est une santé de parcours (...) On passe d'une médecine de soins aigus à une médecine de parcours pour des pathologies chroniques, on passe d'une médecine libérale avec un médecin généraliste qui est quasiment le seul donneur d'ordre à une médecine pluri-professionnelle où va intervenir un certain nombre d'acteurs. (...) Il faut connaître de façon très fine le parcours des patients, faut être en capacité aussi de justifier les prix des produits mis sur le marché (et remboursés par la solidarité nationale) au-delà de la simple mise à disposition du médicament par l'apport de services supplémentaires. (...) Pour développer ces services, ça veut dire qu'il faut avoir une connaissance du parcours de soins, du parcours de santé et de l'organisation du système de santé. C'est pour ça qu'un laboratoire, qu'un industriel cherche à développer des projets pour avoir une meilleure photo, une meilleure image de ce que c'est le système de santé français et donc être capable pourquoi pas demain, après-demain d'imaginer des solutions. »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

Cela leur donne plus de légitimité dans le champ des acteurs de santé.

« Je pense qu'on arrivera à être un acteur en part entière, à être connu et à travailler en partenariat avec les décideurs que ce soit institutionnel ou régulateur, à avoir notre place d'un point de vue légitime par rapport aux autres qui à priori sont assez réticents. C'est leur faire comprendre qu'on n'est plus ce qu'on était, qu'on est différent aujourd'hui et qu'on peut faire les choses différentes. »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

Cela permettrait également plus de marge dans les négociations avec les autorités publiques.

« C'est aussi les jeux de négociations comptables avec les autorités de santé. Il y a une négociation prix qui est faite juste après la mise sur le marché, or après il y a des révisions de prix. On voit aujourd'hui, d'année en année qu'il y a presque 50% des économies annuelles qui sont faites sur le médicament. L'intérêt de l'industriel c'est de minimiser l'impact prix de ces mesures là ; c'est à dire le moins de baisse de prix on lui imposera, puis il s'en sortira. Pour un industriel cela veut dire être capable de négocier ainsi : « nous on a investi 15 millions d'euros sur l'année 2014 pour améliorer la politique et la couverture vaccinale en France, donc en échange de ces 15 millions vous nous faites que 5% de baisse de prix là où vous avez prévu 10% » »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

→ Devoir social et sociétal ?

Cela leur semble évident de s'investir dans ce champ-là vis à vis de la solidarité nationale. En effet, via le remboursement des médicaments par la sécurité sociale, les industriels ont une part de revenus émanant de la collectivité.

« Je crois que c'est relativement intéressant, qu'un laboratoire privé qui est rémunéré avec nos impôts (par la prise en charge des remboursements des médicaments) s'engage dans ce champs. Si une partie de ce chiffre d'affaire qui est généré à partir de la solidarité collective sert à réinvestir dans une meilleure efficacité ou dans l'optimisation des parcours de santé ce n'est pas stupide. »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

- Les intérêts des laboratoires pharmaceutiques au développement de la promotion de la santé ne sont **ni simples ni unanimes**.
- **Bien au-delà des enjeux sociétaux**, il est clair qu'il y a **des intérêts économiques**, que cela soit pour valoriser leur image ou pour faciliter leurs négociations auprès des pouvoirs publics.
- Ces **enjeux économiques** peuvent, malgré tout, **rimier avec éthique et déontologie**.

4. Les destinataires des programmes de promotion de la santé

Il apparaît nécessaire de comprendre à qui sont destinées ces actions de promotion de la santé développées par les industriels pharmaceutiques, notamment appréhender si les destinataires de ces programmes sont les malades ou la population générale.

Même pour les acteurs concernés il n'est pas évident d'y répondre.

« Ce n'est pas évidemment, ça dépend des sujets des programmes. »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

→ Priorité faite aux patients

« Il y a eu des projets qui se sont développés sur la prévention et notamment la prévention secondaire. C'est à dire sur l'accompagnement du patient alors soit c'est dans le diabète soit c'est dans l'oncologie. Ça montre bien que ce n'est pas lié aux médicaments mais plutôt à un besoin du patient pour l'accompagner et faire qu'il vive mieux avec sa pathologie au quotidien. Alors c'est de l'activité physique adaptée, aider aux dépistages des cancers. »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

→ Même si certaines actions touchent la population générale

« Pour la vaccination c'est pour la population qui est ciblée selon telle ou telle valence. Après si on est en oncologie, les actions c'est l'optimisation du parcours de soins et le lien dans la coopération intersectorielle et ville-hôpital. Là on est directement sur une population ciblée de malade mais qui dit malade dit aidant. Malades + aidants on est à 80% de la population française donc on peut quasiment dire qu'on est en population générale. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

- Les destinataires des programmes de promotion de la santé mis en œuvre par les laboratoires pharmaceutiques semblent être **liés essentiellement aux malades et aux patients** et donc indirectement aux **médicaments commercialisés** par les industriels. **La cible** apparaît alors déterminée pour des **intérêts économiques**.
- Cependant dans l'élaboration de ces actions, le **respect des principes de promotion de la santé** peut être présent.

5. Les bénéfices de ces actions pour les participants

A cette question il apparaît une difficulté de la part de ces acteurs privés de santé à pouvoir répondre clairement.

→ Propre des actions de promotion de la santé

« Nos actions, mais pas plus que celles d'une IREPS ou de l'ANPAA, on ne peut pas estimer leur impact en mortalité prématurée évitée, en années de vie gagnées. (...) C'est la difficulté, on touche là du doigt la question des indicateurs en santé publique, et particulièrement en prévention, promotion de la santé. C'est le drame de la promotion de la santé depuis des années. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

→ Mise en place d'outils pour évaluer les bénéfices

« On y travaille actuellement, ce n'est pas encore tout à fait consolidé. (...) Sur les programmes « oncologie » sur lesquels on travaille on a des questionnaires satisfactions patients et des questionnaires satisfactions professionnels de santé qui permettent d'évaluer l'impact des outils qui sont créés et ou du dialogue ou des mécanismes de coordination qui sont induits par ce type de projets. Là on est sur du rationnel qui commence. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

Néanmoins cette réponse, bien qu'intéressante ne répond pas à l'intérêt des programmes qu'ils mettent en place du point de vue du patient ou du bénéficiaire.

- **Les bénéfices des programmes de promotion de la santé** mis en œuvre par les industriels pharmaceutiques, ne semblent **pas encore bien évalués par ces derniers.**
- Néanmoins, **des processus d'évaluation des programmes de promotion de la santé sont en cours d'élaboration**, au sein des laboratoires pharmaceutiques.
- **Aucune conclusion** ne peut encore être faite quant à **l'utilité ou non de ces actions de promotion de la santé** développées par les laboratoires pharmaceutiques.

6. L'attente et la demande de la population en promotion de la santé

→ Législation

Un point très important à préciser c'est le fait que selon la législation française aucun acteur de l'industrie du médicament ne peut mettre en place des actions à destination directe des malades et des patients.

« De toute façon la loi prévoit qu'un laboratoire ne peut pas s'adresser directement aux patients et il ne peut pas faire de publicité grand public pour ses produits de santé »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

→ Peu de connaissance du grand public concernant les acteurs en santé

La population n'a pas conscience que les laboratoires pharmaceutiques agissent dans ce domaine-là de la santé, peut-elle avoir des attentes à ce niveau-là alors.

« En fait le grand public ne connaît pas les industriels du médicament. Quand on ne sait pas qui intervient dans le champ de la santé pour faire quoi on a du mal à avoir des attentes autour, alors je ne pense pas que le public attende quoique ce soit des industriels. »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

→ Mais des besoins en santé

« Ils ont des besoins aujourd'hui qui sont non satisfaits. Après est-ce que le patient va être preneur de savoirs qui apportent sa solution, finalement peu importe du moment que lui ait sa solution et que le système de soins et les soignants lui apportent sa solution. Je ne suis pas sûr qu'il dise je veux que ça soit un tel qui m'apporte ma solution. C'est plutôt j'ai un besoin, un manque, un problème que le système de soin m'apporte ma solution. »

Responsable de la promotion de la santé d'un
laboratoire pharmaceutique

- Il est **difficile**, pour la population, **face à la législation**, d'exprimer une **attente en promotion de la santé de la part des industriels du médicament.**
- Néanmoins la population a de **véritables besoins en santé non satisfaits** et les laboratoires pharmaceutiques peuvent **apporter leur contribution pour y répondre.**

7. Les freins à la promotion de la santé

→ Freins externes

Il s'agit de la réputation des laboratoires.

« Les freins je pense que c'est de la part des partenaires potentiels institutionnels qui ne veulent pas de manière dogmatique travailler avec l'industrie pharmaceutique. (...) Je pense que s'arrêter à des idées comme ça c'est fort dommage. Il faut dépasser ça pour répondre aux besoins des patients. Ça c'est une conviction personnelle. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

« Il y a deux types de discours. Un qui dit « c'est très bien votre approche mais c'est absolument pas à vous de faire ça, il est hors de question qu'un industriel vienne mettre son nez dans la santé publique et puis de toute façon c'est intéressé et donc si c'est intéressé c'est sale et donc on ne veut pas y aller. L'autre dit « ce n'est pas inintéressant, c'est innovant et après tout s'ils réinjectent une partie de leurs profits pour des actions d'accompagnement de nos professions pourquoi pas ». On a les deux types d'attitudes. La première qui est plutôt méfiante et la seconde qui est plutôt confiante. Et parfois, et c'est en ça que c'est embêtant, c'est que c'est très « personne-dépendant ». On a des gens qui ont le pouvoir de décisions d'une institution, d'une ARS, d'une CPAM ou autre qui dit « non il ne faut pas y aller ». Puis 6 mois plus tard cette personne part et son remplaçant considère les choses un peu différemment et on peut y aller. (...) Les freins sont essentiellement idéologiques en fait. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

→ Freins internes

Il s'agit d'un problème stratégique.

