

POLITIQUES DE SANTERififi dans la nutrition,
p. 2**DROITS SOCIAUX**Deux géants face à
face, p. 4**SOCIETE**L'allaitement recule,
p. 5**SOINS**Prescription
d'antibiotiques : la
France en mauvaise
position, p.6**EXPERIMENTATION**La e-santé au service
de la santé mentale,
p. 8

Fil Santé # 1

La fabrique des politiques de santé

JANVIER 2018

Stratégie nationale de santé : démocratie sanitaire ou démocratie politique ?

Publiée officiellement par décret le 29 décembre 2017¹, la Stratégie nationale de santé (SNS) qui définit les principales orientations de la politique de santé pour la durée du quinquennat est maintenant publique.

Cette stratégie est construite autour de quatre axes majeurs, qui se déclinent en 43 objectifs :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie,
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé,
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population,
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

Un cinquième volet de la SNS détermine les priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent, et du jeune. La Stratégie nationale de santé comprend enfin des dispositions spécifiques à la Corse et à l'Outremer.

Simple catalogue de bonnes intentions ou véritable document d'orientation stratégique, chacun pourra se faire une opinion. La concertation autour de ce texte a été menée au pas de charge, la mise en ligne sur internet ayant été officiellement ouverte du 7 au 25 novembre. Dans son avis rendu le 23 novembre dernier, la Conférence nationale de santé soulignait l'intérêt et l'ambition du projet, tout en s'interrogeant, à juste titre, sur sa faisabilité, la SNS ne comportant aucun engagement financier. Le grand nombre d'objectifs affiché pose également question.

En mars 2002, lors de l'adoption de la loi sur les droits des usagers (dite loi « Kouchner »), une consultation annuelle du Parlement sur les orientations de la politique de santé était prévue³. Cette disposition n'a jamais vu le jour, et a été abolie.

Un grand absent dans le processus de concertation, le Parlement ! Le décret² qui encadre les conditions d'élaboration de la politique de santé, édicté par le précédent gouvernement, ne prévoit en effet aucune consultation de la représentation nationale. Une anomalie qui mériterait d'être corrigée à l'occasion du travail de modernisation des travaux de l'Assemblée nationale, entrepris à l'initiative de son Président, François de Rugy, député de Loire-Atlantique.

Maintenant que le cadre est fixé, l'important... c'est la suite, et la manière dont ces multiples objectifs vont être mis en œuvre concrètement sur le terrain. A la barre, le nouveau Directeur

général de la santé, le Pr Jérôme Salomon, qui a pris ses fonctions début 2018. Successivement conseiller technique de Mme Gillot, secrétaire d'état à la santé (1999), de Bernard Kouchner (2001-2002), et de Marisol Touraine (2013-2015), Jérôme Salomon était le conseiller santé d'Emmanuel Macron pendant la campagne présidentielle ! Ce professeur de santé publique a maintenant la lourde tâche d'élaborer le Plan national de santé publique annoncé par la ministre, le Pr Agnès Buzyn. Ce plan doit en effet décliner les 43 objectifs de la Stratégie nationale de santé (SNS), tout en tenant compte de la trentaine de plans de santé publique en cours d'exécution, recensés par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). La SNS va également se déployer dans les régions à travers les Projets régionaux de santé (PRS) sous la responsabilité des Agences régionales de santé (ARS).

Rendez-vous dans Fil Santé, au cours des prochains mois, pour en suivre le déroulé !

1- [Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017](#), 2-[Décret n° 2016-1621 du 30 novembre 2016](#), 3-[Article L1411-1 \(code de la santé publique, mars 2002\)](#).

Rififi dans la nutrition !

Au début des années 2000, lors du lancement du premier Programme national nutrition santé (PNNS), la France faisait figure de pionnier. Dix-sept années et trois PNNS plus tard, où en est-on ?

Promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière sont les deux premiers objectifs de la toute nouvelle Stratégie nationale de santé (SNS), publiée en décembre dernier (voir page 1). De nombreux travaux scientifiques ont en effet mis en évidence le rôle de la nutrition, aussi bien comme facteur de protection que comme facteur de risque, pour de nombreuses maladies chroniques dont les maladies cardiovasculaires et les cancers, les deux premières causes de mortalité en France. Notre pays s'est donc lancé, au début des années 2000, dans un ambitieux programme visant à promouvoir une alimentation saine et à développer l'activité physique, le PNNS (programme national nutrition santé). A l'origine, différents promoteurs dont un groupe de nutritionnistes (diététiciens, médecins, chercheurs, acteurs de terrain...) réunis dans les années 1980 au sein du Groupe de recherche en éducation nutritionnelle (GREEN).

Des rapports d'évaluation très critiques

Le premier PNNS a vu le jour en 2001, pour cinq ans. Deux autres PNNS se sont ensuite succédé, en 2006-2010 (PNNS2), et 2011-2015 (PNNS3). Le [rapport d'évaluation](#) de ces deux programmes, transmis par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en juillet 2016, n'a été rendu public qu'en septembre 2017. Très critique, ce rapport souligne les lacunes du pilotage, tout en remettant en cause ses orientations stratégiques. Cette mise en cause n'a pas été du goût de certains initiateurs du PNNS, et en particulier de François Baudier, président de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES), qui a tenu un propos musclé et argumenté dans un [point de vue](#) paru sur le site de la Société française de santé publique en novembre dernier. Pour ce spécialiste de santé publique très impliqué dans le pilotage du PNNS, l'échec relatif du PNNS est plutôt imputable au « puissant lobbying déployé par l'agroalimentaire contre toutes les mesures contraignantes susceptibles d'être votées par le Parlement ». François Baudier met également en avant la coopération toute relative avec le ministère de l'agriculture... qui a conduit de son côté son propre Plan national alimentation (PNA) concurrent direct du PNNS. Le contenu des campagnes de promotion du PNNS « manger cinq fruits et légumes par jour » a également été mis en cause, à cause de leur caractère culpabilisant.



Nutriscore, une utilisation encore confidentielle.

Pour François Baudier, la montée en puissance du discours écologique, la valorisation du bio et des circuits courts constituaient une occasion « en or » de promouvoir des approches novatrices sur ces sujets, en utilisant des leviers puisés dans notre patrimoine culturel.

Enfin, dans ce combat très inégal avec l'industrie agro-alimentaire, les moyens mobilisés n'étaient sans doute pas à la hauteur des objectifs poursuivis.

Les premiers pas du Nutriscore

Les promoteurs du PNNS ont pourtant quelques réussites à leur actif, avec l'adoption d'un étiquetage nutritionnel, « [Nutriscore](#) », basé sur un code couleur simple à comprendre, du rouge pour les aliments les moins conseillés, au vert pour ceux qui ont la meilleure qualité nutritionnelle. Le nouvel étiquetage est maintenant opérationnel, avec, pour le moment, un seul industriel utilisant cet étiquetage pour certains de ses articles, le charcutier vendéen « Fleury- Michon ». Mais cet étiquetage est facultatif, toute évolution dans ce domaine nécessitant une réglementation européenne. Or, il est difficile d'imaginer un consensus au niveau européen autour de ces questions, tant le lobbying des entreprises agro-alimentaires est puissant.

D'autant que les adversaires de Nutriscore ne restent pas inactifs : un étiquetage concurrent est apparu, celui de l'association bleu-blanc-cœur, accompagné d'une publicité de 16 pages dans le premier quotidien régional Ouest-France... Sans oublier les initiatives des grands groupes mondialisés qui préparent eux aussi leur propre étiquetage... Le combat pour la nutrition ne fait que commencer !

Et si on dépénalisait la consommation de cannabis !

Face à l'inefficacité des politiques répressives qui ne parviennent pas à contenir l'augmentation régulière de la consommation de drogues, de nombreux pays font évoluer leur législation (Canada, Californie...). En France, alors que la consommation de cannabis est toujours considérée comme un délit, les jeunes de 16 ans consomment plus souvent du cannabis que les autres Européens du même âge.

En octobre dernier, des chercheurs de [l'Office français des drogues et des toxicomanies](#) (OFDT) et de l'Institut national des hautes études pour la sécurité et la justice (INHESJ) ont présenté les résultats de l'étude [Cannalex](#), afin d'analyser les conséquences de la dépénalisation du cannabis en Uruguay et dans les états du Colorado et de Washington. Premier constat, dans les états concernés, **en facilitant l'accès à ces produits, la consommation de cannabis augmente de manière très sensible**, + 45 % notamment dans l'Etat du Colorado. Les conséquences ne sont pas négligeables sur le plan des recours aux soins, avec une hausse importante des cas d'hospitalisation liés à des intoxications cannabiques présumées dans les deux états nord-américains. On note également une augmentation de la conduite automobile sous usage de cannabis.

Les bénéfices en termes de sécurité publique ne semblent pas évidents. A côté du marché légal, subsiste en effet des marchés parallèles qui proposent des produits plus dangereux que les produits autorisés ce qui ne diminue en rien l'activité des réseaux criminels. La légalisation du cannabis a cependant permis de réorienter une partie de l'activité des forces de l'ordre et des magistrats, dans un contexte où les infractions pour usage de cannabis représentaient plus de la moitié des interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants. Reste la dimension économique qui n'est pas absente des débats. L'ouverture de ce marché, selon des conditions propres à chacun de ces territoires, génère en effet une activité économique importante... et de nouvelles recettes pour les états.

En France, pendant ce temps, l'Assemblée nationale a missionné deux parlementaires sur l'opportunité de recourir à la procédure de l'amende forfaitaire délictuelle pour sanctionner l'infraction d'usage illicite de stupéfiants. Leur [rapport](#) a été remis fin janvier. Jusqu'à présent, l'objectif principal semble être d'alléger l'activité des services de police et des tribunaux, les questions de santé publique étant relativement absentes des débats.

VACCINATION

Problème industriel ou de santé publique ?

Depuis le 1er janvier, la liste des vaccins obligatoires pour les nouveau-nés est passée de trois à onze. Ce qui suscite de nombreux débats sur l'opportunité de cette décision.

Malgré des débats sur la présence d'aluminium dans certains vaccins, ou sur l'existence de conflits d'intérêt en son sein, la communauté scientifique dans son ensemble considère que la balance bénéfiques/risques des vaccins est positive. En revanche, une majorité de français exprime une confiance modérée vis-à-vis des vaccins (une des plus faibles au monde).

L'enjeu des controverses porte principalement sur deux points : l'efficacité de l'obligation sur le taux de vaccination et la légitimité de l'Etat à protéger et contraindre le corps des citoyens.

Certains, les moins nombreux, craignent que l'injonction étatique ne soit contreproductive en suscitant résistance, méfiance et l'affirmation d'autonomie de patients soucieux de liberté individuelle. Ainsi la composante universitaire de la Médecine générale représentée par le Collège National des Généralistes Enseignants milite pour gagner l'adhésion vaccinale par les explications données et la confiance instaurée entre médecins et patients. De ce côté se retrouvent ceux qui défendent la prééminence du principe bioéthique de consentement libre et éclairé, porteur de dignité humaine, contrarié par l'ordre juridique protecteur de l'individu et de la collectivité. A l'inverse, d'autres estiment que la vaccination n'est pas un choix

personnel mais une mesure de protection de la population qui justifie l'intervention quasi régalienne de l'Etat. Face à ces questions complexes, la [concertation citoyenne](#) réunie à ce sujet en 2016 avait, elle-même, eu du mal à trancher, recommandant une obligation transitoire.

Mais le but concret de la mesure semble loin de ces considérations de philosophie politique. Suite à des recours déposés par des groupes de parents, le [Conseil d'Etat](#) (février 2017) a en effet imposé au gouvernement que les trois obligations vaccinales pour les enfants puissent être satisfaites sans que les parents soient contraints de soumettre leur enfant à d'autres vaccinations que celles imposées par le législateur.