« Les freins sont aussi internes parce qu'il y a deux écoles. A côtés de ceux qui – bienveillants - espèrent que notre démarche permettra d'aboutir à de belles choses, il y a ceux qui raisonnent en retour sur investissement, c'est-à-dire « je mets un euro de salaire sur la table pour qu'il développe de la santé publique mais je veux que ça me rapporte au moins un euro. » Ca c'est la vieille école de ceux ne comprennent pas pourquoi on irait faire autre chose que de la vente du médicament, ils ne comprennent pas pourquoi on prend des risques de réputation à essayer d'être sur des terrains qui ne sont pas ceux sur les lesquels on devrait rester. (...) Le poids des anciens, de ceux de la vieille école, surtout dans un contexte économique un peu sensible est très important. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

Les freins au développement de la promotion de la santé au sein des laboratoires pharmaceutique sont de deux types :

- **Internes: difficultés stratégiques** au sein même des laboratoires.
- **externes: représentation parfois négative** des laboratoires, entraînant **une méfiance de la part des autres acteurs de santé** à leur égard.

8. Les leviers à la promotion de la santé

→ Nouveau modèle économique

« Il y a une autre école qui est ouverte d'esprit, qui se dit, faut innover, faut inventer un nouveau modèle économique de demain. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

→ Contexte économique et épidémiologique

« Aujourd'hui franchement le système de soins est à bout de souffle. On essaye de le modifier d'année en année et on voit bien qu'on est un peu dans une impasse même si il y a des progrès. (...) Chacun sa place, l'industrie pharmaceutique n'a pas à faire le travail d'autres. On mène tous des actions finalement dans son secteur, dans son silo. Il faudrait qu'on travaille de manière conjointe et coordonnée, ensemble. Après on n'est pas obligé d'être des partenaires. Il faut juste que toutes les actions qui sont menées sur un territoire aillent dans le même sens pour qu'au bout du bout ça soit cohérent pour le patient et que ça apporte une valeur ajoutée pour le patient. Ça veut dire se connaître, échanger et même aller jusqu'à faire des actions communes. Par exemple, la chirurgie ambulatoire comme dans beaucoup de régions est un axe prioritaire, l'ARS a son plan d'actions et un groupe de travail et on n'est pas dedans. Par ailleurs nous, on avait imaginé, suite à la demande du référent chirurgie ambulatoire du CHU de faire des actions pour sensibiliser les libéraux pour éviter la ré-hospitalisation d'urgence par un acte de chirurgie ambulatoire. On a alors fait des actions où l'ARS était partie prenante du comité régional, pas de logo de l'ARS à côté du nôtre mais au moins il y avait quelqu'un de l'ARS qui était dans le comité et qui avait connaissance de tout le projet. Du coup, l'information est rentrée dans leur plan d'action à eux, ça a servi à quelque chose puisqu'elle n'a pas été répétée ou dupliquée par les institutionnels à côté puisqu'ils étaient partie prenante. Il faut travailler de manière transversale et intelligente et ne pas faire de doublon. On n'a plus suffisant de ressources aujourd'hui pour se permettre de refaire les choses à côté sous prétexte qu'on ne veut pas parler à un tel. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

- Les leviers au développement de la promotion de la santé, au sein des laboratoires pharmaceutiques, nécessitent d'agir sur **l'évolution des mentalités** que ce soit en **interne** ou en **externe**. Cela n'est pas une chose aisée.
- Cependant du fait du **contexte économique** actuel, les **changements pourraient être rapides**.

9. Les évolutions dans les années qui arrivent en promotion de la santé

→ Évolution souhaitée mais quand et comment ?

« La seule chose que je peux dire c'est que moi pense qu'il est souhaitable que ça évolue. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

« J'espère que ces actions et ces partenariats vont se renforcer dans les années qui arrivent »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

« Je n'ai pas de boules de cristal, je ne peux pas réellement répondre (...) Dans quel sens elles vont bouger je n'en sais rien. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

→ Évolution nécessaire face au contexte économique et épidémiologique actuel

« Je pense tout le monde, industriels et les pouvoirs publics et institutions de santé et grand public ont intérêt à ce que les choses bougent. (...) Il y a une révolution qui s'annonce en santé, qu'on ne voit pas vraiment arriver, c'est la santé connectée et la e-santé. Je pense que ça va pas mal bousculer les choses. Je pense que les laboratoires qui tireront leurs épingles du jeu et qui réussiront à avoir des relations intelligentes avec le système de santé, avec les différentes parties prenantes, c'est ceux qui auront réussi à opérer ce virage. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

« Je pense qu'il est souhaitable que les industriels développent les relations avec leur environnement c'est-à-dire qu'il faut qu'ils arrêtent d'être perçus comme les grands méchants laboratoires qui font des complots, du lobbying et qui n'ont qu'une envie c'est d'être des vampires, de sucer la moelle de la solidarité nationale française. Et d'autre part qu'ils arrêtent aussi d'être considérés comme la vache à lait des mesures d'ajustements budgétaires annuelles. (...) Si les laboratoires restent des producteurs de comprimés ça ne va pas aller. »

Responsable de la promotion de la santé d'un laboratoire pharmaceutique

- **L'évolution en promotion de la santé reste incertaine**, même si le **contexte économique et épidémiologique actuel apparaît favorable** au développement de la promotion de la santé au sein de l'ensemble des acteurs de santé.
- Les acteurs de terrain au sein de ces laboratoires pharmaceutiques ne **peuvent percevoir réellement les perspectives futures** malgré leurs convictions.
- Ce **manque de visibilité future** sur la promotion de la santé n'est pas **spécifique à l'industrie pharmaceutique**.

C. Les institutions publiques

1. L'articulation avec les acteurs privés

→ Partenariats privés-publics possibles face au contexte actuel

«Le partenariat public-privé n'est pas négociable. Il est en fait irréductible. Tout le monde est acteur de santé publique et dans ce champ, tous les secteurs ont partie liée. Le contexte budgétaire actuel motive encore plus la structuration d'un partenariat avec

l'industrie pharmaceutique. Dans le domaine de la vaccination, cette coopération, je l'envisage sous forme, en particulier, de rencontres pluri-professionnelles – médecins, pharmaciens, infirmières, sage-femme ; en priorité dans les territoires ayant mis en place un Contrat Local de Santé avec l'ARS en y associant notamment l'Assurance Maladie et les mutuelles.»

Médecin de PMI

« La valeur ajoutée à ces collaborations je dirais, dans le domaine de la santé publique, plus on est de fous plus on rit. C'est-à-dire que c'est un domaine qui est compliqué parce que c'est des interventions complexes. La question de la prévention et de la promotion de la santé n'est pas facile puisqu'on est dans un système curato-centré. Je dirais donc que toutes les bonnes volontés à intervenir sur ces problématiques sont plutôt à considérer avec bienveillance parce qu'il n'y a pas tant d'acteurs que ça, il n'y a pas tant d'argent que ça non plus. »

Responsable de la direction de la santé publique
d'une ARS

→ Partenariats privés-publics possibles sous certaines conditions précises

Il est nécessaire de rester cohérent avec les principes de santé publique et de promotion de la santé

« Evidemment l'industrie pharmaceutique a ses propres enjeux et nous avons les nôtres mais il y a des objectifs qui peuvent être communs. En fait, ça dépend de la capacité que va avoir l'ARS et le labo en question, à s'entendre sur des objectifs communs. En sachant que nous en tant que ARS notre rôle est de développer vraiment une politique de santé ciblée sur des besoins donc après c'est au labo de s'intégrer au pas à ces priorités. C'est comme ça que je conçois les choses. Dans tous les cas si on poursuit des objectifs de santé publique communs ça peut se faire de manière très naturelle. »

Responsable de la direction de la santé publique
d'une ARS

« L'industrie pharmaceutique n'est pas un secteur marchand comme un autre. En effet, en tant qu'entreprise, elle n'est pas purement philanthropique mais en tant qu'acteur de santé publique, elle n'est pas purement marketing (...). Le duo altruisme/commerce est un équilibre imprévisible... Récemment, le scandale médiateur® et l'affaire des contraceptifs 3ème et 4ème générations ont jeté l'opprobre sur les laboratoires pharmaceutiques en mettant l'accent sur leurs objectifs de rentabilité... Il faut cependant être prudent, car encore une fois, la médecine a un lien d'intérêt irréductible avec cette industrie. Cette relation n'étant pas obligatoirement réduite à un conflit mais peut être structurée comme une coopération, un partenariat, une collaboration. »

Médecin de PMI

« C'est vrai que des co-financements des programmes de prévention et promotion de la santé ça peut se faire par l'industrie pharmaceutique. Ça peut être intéressant si on est d'accord sur les objectifs mais il faut être très vigilant. Il y a des règles de ce partenariat public-privé qui sont à respecter »

Responsable de la direction de la santé publique
d'une ARS

Il est nécessaire également qu'il n'y ait pas de conflit d'intérêt dans le développement de ces partenariats.