En effet, actuellement, les trois vaccins obligatoires (DTP-diphtérie, tétanos et poliomyélite) sont regroupés dans la même seringue, avec d'autres vaccins. L'impossibilité pour l'industrie de mettre au point ce seul DTP dans des délais très courts a conduit à la décision d'obligation généralisée, pour lever la distinction équivoque entre vaccins obligatoires ou recommandés.

Sans être optimale la couverture vaccinale n'était pas mauvaise avant l'obligation. La réaction des parents et les moyens de contrôle à mettre en œuvre détermineront l'impact incertain de cette mesure.

En quelques mois, le paysage de l'assurance maladie a été profondément bouleversé. D'un côté la Caisse nationale d'assurance maladie étend ses prérogatives dans le cadre de l'intégration progressive du régime social des indépendants (RSI) et du régime étudiant. De l'autre, un géant de l'assurance complémentaire voit le jour suite au rapprochement de la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) et d'Harmonie mutuelle.

PROTECTION SOCIALE

Deux géants face à face !

Certaines réorganisations administratives font beaucoup de bruits, d'autres sont beaucoup plus silencieuses. Ainsi, ni la disparition du Régime social des indépendants et du régime étudiant, ni la constitution du groupe VYV n'ont fait la une des journaux. Ces changements concernent pourtant plus de 20 millions de français.

Depuis le 1er janvier 2018, le Régime social des indépendants (RSI), institué par Nicolas Sarkozy en 2004, n'existe plus. Le régime particulier des étudiants va également se fondre progressivement au sein du régime général. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) qui avait déjà une place prépondérante dans la gestion de l'assurance maladie obligatoire assure dorénavant la couverture sociale de plus de 95 % de la population française, les autres assurés relevant essentiellement du régime agricole.

Pendant ce temps, le premier acteur de l'assurance santé complémentaire vient de voir le jour, par regroupement de la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), du groupe Harmonie, de la mutuelle territoriale, et de la mutuelle du ministère de l'économie et des finances (MGEFI). Le groupe VYV, qui couvre 10 millions de personnes est également gestionnaire d'établissements : centres médicaux et dentaires, pharmacies mutualistes et établissements de santé. Par ailleurs le groupe est présent dans le champ de la prévoyance avec 680 00 entreprises adhérentes.

Une vieille rivalité oppose les mutuelles et l'assurance maladie obligatoire

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, les mutuelles ont perdu la gestion de l'assurance maladie obligatoire, qui était éclatée depuis la création des assurances sociales (1930) entre plusieurs centaines de caisses syndicales, mutualistes, religieuses ou patronales, au profit de la sécurité sociale. La mutualité a toutefois préservé cette activité dans la fonction publique, avec la création des grandes mutuelles de fonctionnaires (MGEN...). Depuis, une vieille rivalité oppose la CNAM et les organismes mutualistes.

En apparence, ces deux géants ont peu de points communs. Le régime général est en effet en situation de monopole alors que le groupe VYV doit affronter la concurrence des assurances privées. Autre distinction majeure, l'assurance maladie obligatoire propose un service universel, avec une cotisation unique pour les assurés sociaux, alors que les tarifs et le contenu des contrats proposés par les complémentaires sont variables. Ainsi, les contrats à destination des retraités ou des travailleurs indépendants sont proposés à des tarifs deux fois plus élevés que dans les contrats collectifs négociés avec les entreprises.



Nicolas Revel, directeur général de la CNAM

Au-delà de ces différences, les deux groupes sont en réalité présents à la fois sur le marché de l'assurance maladie obligatoire et sur celui des complémentaires. Depuis l'instauration de la Couverture maladie universelle (CMU), la CPAM peut se comporter en effet comme une complémentaire pour les assurés sociaux qui relèvent de ce dispositif, les assurés sociaux n'ayant alors qu'un seul interlocuteur pour leurs remboursements. Cette situation est également généralisée pour les assurés sociaux du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de Moselle, qui disposent d'un régime particulier depuis 1930, et qui n'ont pas besoin de souscrire une complémentaire.

Quant au groupe VYV, son activité principale est bien sur l'assurance complémentaire et la prévoyance. Mais, le groupe est également présent dans l'assurance maladie obligatoire, par délégation, pour les mutuelles de fonctionnaire (MGEN en particulier).