« Pour éviter tout malentendu ou toute accusation de « complicité », être en lien avec tous les laboratoires, c'est une manière d'éviter le conflit d'intérêt. Par exemple, en vue de monter des conférences à destination de professionnels de santé sur la contraception, inviter tous les laboratoires pharmaceutiques commercialisant en France des moyens contraceptifs à participer à ces rencontres, permet de constituer un « consortium pharmaceutique » visant l'exhaustivité et écartant, a priori, une critique qui s'entend : faire le jeu de l'un contre les autres, autrement dit, des uns ou des autres. »

Médecin de PMI

→ Suspicion quant aux objectifs des laboratoires pharmaceutiques

« Les labo pharmaceutiques ont aussi leurs propres objectifs au-delà des objectifs communs qui sont définis dans le projet. Ils ont quand même leurs propres objectifs et il me semble que c'est de rejoindre la population cible et leur traitement. (...) J'en ai rarement vues qui faisaient des actions sur l'ensemble de la population, souvent c'est sur des publics ciblés. Par exemple la collaboration qu'on a avec un laboratoire c'est sur les maladies chroniques. Je ne me leurre pas sur le fait qu'ils doivent avoir des traitements sur ces patients là et que ça permet de rendre visible le laboratoire. »

Responsable de la direction de la santé publique
d'une ARS

→ Regard différent vis à vis des complémentaires santé

« Je pense que les complémentaires santé ont raison de s'investir là-dedans. Elles ont un réel intérêt. La question que je me pose c'est : en quoi ça intéresse un labo pharmaceutique que les gens ne soient pas malades ? Alors que les mutuelles c'est différents, leur objectif il est complètement le nôtre, pour des raisons différentes, pour des ambitions différentes, eux c'est pour faire des économies mais on poursuit le même objectif c'est que les gens ne soient pas malades. Là ça me paraît presque naturel que ça soit des interlocuteurs forts finalement des politiques de santé publique. »

Responsable de la direction de la santé publique
d'une ARS

- Il peut être nécessaire pour les institutions publiques **d'envisager des partenariats ou des collaborations avec les acteurs privés de santé.**
- Le **regard de ces institutions est différent** selon qu'il s'agisse des **industriels du médicament ou des complémentaires santé.** Les institutions publiques estiment que les **mutuelles sont pleinement légitimes dans leur implication en promotion de la santé.** Ceci n'est pas le cas pour les laboratoires pharmaceutiques.
- Les institutions publiques préconisent, **à l'égard des laboratoires pharmaceutiques,** une **vigilance particulière,** notamment pour s'assurer du bien **fondé de leurs objectifs en santé publique.**

2. Les freins à ces partenariats

→ Crainte vis à vis des laboratoires pharmaceutiques

« Il y toujours une question d'objectifs partagés. La santé publique ne veut pas, sous prétexte qu'elle souffre de financements vendre ses objectifs à l'industrie. (...) Les laboratoires pharmaceutiques font plutôt des produits de santé mais pour ma part je suis toujours très vigilante. Après je ne peux pas généraliser les freins parce que c'est chacun avec l'appréciation de ce partenariat. Je suis vigilante à ce que des projets collaboratifs ne soient pas des supports de marketing. Ce n'est pas réellement un frein c'est vraiment une ligne de conduite qui est ferme dans les négociations partenariales. Après c'est au labo pharmaceutique de voir si il accepte ou pas. »

Responsable de la direction de la santé publique
d'une ARS

«Le frein public/privé concerne essentiellement la nature du lien entre ces deux secteurs, c'est-à-dire, la balance Conflit/Coopération. L'entreprise sert-elle ses intérêts privés, se sert-elle des institutions, asservit-elle les pouvoirs publics et/ou délivre-t-elle un service public ? Force est de constater qu'elle est comprise à la fois dans l'économie marchande mais également celle de la santé qui est un besoin non marchand par excellence. Ainsi, pour ma part, je la considère naturellement comme un partenaire incontournable tout en ayant en tête que cette industrie spécifique doit gérer son propre conflit d'intérêts, sa propre schizophrénie.»

Médecin de PMI

- Les principaux freins, aux partenariats privés-publics en promotion de la santé, résident dans les **objectifs des industriels** pouvant être **non déontologiques**.
- Les **laboratoires pharmaceutiques peuvent parfois véhiculer une image négative** ce qui n'est **pas le cas des complémentaires santé**.
- Les institutions publiques, actrices de santé, ne sont **pas prêtes à sacrifier leurs engagements en santé publique pour de motifs économiques**.

3. Les leviers et les évolutions futures à ces partenariats

→ Contexte économique et épidémiologique

«La réduction de la dette et des dépenses publiques que chacun appelle de ses vœux, passe obligatoirement par un lien constructif public/privé, structuré et transparent.»

Médecin de PMI

« En même temps on est dans un contexte de réduction budgétaire, de difficulté à porter de santé publique d'envergure et le labo pharmaceutique peut être là. (...)Mais pour tout vous dire je ne suis pas hyper favorable à ça, je pense qu'il y a la santé publique d'un côté et des enjeux industriels de l'autre même si en fournissant des médicaments ils participent à la santé publique évidemment. Je ne suis pas trop pour le mélange des genres puisque je me dis qu'après ça peut être un peu confus pour la population dans les messages. »

Responsable de la direction de la santé publique
d'une ARS

→ **Instaurer des cadres précis**

« Il va falloir trouver des modalités d'interventions communes qui gomment le conflit d'intérêt et qui traduisent la mise en place d'un partenariat salubre – conventions d'objectifs et de moyens par exemple. »

Médecin de PMI

→ **Évolution incertaine**

« Je n'ai aucune idée de l'évolution qu'il y aura. On a observé ces dernières années des va et vient sur le sujet. C'est-à-dire qu'on a pu voir à certains moments des laboratoires pharmaceutiques très impliqués en éducation thérapeutiques par exemple. Et puis on voit qu'il y a un retrait en fait des autorités publiques par rapport à ça à cause de scandales. C'est pour ça que je ne sais pas du tout dans quel sens ça peut aller. Je pense que la progression est très aléatoire. »

Responsable de la direction de la santé publique
d'une ARS

- Les leviers à ces partenariats privés-publics en promotion de la santé sont essentiellement **économiques et épidémiologiques**.
- **Instaurer des cadres** semble être un levier primordial à ces partenariats.
- Cependant, **l'évolution de ces partenariats privés-publics est incertaine** en promotion de la santé.
- **Aujourd'hui, les acteurs de santé ne savent pas encore parfaitement les orientations que la promotion de la santé va développer : avec qui et par qui elle sera mise en œuvre.**

III. Synthèse des résultats

Tableau 9 : Synthèse des résultats pour les acteurs privés de santé

Légende : en orange sont regroupés tous les points communs entre les différents acteurs

	Mutuelles	Laboratoires pharmaceutiques
(1) Positionnement face aux politiques publiques	Accompagnement et relai	
	S'y référer pour orienter les programmes	Volonté de co-construction mais souci d'image parfois négative qu'ils véhiculent
(2) Positionnement face à la promotion de la santé	Négociation et lobbying	
	Principes et valeurs de promotion de la santé proches de la charte d'Ottawa	Pas le cœur de métier
(3) Objectifs au développement de la promotion de la santé	Difficulté face au remboursement ou non de ces actions	Compréhension des enjeux de santé publique
	Amélioration de la santé	
(4) Destinataires des actions	Réduction des dépenses de santé	Intérêts économiques prépondérants
	Intérêts propres : différenciation, fidélisation, image...	
(5) Bénéfices des actions	Grand public tant que possible	Lié aux patients et aux malades et indirectement aux médicaments commercialisés
	Adhérents dans certains cas précis	
	Pas de différenciation dans les types de contrats et garanties.	
(6) Attentes des bénéficiaires en promotion de la santé	Amélioration de la santé	Nombreux outils de mesure
	Difficulté d'évaluation	
(7) Freins au développement de la promotion de la santé	Retours de terrains positifs	Législation leur interdisant de s'adresser directement à la population
	Ciblages en amont des actions	
(8) Leviers au développement de la promotion de la santé	Besoins non exprimés en santé	
	Humains	Stratégie interne
(9) Évolutions futures	Économiques	Représentation négative qu'ils peuvent renvoyer
	Augmentation des moyens	Changements et évolutions des mentalités en interne et en externe
(10) Évolutions futures	Meilleurs relai et communication	
	Axe majeur de développement face au contexte économique et épidémiologique actuel	
	Légitimes pour agir	Évolution incertaine

Les points de vue des institutions publiques concernant les partenariats avec les acteurs privés **semblent similaires**. Des partenariats sont envisageables, voire nécessaires face au contexte actuel mais à condition de **respecter certains principes fondamentaux de santé publique et d'établir un cadre précis**. Ceci vaut essentiellement pour les laboratoires pharmaceutiques.

Partie IV : Discussion

I. La méthode

1. Biais de sélection

Les personnes interrogées dans le cadre de ce travail ont, d'une part, été choisies au préalable par l'enquêteur lui-même, d'autre part, toutes les personnes contactées n'ont pas accepté de répondre à l'enquête. Il est alors possible de faire l'hypothèse que cela ait pu orienter vers des enquêtés sensibilisés à la problématique, donc non représentatifs de la population cible. C'est ce qui est appelé biais de sélection. S'il est incontestable que les discours relevés soient très intéressants et riches d'informations pour l'étude, la **représentativité des données collectées est donc à nuancer**.

De plus, les participants de l'étude travaillent tous en prévention ou promotion de la santé. Même si cette population d'étude permet d'analyser en partie la place des acteurs privés de santé en promotion de la santé, il est possible que les discours collectés soient en partie « **formatés** », puisque tous collaborent, à leurs niveaux, aux actions de promotion de la santé au sein de leurs entreprises. Il en est de même avec les institutions publiques interrogées. Celles qui ont accepté de répondre à l'enquête sur les partenariats éventuels entre les acteurs privés et publics en promotion de la santé mènent d'ores et déjà des projets avec les acteurs privés. Elles sont alors déjà fortement sensibilisées à cette problématique.

Enfin, dans cette étude **l'échantillon de chaque type de population est trop restreint** pour être totalement **représentatif et généralisable** de la place des acteurs privés de santé en promotion de la santé et des partenariats avec les acteurs publics.

2. Biais d'information

Ce biais est lié à l'enquêteur lui-même. Même si l'enquête a été réalisée à partir d'une grille d'entretien préalablement conçue et validée, l'enquêteur a pu influencer les propos des participants dans le choix des questions posées. De plus, l'enquêteur a pu influencer les réponses des enquêtés dans sa manière qu'il a eu de s'exprimer à l'égard des participants lors des entretiens.

Également, il est possible que les participants de cette étude aient employé un **discours « conforme »**. C'est à dire qu'ils aient adopté, dans leurs réponses, un positionnement allant dans le sens de l'enquêteur de façon à « lui faire plaisir » (biais de désirabilité sociale).

3. Biais d'interprétation

Ce biais est corrélé à l'enquêteur lui-même. A l'occasion de l'analyse des discours recueillis, l'enquêteur a pu introduire un biais. Même s'il est de son devoir d'essayer d'être le **plus neutre et objectif possible**, l'enquêteur peut influencer les résultats d'analyse. Cela est la résultante de ses propres opinions, ses propres jugements. Quel que soit le type d'étude il existe toujours ce phénomène d'interprétation des résultats relatif à l'enquêteur.

L'analyse des résultats n'étant pas parfaitement objective, il nécessite que **les résultats révélés au cours de cette étude soient nuancés**.

II. Les résultats

Les résultats révélés dans l'analyse des entretiens sont pour certains ceux attendus. Ces derniers confirment des données de la littérature sur la place des acteurs privés de santé en promotion de la santé. En effet, certains résultats énoncés ne sont pas surprenants au vu des actualités et de la problématique de l'approche de promotion de la santé en elle-même. Tel est le cas notamment des laboratoires pharmaceutiques qui se positionnent en priorité sur des stratégies de développement économique. C'est également le cas des questions de la cible des actions, de l'évaluation de ces programmes ou encore des problématiques budgétaires.

A partir de la prise en compte de l'ensemble de ces limites du travail d'enquête ainsi décrites, il semble important de mettre en perspective les principaux résultats de ce travail et d'apporter une ouverture internationale.

Quels enseignements et quelles conclusions pouvons-nous établir à partir des discours collectés concernant la place actuelle des acteurs privés de santé en promotion de la santé en France ?

1. La promotion de la santé, équation complexe de principes et de valeurs

La promotion de la santé est une intervention complexe. Même si elle fait l'objet de définition, les périmètres de ce champ ne sont pas évidents en pratique.

En effet, les personnes interrogées semblent parfois mêler toutes ces approches de santé publique. C'est notamment le cas lorsque les industriels du médicament expliquent leurs projets en promotion de la santé: ils évoquent spontanément leurs actions en vaccination et dans la sensibilisation aux dépistages des cancers. Ces programmes se réfèrent à de la prévention médicale primaire et secondaire alors que la promotion de la santé fait intervenir d'autres champs que la médecine en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé. Ces industriels développent aussi beaucoup des programmes d'ETP qui sont liés à la stratégie « développement des aptitudes individuelles » de la promotion de la santé. Du côté des mutuelles, même s'il est également question de dépistage, cela est moins récurrent. Elles semblent mettre en place de réels programmes de promotion de la santé agissant sur différentes stratégies, comme la promotion de l'activité physique adaptée ou la sensibilisation à la qualité de l'air intérieur.

Les actions et les programmes décrits, pour la finalité de cette étude, sont considérés comme **des projets référant à la promotion de la santé alors que ce n'est pas toujours le cas ou qu'ils ne concernent qu'une** des stratégies de promotion de la santé.

Une clarification des concepts est donc nécessaire.

Il est alors difficile de pouvoir appréhender de manière complète et juste la place de ces acteurs en promotion de la santé si les approches sont appréciées de manière différente. L'absence d'appropriation, par tous, de la définition de promotion de la santé et les raccourcis qui sont parfois pris nuisent à la promotion de la santé.

De plus, la promotion de la santé, répond à un certain nombre de valeurs et de principes dictés dans la charte d'Ottawa (Annexe 2) : créer un milieu favorable au bien-être et à la santé, renforcer les actions et initiatives communautaires... L'ensemble de ces principes et valeurs est une équation complexe difficile à obtenir dans la réalité du terrain. Tel est le cas de

nombreux projets présentés dans cette étude. Cela concerne notamment la question relative aux destinataires de ces programmes. S'agit-il des adhérents, des malades ou du grand public ? En fonction des réponses et du positionnement de chacun cela répond de manière plus ou moins proche aux valeurs et principes de base de promotion de la santé.

Les choix concernant la stratégie en promotion de la santé, dictés pour la plupart par des raisons économiques, n'empêchent pas de considérer ces actions comme des actions de promotion de la santé.

2. Enjeux doubles au développement de la promotion de la santé, déontologie et déficit public

Les **enjeux**, bien que complexes, laissent apparaître deux principaux **enjeux majeurs** au développement de la promotion de la santé au sein des acteurs privés de santé :

- **Enjeu sociétal** : les acteurs privés ont pleinement **mesuré les enjeux à développer la promotion de la santé au vu du contexte économique et épidémiologique actuel**. L'ensemble de ces acteurs privés désire **se positionner comme acteur global de la santé** en collaborant notamment avec les pouvoirs publics dans les politiques de santé publique. Ces derniers souhaitent participer à l'amélioration de l'état de santé voire du bien-être des adhérents et des malades et même parfois s'adresser à la population générale. Dans le cas des mutuelles, elles veulent aussi pourvoir agir sur la réduction des dépenses de santé en France. Concernant les laboratoires pharmaceutiques, ils ont la volonté d'accompagner le patient dans sa maladie en travaillant en éducation thérapeutique. Cela permet notamment de réduire les accidents liés aux mauvais usages d'un médicament.

- **Enjeux propres à l'entreprise** : ces entreprises privées, actrices de santé, semblent faire de la promotion de la santé **un enjeu propre pour asseoir leur pérennité**. Dans le cas des mutuelles, l'enjeu de notoriété de la mutuelle au sein du marché des complémentaires santé ainsi que la recherche de fidélisation en font partie. Ce positionnement pourrait s'expliquer notamment par l'évolution actuelle du marché des complémentaires santé. Il est question également de « revendiquer » les valeurs du mouvement mutualiste auxquelles les mutuelles adhèrent en comparaison des sociétés commerciales d'assurance santé. Du côté des laboratoires pharmaceutiques, cela permettrait d'améliorer leur image qui a été affectée par les scandales médicamenteux du médiateur® en 2010 et des pilules contraceptives de troisième et quatrième génération en 2012. S'investir dans le champ de la promotion de la santé leur permettrait aussi d'avoir une vision plus globale de la santé et de pouvoir anticiper et agir en amont des problèmes de santé. Cela est nécessaire, puisqu'actuellement l'industrie du médicament semble devoir repenser son modèle économique face aux transformations de son environnement. Agir en santé publique et en promotion de la santé paraît être une des alternatives.

Cependant, la promotion de la santé développée au sein de ces structures ne permet pas de réels **retours sur investissement**. Alors bien qu'il y ait un **enjeu de « business »**, il ne peut pas à lui seul expliquer ces **engagements en promotion de la santé**.

Néanmoins, le **deuxième enjeu interroge**. Les pouvoirs publics interpellent sur la **finalité de ces projets** mis en œuvre. Ils peuvent se montrer **sceptiques et craintifs** quant aux aspects **éthique et déontologique** de ces projets. Cela semble encore plus marqué en direction des industries du médicament pouvant renvoyer une image négative.

Cette méfiance freine fortement les éventuels partenariats possibles privés-publics à mettre en place dans **le champ de la promotion de la santé**.

Pourtant aujourd'hui les pouvoirs publics et les autorités compétentes font **face à un tel déficit financier** qu'ils ne peuvent mener à bien des projets de promotion de la santé auprès des toutes les populations prioritaires et du grand public.

De plus, il semble difficile de savoir où placer le curseur de ce qui est considéré éthique et ce qui ne l'est pas. Les pouvoirs publics et les institutions publiques qui connaissent la technocratie, la bureaucratie et les enjeux de pouvoirs politiques ne semblent pas être les plus légitimes non plus pour évoquer l'éthique et la déontologie.

La question est alors : peut-on accepter que les motivations au développement de promotion de la santé, même si elle permet une amélioration de la santé et du bien-être de la population, soient en premier lieu des enjeux propres à la structure ?

La réponse, dans l'état actuel des choses, semble être positive tout en sachant la nécessité d'être vigilant pour ne pas être en contradictions avec les principes de promotion de la santé.

3. Vers un partenariat encadré en promotion de la santé en France

Au vu de ce qui a été décrit dans le précédent paragraphe, une évolution des pratiques d'intervention en promotion de la santé semble nécessaire en la faveur d'une **plus grande collaboration entre les acteurs privés et publics**.

a) Les difficultés des partenariats privés-publics en santé publique

Il est clair que des partenariats privés-publics, dans le champ de la promotion de la santé, peuvent engendrer des difficultés comme ce qui a été mentionné lors des entretiens. Ces freins à ces partenariats en santé publique sont retrouvés fréquemment et ce, pour plusieurs raisons :

- les institutions publiques et les entreprises privées de santé, à but lucratif ou non, n'ont pas les mêmes statuts et les mêmes missions. (68)
- les institutions publiques et les entreprises privées véhiculent différentes valeurs, leur éthique n'est pas la même. Elles ont des modalités opérationnelles distinctes ainsi que des compétences différentes. (68)

Ceci entraîne des difficultés pour les parties prenantes de ces partenariats à se comprendre, à s'accepter et alors à pouvoir travailler ensemble pour améliorer la santé et le bien-être des populations. Cette problématique, inhérente aux partenariats privés-publics, n'est évidemment pas spécifique à la santé publique. Ces partenariats, de façon générale, font l'objet d'un certain nombre de débats. (69)

De plus, chacune des parties prenantes aux partenariats en promotion de la santé exprime une vision négative de l'autre. D'une part, une revue systématique de la littérature réalisée en

2011 sur le développement des partenariats privés-publics en santé publique analysant 10 articles et basée sur des données qualitatives, (68) illustre comment le secteur public est suspicieux vis-à-vis du secteur privé dans ses motivations, ses méthodes en santé publique. D'autre part, cette même étude explique que les entreprises privées peuvent être soucieuses de la bureaucratie et de l'inefficience parfois présente dans le secteur public.

Pourtant, malgré cela, il semble important de pouvoir mutualiser les compétences pour œuvrer en promotion de la santé. La revue systémique de la littérature démontre que ces partenariats peuvent permettre de combler des vides laissés par les systèmes de santé du fait de leur manque de ressources en interne. Ce modèle de collaboration permet de promouvoir la santé en créant de l'innovation. (68) Les collaborations du secteur public avec le secteur privé peuvent être une nouvelle force vitale dans le soutien de l'éducation pour la santé. (70)

D'après une analyse de 2009 ayant mené des études de cas sur les partenariats privés en santé publique, abandonner la création de ces partenariats pouvant être bénéfiques pour la santé de la population n'est pas concevable. (71). La mise en place de ce type de partenariats est alors un challenge.

b) Les leviers à la mise en place de ces partenariats

Face à la difficulté de la conception et de la mise en œuvre de ces partenariats un certain nombre de leviers a été étudié pour faciliter le développement et l'efficacité de ces derniers.

Tout d'abord, la revue systémique de la littérature démontre qu'il semble primordial que chaque partie prenante apprenne à se connaître et surtout à reconnaître les compétences que chacune peut apporter en santé publique. (68)

Ces partenariats exigent également de façon systématique:

- la détermination d'objectifs et de valeurs communs et partagés par l'ensemble des parties prenantes
 - une communication accrue tout au long du processus
 - une grande transparence à toutes les étapes et sur tous les points du projet. (68)
- Cela signifie notamment que les intérêts de chacun doivent être clairement énoncés et affichés. (72)

Ce sont des principes fondamentaux à tous partenariats privés-publics. (68)

A l'heure actuelle, un certain nombre d'agences de santé internationales établissent des guides de bonnes pratiques pour faciliter les collaborations entre secteurs privé et public.(69) Par exemple, le "*Center for Disease Control and Prevention*" aux États-Unis a créé, en collaboration avec d'autres agences de santé, un guide sur « comment le secteur de la santé publique peut effectivement travailler avec le secteur privé » (73)

Les partenariats privés-publics en promotion de la santé, en France, sont alors **envisageables** au vu du contexte économique et épidémiologique et de leur utilité démontrée dans d'autres études.

Ces partenariats ne sont possibles que s'ils :

- **répondent aux principes fondamentaux** d'objectifs et valeurs communs des parties prenantes, de communication accrue et de transparence entre les acteurs
- **sont encadrés de manière bien précise**, comme mentionné lors des entretiens, et en s'appuyant notamment sur le modèle déjà mis en place concernant l'ETP.

Depuis 2009, l'ETP s'inscrit dans le parcours de soins du patient et, selon l'article L1161-4 du Code de la Santé publique (Annexe 3), les industries du médicament ne doivent pas s'adresser directement aux malades mais peuvent contribuer à des programmes d'ETP par des contributions financières. Il est aussi important de cadrer ces collaborations de manière à ce qu'il n'y ait pas de conflit d'intérêts. Ce positionnement est notamment celui partagé par Philippe Lecorps, psychologue et enseignant chercheur à l'École Nationale de Santé Publique de Rennes sur les questions de prévention, d'éducation pour la santé et plus largement d'éthique en santé publique : « L'entreprise ne doit pas être en position de décider du contenu du programme. En revanche, elle peut participer à son financement, à sa logistique et même à son évaluation. » (72)

Ces partenariats permettraient de **légitimer la place des acteurs privés de santé** dans le champ de la promotion de la santé et de **valoriser les actions** qu'ils mènent déjà, d'autant plus que ces derniers sont demandeurs de cette collaboration. De plus, dans le cadre de ces collaborations, il n'y a pas de concurrence entre les différentes parties prenantes puisque chaque acteur apporte différents types de ressources essentielles au projet mis en œuvre. (71)

Cela permet évidemment aussi de **palier les freins économiques** que peuvent rencontrer les institutions publiques.

Cela est en **cohérence avec** :

- **la nouvelle SNS** qui promeut la prévention et la promotion de la santé comme **approche prioritaire de santé** ainsi que la **collaboration interprofessionnelle dans le cadre du parcours de soins**.
- l'OMS qui, depuis 2005, a ajouté la **nécessité d'inclure le secteur privé** dans l'élaboration des politiques de santé. Lors de la 6^{ème} conférence internationale de promotion de la santé à Bangkok en 2005, l'OMS a encouragé la participation et la collaboration de tous les acteurs publics et privés pour développer au mieux la promotion de la santé. Cela répond aux changements engendrés par la mondialisation et qui ouvrent de nouvelles occasions de coopération pour améliorer la santé (74)

Chacun doit pouvoir apporter sa contribution si la finalité des projets de promotion de la santé est l'amélioration de la santé et du bien-être des bénéficiaires.

4. Exemple du Royaume-Uni

D'après la base de donnée « *Initiative on Public-Private Partnerships for Health of the Global Forum for Health Research* » il y aurait aujourd'hui 91 partenariats internationaux en santé entre le secteur privé et le secteur public. (69)

Dans d'autres pays ces partenariats existent déjà fréquemment, c'est notamment le cas au Royaume-Uni où s'est développé le « *joint working* ». Le « *joint working* » regroupe toutes les initiatives et projets de collaboration entre le système de santé anglo-saxon appelé NHS (*National Health System*) et les entreprises du médicament. Pour exemple, certaines entreprises développent avec la NHS des projets référant à :

- l'amélioration de la qualité de vie des patients souffrant d'arthrite
- le développement d'un outil pour mesurer l'impact sur la qualité de la vie des patients souffrant de mélanome avancé
- l'amélioration des résultats pour les patients atteints de cancer en soutenant les projets nationaux sur la recherche du cancer (75).

Si Outre-manche ces partenariats privés-publics sont autant développés cela peut s'expliquer en partie par la place qu'ils laissent à la promotion de la santé d'une manière générale dans le parcours de santé. Pour exemple, la NHS, a diffusé, en 2001, des recommandations, destinées aux services et centres de santé régionaux, afin d'améliorer l'intégration de l'activité physique comme option thérapeutique dans le système de santé. Ce texte détaille le parcours thérapeutique du patient, du diagnostic énoncé par le médecin aux conseils d'exercices adaptés, dispensés par un spécialiste en sciences de l'activité physique. Le rôle du médecin réside dans l'évaluation des besoins de la personne en exercice physique adapté et à l'orienter vers un service d'activité physique pour la prise en charge

Dans d'autres pays également des prémisses de partenariats voient le jour. C'est le cas notamment dans l'État de Géorgie aux États-Unis où une expérimentation a été réalisée. Les institutions publiques de santé et des structures privées ont mis en place un partenariat dans le but d'être en mesure de répondre à une éventuelle pandémie. Ils ont développé et testé des procédures de dispensation de médicaments. Toutes les parties prenantes ont été satisfaites de cette collaboration. (76) Au Pakistan, également un partenariat privé-public a été développé au niveau national. Le gouvernement, face au défi grandissant des maladies chroniques a établi un projet commun avec le secteur privé pour la prévention et le contrôle de ces pathologies. (77) Enfin, le gouvernement québécois a mis en œuvre une campagne de promotion de la santé à destination du grand public sur la thématique nutrition nommée Acti-Menu® en partenariat avec des acteurs publics, parapublics et privés. Il était indispensable pour ce dernier, afin de promouvoir un message de santé et de disposer d'une crédibilité auprès du grand public, de diversifier les expertises et les moyens grâce à la collaboration de plusieurs acteurs. (78)

En observant ce qui est développé à l'international et notamment au Royaume-Uni, où toutes les parties prenantes collaborent en promotion de la santé, **il est légitime de penser que dans les années à venir, il y aura une formalisation de ces partenariats privés-publics en France.**

CONCLUSION

La place des acteurs privés de santé en promotion de la santé aujourd'hui en France n'est pas facile à cerner et ceci pour plusieurs raisons :

- **Le contexte économique et épidémiologique** actuel français particulier qui a nécessité le réajustement et la réorganisation des politiques de santé ne permet pas encore à chaque acteur de santé de définir son rôle et ses missions en termes de santé publique et de promotion de la santé. La preuve en est : la nouvelle loi de santé publique se référant à la SNS n'a pas encore été débattue et déjà de nombreux mouvements de contestations ont été enregistrés.
- **L'appréhension des autorités publiques** à travailler avec ces acteurs privés de santé, qui pour assurer, leur pérennité font valoir leurs intérêts propres dans la mise en œuvre des projets de promotion de la santé.
- **La difficulté de la promotion de la santé**, dans ses modalités d'intervention et ses valeurs.

Pourtant ces acteurs semblent avoir pleinement **mesuré les enjeux épidémiologiques et économiques à s'investir en promotion de la santé**. Et, au vu la difficulté économique des institutions publiques et de la nouvelle SNS qui promeut la collaboration interprofessionnelle en santé, il est **logique d'envisager ces partenariats comme une solution efficace pour palier la réalité de terrain**. A condition toutefois, que ces partenariats soient **bien cadrés** pour s'assurer que l'objectif final des collaborations de promotion de la santé soit **éthique et moral**.

RÉFÉRENCES BIBLIORAPHIQUES

- (1) Fassin D. Faire de la santé publique. Rennes : ENSP ; 2005. [consulté le 23 Novembre 2014]
- (2) Winslow CEA. The evolution and significance of the modern public health campaign. New Haven : Yale University Press ; 1923. [consulté le 23 Novembre 2014]
- (3) WHO. Postgraduate education and training in public health: report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 25 April to 1 May 1973]. Geneva : WHO ; 1973. [consulté le 23 Novembre 2014]
- (4) Bourdillon F, Brücker G et Tabuteau D. Définition de la santé publique. In : Bourdillon F, Brücker G et Tabuteau D. Traité de santé publique. Paris: Flammarion Médecine-Science ; 2007. [consulté le 20 février 2015]
- (5) Nutbeam D Glossaire de la promotion de la santé. Genève : OMS; 1998 [consulté le 30 Novembre 2014]
- (6) San Marco JL. Définitions. In : Bourdillon F. Traité de prévention. Paris : Flammarion Médecine-Science ; 2009. [consulté le 20 février 2015]
- (7) Banque de Données en Santé Publique. (page consultée le 14/12/2015). Glossaire Européen en santé publique, [en ligne]. <http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>
- (8) Whitehead M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health. The lancet. 1991 ; (338) : 1059-1063. [consulté le 14 décembre 2014]
- (9) Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève ; 2009. Commandité par OMS. [consulté le 14 décembre 2014]
- (10) Tessier S. Les éducations en santé. Paris : Maloine ; 2012. [consulté le 15 février 2015]
- (11) World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older person. Kobe: WHO; 2004. [consulté le 20 février 2015]
- (12) Les facteurs d'évolution de la dépense publique en France : une rétrospective. Trésor éco. Décembre 2007 ; (26). [consulté le 14 décembre 2014]
- (13) Projet de loi de finance pour 2013 : Rapport sur la dépense publique et son évolution. Paris ; 2013. Commandité par le ministère de l'économie et des finances et le ministère délégué chargé du budget. [consulté le 14 décembre 2014]
- (14) IRDES. (page consultée le 14/12/2015) Données de cadrage : dépenses de santé, comptes de la santé 2013, [en ligne]. <http://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/depenses-de-sante/definitions-depenses-de-sante.html>
- (15) DRESS. Soixante années de dépenses de santé, une rétopolation des Comptes de

- santé de 1950 à 2010. Etudes et Résultats. Février 2013 ; (831). [consulté le 14 décembre 2014]
- (16) Rapport : Les comptes nationaux de la santé en 2012. Paris ; 2013. Commandité par le Ministère de l'Economie et des Finances, du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, du Ministère du Travail de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et de Dialogue Social. [consulté le 14 décembre 2014]
- (17) Lequoy JF. L'avenir des assurances de personnes ». Les Tribunes de la santé. Fév 2011 ; (31) : 39-47. [consulté le 2 mai 2014]
- (18) Sénat. (page consultée le 14/12/2015) Santé : qui doit payer ? Une contribution au débat sur les transferts de charges entre l'assurance maladie, les complémentaires et les ménages, [en ligne]. <http://www.senat.fr/rap/r07-385/r07-38513.html>
- (19) DRESS. Comptes nationaux de la santé 2012. Série statistiques. Septembre 2013; (185) [consulté le 20 février 2015]
- (20) Chambaud L. La santé publique face aux nouveaux défis en France. Santé, Société et Solidarité. 2008 ; 7 (2) : 91-96. [consulté le 2 mai 2014]
- (21) Sass C et al. Observance des conseils de prévention et de soins chez les populations vulnérables : l'expérience des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. Pratiques et Organisation des Soins. Fév 2011 ; 42 : 79-87. [consulté le 11 mai 2014]
- (22) Askenazy P et al. Pour un système de santé plus efficace. Notes du conseil d'analyse économique. Août 2013 ; (8) : 1-12. [consulté le 11 mai 2014]
- (23) Healthy life years in 2011. Eurostat News Releases. [en ligne]. Mar 2013, [consulté le 2 mai 2014]. Disponible sur internet : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-05032013-BP/EN/3-05032013-BP-EN.PDF>
- (24) Mackenbach JP et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. N Engl J Med. 2008 ; 358 (24) : 68-81. [consulté le 11 mai 2014]
- (25) Etienne JC, Corne C, rapporteurs au nom de la section des affaires sociales et de la santé. Les enjeux de la prévention en matière de santé : Avis du Conseil économique, social et environnemental. Journal officiel de la république française mandature 2010-2015. 14 Fév 2012 ; [consulté le 11 mai 2014]
- (26) Prieur C. Dépenses de santé. Pourquoi ne pas dire la vérité aux Français ? Les Tribunes de la santé. Janvier 2008 ; (18) : 95-104. [consulté le 2 mai 2014]
- (27) Pommier J, Ferron C. La promotion de la santé, enfin ? L'évolution du champ de l'éducation pour la santé au cours des dix dernières années. Santé Publique. 2013 ; (2 Suppl2) : 111-118. [consulté le 11 mai 2014]
- (28) Forichon E. Santé et précarité(s) : comment surmonter la socio parésie de la santé publique ? Empan. Avr 2005 ; (60) : 86-90. [consulté le 11 mai 2014]

- (29) Bourdillon F. Agences régionale de santé ; promotion, prévention et programmes de santé. Paris : éditions de l'INPES ; 2009. [consulté le 11 mai 2014]
- (30) Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé. [en ligne]. Sept 2013, [consulté le 2/05/14]. Disponible sur internet : <<http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>>
- (31) Le regard du Président de la Société Française de Santé Publique sur la Stratégie Nationale de Santé. Les échos de la FNES. Mar 2014 ; [consulté le 2 mai 2014]
- (32) Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Loi de santé. [en ligne] [consulté le 26/12/14]. Disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/151014_-_Dossier_de_Presse_-_Loi_de_sante.pdf
- (33) O'Neill M, Perderson A, Roman I. La promotion de la santé au Canada : Déclin ou mutation ? Rupture, revue transdisciplinaire en santé. 2001; 7 (2) : 50-59. [consulté le 26/12/14].
- (34) Malherbe D. L'éthique dans le management des entreprises mutualistes: questions de gouvernance et de légitimité. Management et Avenir. Juin 2008 ; (20) : 147-178. [consulté le 11 mai 2014]
- (35) Caniard É (président de la fédération de la Mutualité française). L'identité mutualiste en assurance santé : un objectif de solidarité menacé par une concurrence exacerbée. Revue du MAUSS. Jan 2013 ; (41) : 40-152. [consulté le 24 mai 2014]
- (36) La Mutualité Française. (page consultée le 24/05/14). Des mutuelles, des unions, une Fédération, [en ligne]. <http://www.mutualite.fr/La-Mutualite-Francaise/Un-mouvement-democratique/Organisation/Des-mutuelles-des-unions-une-Federation>
- (37) Tabuteau D. L'assurance Maladie dans la tourmente économique et politique (2007-2011). Les Tribunes de la santé. Mar 2011 ; (32) : 77-88. [consulté le 2 mai 2014]
- (38) Tabuteau D. La métamorphose silencieuse des assurances maladie. Droit social. Jan 2010 ; [consulté le 2 mai 2014]
- (39) Code de la sécurité Sociale : Article L. 182-3. [consulté le 11 mai 2014]
- (40) Code de la sécurité sociale : Article L. 162-14-3. [consulté le 11 mai 2014]
- (41) Réinventer la protection sociale du travailleur indépendant. [Dossier de presse]. Régime Social Des Indépendant. 2008 ; [consulté le 11 mai 2014]
- (42) Souchet JL. Le mouvement mutualiste dans les évolutions du système de protection sociale français. Vie sociale. Avr 2008 ; (4) : 103-121. [consulté le 24 mai 2014]
- (43) La Mutualité Française. (page consultée le 24/05/14). Valeurs et principes, [en ligne]. <http://www.mutualite.fr/La-Mutualite-Francaise/Des-vraies-mutuelles/Valeurs-et-principes>
- (44) Breneol C. La place des mutuelles dans la démarche de prévention et de promotion de la santé réalisée auprès des entreprises. [Mémoire professionnel, master Pilotage des Politiques et des Actions en Santé Publique]. Rennes : École des hautes Études en Santé

- Publique; 2010. [consulté le 1 juin 2014]
- (45) Demeulemeester R. En France, l'éducation pour la santé marque le pas. Cause ou conséquence d'un sous-investissement politique ? Santé Publique. 2013 ; (2 Suppl 2) : 93-99. [consulté le 11 mai 2014]
- (46) Noé C et al. Quelle place pour les mutuelles dans la prévention. [Module interprofessionnel de Santé Publique]. Rennes : École des hautes Études en Santé Publique; 2007. [consulté le 1 juin 2014]
- (47) La Mutualité Française. (page consultée le 24/05/14). La prévention et la promotion de la santé, [en ligne]. <http://www.mutualite.fr/La-Mutualite-Francaise/Des-vraies-mutuelles/Quatre-metiers/La-prevention-et-la-promotion-de-la-sante>
- (48) La Mutualité Française. La mutualité en chiffres. Jan 2014 ; [consulté le 24 mai 2014]
- (49) Lagrange S. La promotion de la santé et ses facettes au sein de Macif-Mutualité. [Mémoire professionnel, master Promotion de la Santé et Développement Social]. Bordeaux : Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement ; 2014. [consulté le 20 février 2015]
- (50) Insee. Nomenclatures : Section C Division 21 ; 2008. [consultée le 28 février 2015].
- (51) Santé Médecine. (page consultée le 30/11/2014). Industrie pharmaceutique définition, [en ligne]. <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/20613-industrie-pharmaceutique-definition>
- (52) LEEM. (page consultée le 30/11/2014). L'économie du médicament, [en ligne]. <http://www.leem.org/article/marche-mondial-0>
- (53) Communication de la Commission Européenne. Synthèse du rapport d'enquête sur le secteur pharmaceutique. Bruxelles ; 10 Décembre 2008. [consultée le 14 décembre 2014].
- (54) Les entreprises du médicament en France. Bilan Economique. Paris ; 2014. [consultée le 28 février 2015].
- (55) L'industrie pharmaceutique se réinvente: Comment les laboratoires pharmaceutiques ont-ils amorcé la mutation de leurs modèles économiques pour faire face à l'évolution de leur environnement et de leurs marchés ? Communiqué de presse Alcimed. Paris ; 26 juin 2012. [consultée le 14/12/2014].
- (56) Les entreprises du médicament en France. Bilan Economique. Paris ; 2013. [consultée le 14 décembre 2014].
- (57) Meteos. Pharma Futures 4. Shared Value: Rebuilding Pharma's Contract with Society. Oxford ; 2008. consultée le 28 février 2015].
- (58) LEEM. (page consultée le 30/11/2014). Les plans de santé publique favorisent-ils la recherche et le progrès thérapeutique ? [en ligne]. <http://www.leem.org/article/les-plans-de-sante-publique-favorisent-ils-recherche-progres-therapeutique-0>

- (59) Pierre Fabre. (page consultée le 14/12/2014). Acteur de Santé Publique, [en ligne]. <http://www.pierre-fabre.com/fr/acteur-de-sante-publique>.
- (60) Kadris. (page consultée le 14/12/2014). Industrie pharmaceutique, [en ligne]. <http://www.kadris.fr/clients/industrie-pharmaceutique/>
- (61) Rapport : Le pharmacien et la santé publique en France. Paris ; octobre 2005. Commandité par l'Académie nationale de Pharmacie et le Ministre de la Santé et des Solidarités [consulté le 28 février 2015]
- (62) Peter C and al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 2008. [consulté le 12 février 2015]
- (63) Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. 3ème édition. Paris : Armand Colin ; 18 novembre 2009. [consulté le 15 février 2015]
- (64) Marshall C and Rossman GB. Designing Qualitative Research. 4ème édition. Thousands Oaks : Sage Publication ; 2006. [consulté le 15 février 2015]
- (65) Blanchet A et al. Les techniques d'enquête en sciences sociales. observer, interviewer, questionner. Paris : Dunod; 2005. [consulté le 15 février 2015]
- (66) Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. Paris : Nathan ; 1996. [consulté le 15 février 2015]
- (67) Blanchet A et Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Nathan. p94-98. [consulté le 15 février 2015]
- (68) De Pinho Campos K, Norman CD, Jadad AR. Product development public-private partnerships for public health: a systematic review using qualitative data. Soc Sci Med. October 2011;73 (7) : 986-94. [consulté le 4 mars 2015]
- (69) Nishtar S. Public - private 'partnerships' in health - a global call to action. Health Res Policy Syst. 28 juillet 2004 ; 2 (1) : 5. [consulté le 4 mars 2015]
- (70) Pearson CE. Health promotion and health education: the emerging role of the private sector. Hygie. Juin 1988 ; 7 (2) : 20-2. [consulté le 4 mars 2015]
- (71) McDonnell S et al. The private partners of public health: public-private alliances for public good. Prev Chronic Dis. Avril 2009; 6 (2): A69. [consulté le 4 mars 2015]
- (72) Carnets de santé (page consultée le 4/03/2015). Entretien de Philippe Lecorps, Psychologue de formation, enseignant chercheur à l'École nationale de santé publique de Rennes sur les questions de prévention d'éducation pour la santé et plus largement d'éthique en santé publique, par Serge Cannasse en septembre 2008. [en ligne]. <http://www.carnetsdesante.fr/Lecorps-Philippe>
- (73) Majestic E. Public health's inconvenient truth: the need to create partnerships with the private, for-profit sector. Prev Chronic Dis. 2009; 6(2). [consulté le 4 mars 2015]

- (74) Tang KC et al. Policy and partnership for health promotion-addressing the determinants of health. Bulletin of the World Health Organization. Décembre 2005; 83 (12). [consulté le 21 février 2015]
- (75) Roche. (page consultée le 21/02/2015). Joint Working between Roche and the NHS [en ligne]. <http://www.roche.co.uk/home/corporate-responsibility/patients/joint-working.htm>
- (76) Buehler JW et al. Business and public health collaboration for emergency preparedness in Georgia: a case study. BMC Public Health. 2006; 6: 285. [consulté le 21 février 2015]
- (77) National Action Plan for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases and Health Promotion in Pakistan. Islamabad, Pakistan: National Action Plan for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases and Health Promotion in Pakistan. Mai 2004. [consulté le 4 mars 2015]
- (78) Renaud L et al. Gestion complexe des partenariats lors d'une campagne de promotion de la santé. Santé publique. Mars 2009 ; 21 : 112. [consulté le 4 mars 2015]

ANNEXES

- 1) Les neuf grandes fonctions de la santé publique, selon l'OMS
- 2) La charte d'Ottawa
- 3) Articles L1161-1 et L1161-4 du Code de la Santé Publique
- 4) Exemples de complémentaires santé
- 5) Grille d'entretien pour les acteurs privés de santé
- 6) Grille d'entretien pour les institutions publiques
- 7) Exemple de tableau d'analyse

Annexe 1 : Les neuf grandes fonctions de la santé publique, selon l'OMS

- 1) Contrôle de la situation sanitaire
 - Évaluer l'état de santé d'un pays en continu pour suivre l'évolution de la morbidité et mortalité
 - Identifier menaces existantes et potentielles
 - Évaluations périodiques des besoins des services de Santé
- 2) Surveillance épidémiologique
 - Surveiller pour être capable de réagir rapidement pour maîtriser les menaces, les problèmes, les flambées de maladies
 - Maladies transmissibles
 - Maladies non transmissibles
 - Traumatismes
 - Expositions aux agents de l'environnement
- 3) Elaboration de politiques et planification en matière de Santé Publique
 - Élaborer des politiques et des lois pour encadrer l'exercice de la Santé Publique pour:
 - Améliorer l'état de Santé et la qualité de vie
 - Réduire les inégalités de Santé
 - Sauvegarder la santé de la population
 - Alléger la charge des maladies
 - Élaborer des plans pour promouvoir et protéger la Santé publique
- 4) Gestion stratégique des systèmes et services de santé pour améliorer la Santé
 - Promouvoir l'accès effectif de tous aux prestations dont ils ont besoin
 - Chercher moyens de réduire inégalités d'utilisation des services de Santé
- 5) Règlements et mesures coercitives pour protéger la Santé Publique
- 6) Développement et planification des ressources humaines dans le domaine de la Santé Publique
- 7) Promotion de la Santé participation et droit de regard des citoyens
 - Contribuer à améliorer la capacité et les aptitudes de la population en Santé
 - Créer des environnements propices aux comportements favorables à la Santé
 - Donner aux citoyens les moyens de changer les modes de vie et de participer dans le changement de normes sociales pour certains comportements
- 8) Assurance de la qualité des services de santé
- 9) Recherche, développement et mise en œuvre de solutions en matière de Santé Publique
 - Elabore un programme de recherches et trouver financements

Annexe 2 : La Charte d'Ottawa



CHARTRE d' OTTAWA

pour la PROMOTION de la SANTÉ

Texte intégral

OMS - Organisation mondiale de la santé - 1986

La première Conférence internationale pour la **promotion de la santé**, réunie à Ottawa le 21 novembre 1986, émet la présente **CHARTRE pour l'action**, visant la **Santé pour tous d'ici l'an 2000** et au-delà. Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La Conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la **Déclaration d'Alma Ata** sur les soins primaires, au document "**Les buts de la Santé pour tous**", et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION de la SANTÉ

La promotion de la santé est le **processus** qui confère aux populations les moyens d'assurer un **plus grand contrôle** sur leur propre **santé**, et **d'améliorer** celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "**santé**" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut

- d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et,
- d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour **viser le bien-être**.

CONDITIONS PRÉALABLES à la SANTÉ

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

PROMOUVOIR l'IDÉE

Une **bonne santé est une ressource majeure** pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. **Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé**. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la **promotion** des idées.

CONFÉRER les MOYENS

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et **d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités** pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

SERVIR de MÉDIATEUR

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, **la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants** : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la **médiation** entre les intérêts divergents, en faveur de la santé. Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTE SIGNIFIE QUE L'ON DOIT :

ELABORER une POLITIQUE PUBLIQUE SAINTE

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des **responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard**.

Une **politique de promotion de la santé** combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : **la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels**. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants

La **politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles** gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, **ainsi que la détermination des solutions**. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

CRÉER des MILIEUX FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on **ne peut séparer la santé des autres objectifs**. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une **approche socio-écologique de la santé**. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la **conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale**.

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé, et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement est indispensable; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCER l'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

ACQUÉRIR des APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

RÉORIENTER les SERVICES de SANTÉ

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelles. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

ENTRER dans L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé;

L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux.

L'ENGAGEMENT FACE à la PROMOTION de la SANTE

Les participants de cette conférence s'engagent :

- à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs;
 - à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements;
 - à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés;
 - à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porteur de parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
 - à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même;
 - à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.
- Les participants de la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

APPEL pour une ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation Mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé.

Les participants de la Conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.

Annexe 3 :

Articles L1161-1 et L1161-4 du Code de la Santé Publique

Article L1161-1

Créé par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 84](#)

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

Article L1161-4 du Code de la Santé Publique

Article L1161-4

Créé par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 84](#)

Les programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3 ne peuvent être ni élaborés ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des entreprises proposant des prestations en lien avec la santé. Toutefois, ces entreprises et ces personnes peuvent prendre part aux actions ou programmes mentionnés aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, notamment pour leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations mentionnées à l'article [L. 1114-1](#) élaborent et mettent en œuvre ces programmes ou actions.

Annexe 4 : Exemples de complémentaires santé

Les institutions de prévoyance

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DU PERSONNEL NON CADRE DE LA SOCIÉTÉ C.S.F. FRANCE

La prévoyance d'entreprise
Reconnue d'efficacité collective

CTIP
CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

Groupe APICIL

PREVOYANCE Ré
À l'écoute de votre développement

- Vos avantages
- Votre pilotage
- Nos compétences
- Votre développement
- Actualité
- Vos contacts

Les Mutuelles

MGEN
Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

MGEFI
Mutuelle et Prévoyance des Étudiants

meilleure-mutuelle.fr
mieux se soigner au meilleur prix

MACIF

LMDE
SANTÉ DES ÉTUDIANTS
SÉCU • MUTUELLE • PRÉVENTION

MUTUALITÉ FRANÇAISE

Les sociétés d'assurances

april santé
Complémentaire Santé et Coaching

Prendre soin de sa santé
Des programmes de coaching
Des ateliers et des conférences
Un conseiller santé à votre disposition

MAAF ASSURANCES

gan ASSURANCES
C'est avec l'esprit libre qu'on avance

Groupama

S'assurer
Composez votre Complémentaire santé et ne payez plus pour des garanties inutilisées. Inclut un forfait diabétologie.

www.april-sante.fr

Annexe 5 : Grille d'entretien pour les acteurs privés de santé

I. Point de vue général sur le rôle de X

- 1) Selon vous quel rôle a X sur la santé de la population de manière générale ?
- 2) Selon vous quelle articulation X doit-il avoir avec les politiques de santé publique ?
- 3) Selon vous quel positionnement X doit-il prendre face aux actions de promotion de la santé ?
(développer davantage, être plus visible, travailler en partenariat)

II. Les intérêts et les apports de la promotion de la santé par X

- 1) D'après vous quels sont intérêts pour X à développer de la promotion de la santé ? stratégie valorisante ? retour sur investissement ?
- 2) Selon vous à qui doivent être destinées ces actions de promotion de la santé développées ? Aux malades ? à l'ensemble de la population ?
- 3) Selon vous comment doivent être développées ces actions ? liées à une offre particulière ? via des partenariats ?
- 4) D'après vous quels sont les bénéfices de vos actions pour la population ?
- 5) Selon vous est ce que la mise en œuvre de ces actions répond à des demandes et des besoins de la population ?

III. Freins et leviers à la promotion de la santé au sein de Macif-Mutualité

- 1) D'après vous quels sont les freins éventuels au développement et à la mise en œuvre des actions de promotion de la santé ?
- 2) Auriez-vous des pistes d'amélioration à proposer pour développer davantage ces actions de promotion de la santé ?
- 3) D'après vous est ce que la promotion de la santé au sein de X est amenée à évoluer ?

Annexe 6 : Grille d'entretien pour institutions publiques

I. Les intérêts et les apports de partenariat en de la promotion de la santé

- 1) Selon vous quelle articulation X peut-il avoir ou a avec les acteurs privés ?
- 2) Selon vous, quels sont les objectifs, les intérêts à développer des partenariats entre institutions publiques et le privé en promotion de la santé ?
- 3) Selon vous à qui doivent être destinées ces actions de promotion de la santé développées ? Aux malades ? à l'ensemble de la population ?

II. Freins aux partenariats en promotion de la santé

- 1) D'après vous quels sont les freins éventuels au développement et à la mise en œuvre des partenariats en promotion de la santé ?

III. Leviers aux partenariats en promotion de la santé

- 1) D'après vous quels sont les leviers éventuels à ces partenariats
- 2) D'après vous est ce que les partenariats en promotion de la santé sont amenés à évoluer ?

Annexe 7 : Exemple de tableau d'analyse

Les intérêts et les apports de la promotion de la santé			
Sous thèmes	Discours des enquêtés		
	Chargée de prévention	Vice-Président d'une mutuelle
Intérêts sociétaux	<i>« L'objectif c'est bien sûr le bien vivre de nos adhérents »</i>	<i>« L'objectif c'est d'améliorer la santé des adhérents »</i>	
Intérêts propres	<i>« C'est un objectif d'image »</i>	<i>« Nous essayons dans tous les cas d'avoir un positionnement qui soit différenciant à la fois pour l'adhérent et pour le prospect. »</i>	
Destinataires	<i>« Il faut faire les deux. Bien sur en direction de nos adhérents car on peut même estimer qu'ils cotisent en partie pour ça donc on a vraiment une mission auprès de nos adhérents. (...)Je pense qu'on a toute légitimité à s'adresser aussi au grand public »</i>	<i>« L'objectif c'est de le faire évidemment pour nos adhérents mais aussi pour le grand public »</i>	
.....			

RÉSUMÉ

En France, la place de la promotion de la santé a été renforcée dans la dernière Stratégie Nationale de Santé présentée fin 2013 même si aujourd'hui elle reste balbutiante. De multiples acteurs interviennent dans ce champ, mais leurs missions et limites d'intervention en promotion de la santé ne sont pas clairement établies. Notre objectif était donc de décrire la place des acteurs privés de santé dans la promotion de la santé en France aujourd'hui.

Une enquête qualitative basée sur dix entretiens semi-directifs auprès d'acteurs privés travaillant au sein de mutuelles de santé et de laboratoires pharmaceutiques ainsi qu'auprès d'institutions publiques a été menée en 2014.

L'analyse des résultats met en lumière une réelle difficulté pour les acteurs privés de se positionner comme acteur de promotion de la santé face notamment aux appréhensions des pouvoirs publics à leurs égards. Pourtant, ces acteurs privés ont bien saisi l'importance de s'investir dans le champ de la promotion de la santé, que ce soit en termes d'intérêts sociétaux ou d'intérêts propres à leur modèle économique. Face à la réalité économique des institutions publiques françaises, des partenariats privés publics bien encadrés semblent envisageables au service de la santé publique.

Au vu des résultats de cette étude, un regard est porté vers les expériences et les pratiques internationales. Au Royaume-Uni, pays où la promotion de la santé est bien intégrée dans le parcours de santé, des partenariats entre le système de santé et les acteurs privés de santé sont déjà formalisés et mis en œuvre.

MOTS CLÉS : Promotion de la santé – Santé publique - Prévention – Mutuelles – Laboratoires pharmaceutiques- Partenariat privé-public

SERMENT DE GALIEN

En présence de mes maîtres et de mes condisciples, **je jure** :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si je manque à mes engagements.

RÉSUMÉ

En France, la place de la promotion de la santé a été renforcée dans la dernière Stratégie Nationale de Santé présentée fin 2013 même si aujourd'hui elle reste balbutiante. De multiples acteurs interviennent dans ce champ, mais leurs missions et limites d'intervention en promotion de la santé ne sont pas clairement établies. Notre objectif était donc de décrire la place des acteurs privés de santé dans la promotion de la santé en France aujourd'hui.

Une enquête qualitative basée sur dix entretiens semi-directifs auprès d'acteurs privés travaillant au sein de mutuelles de santé et de laboratoires pharmaceutiques ainsi qu'auprès d'institutions publiques a été menée en 2014.

L'analyse des résultats met en lumière une réelle difficulté pour les acteurs privés de se positionner comme acteur de promotion de la santé face notamment aux appréhensions des pouvoirs publics à leurs égards. Pourtant, ces acteurs privés ont bien saisi l'importance de s'investir dans le champ de la promotion de la santé, que ce soit en termes d'intérêts sociétaux ou d'intérêts propres à leur modèle économique. Face à la réalité économique des institutions publiques françaises, des partenariats privés publics bien encadrés semblent envisageables au service de la santé publique.

Au vu des résultats de cette étude, un regard est porté vers les expériences et les pratiques internationales. Au Royaume-Uni, pays où la promotion de la santé est bien intégrée dans le parcours de santé, des partenariats entre le système de santé et les acteurs privés de santé sont déjà formalisés et mis en œuvre.

MOTS CLÉS : Promotion de la santé – Santé publique – Prévention – Mutuelles – Laboratoires pharmaceutiques- Partenariat privé-public