Les deux géants n'ont évidemment pas les mêmes contraintes de gestion. Les mutuelles étant soumises à une forte concurrence des assurances privées, notamment en matière de contrats de prévoyance en entreprise, disposent d'un réseau commercial étendu et coûteux. Les [coûts de gestion](#) représentent entre 20 et 25 % des montants remboursés pour les complémentaires (2014) contre 5 % environ pour l'assurance maladie obligatoire. Or, le gouvernement envisage d'améliorer la couverture sociale en matière de soins dentaires et d'optique. Qui va supporter le financement de ce nouveau panier de biens et services, l'assurance maladie obligatoire ou les complémentaires ?

Allaitement : le recul se confirme

La France fait partie des pays qui ont le plus bas taux d'allaitement en Europe. Selon la dernière enquête périnatale (2016), le mouvement de recul s'amplifie.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'ensemble des sociétés savantes et de professionnels de la petite enfance préconisent l'allaitement maternel comme mode optimal d'alimentation jusqu'à l'âge de six mois. Cette recommandation est loin d'être suivie en France : selon [l'enquête périnatale](#) (2016), lors du séjour à la maternité la proportion de nourrissons alimentés exclusivement au lait maternel est passée de 60% à 52% entre 2010 et 2016. L'allaitement mixte a lui aussi baissé, mais de manière moins sensible, la proportion d'enfants nourris au moins partiellement au lait maternel passant de 68,7% à 66,7% au cours de la période 2010-2016.

Ces indicateurs sont les plus bas en [Europe](#) avec ceux de l'Irlande et de l'Ecosse, et ils ne donnent qu'un aperçu - partiel de la réalité de l'allaitement maternel. Ainsi, la [durée médiane d'allaitement](#) (2014) est de 105 jours en France (24 jours pour les allaitements exclusifs), très inférieure à celles d'autres pays européens, en particulier des pays scandinaves qui autorisent un congé post natal prolongé.

Dans notre pays, l'allaitement a connu une désaffection progressive à partir du milieu du 20ème siècle, avec une proportion de 37% d'enfants allaités en maternité en 1972. Puis le mouvement s'est inversé jusqu'en 2010. Le recul observé depuis est un constat d'échec pour le Programme national nutrition-santé (PNNS) 2011-2015 qui prévoyait une augmentation de 15% pendant ces 5 années.

Ce désintérêt relatif pour l'allaitement maternel interroge. [Des déterminants sociaux et culturels](#) influencent les pratiques d'allaitement qui sont plus fréquentes parmi les mères de haut niveau d'études et occupant une position élevée dans la hiérarchie sociale, ou parmi celles qui sont plus âgées. Les mères primipares, ou celles qui sont étrangères sont également plus nombreuses à pratiquer l'allaitement. Dans la mesure où ces comportements sont profondément ancrés dans l'identité sociale et culturelle des mères, tout en étant également influencés par les conditions d'existence, comme la durée du congé post natal par exemple, les campagnes d'information et d'éducation en santé qui s'adressent à toutes les mères en général n'ont qu'une faible efficacité.

12 % des victimes de viol ou de tentatives de viol portent plainte

Les questions de harcèlement sexuel qui se sont récemment invitées dans l'agenda médiatique et politique ont mis en lumière des faits de violences, envers les femmes principalement mais pas seulement, longtemps contenus ou cachés socialement. Or des données régulièrement recueillies en France permettent d'approcher l'importance de ces réalités.

Ainsi, l'enquête « [cadre de vie et sécurité](#) », qui recueille chaque année l'opinion des français à propos des faits de délinquance, comporte un volet relatif aux violences sexuelles (viol, tentative de viol, attouchements sexuels...). L'enquête distingue les agressions ayant eu lieu à l'extérieur du ménage, et celles qui ont lieu au sein du ménage.

Entre 2012 et 2016, 0,4 % des personnes âgées de 18 à 75 ans (soit environ 158 000 personnes) ont déclaré, en moyenne chaque année, avoir été victimes de violences sexuelles de la part d'une personne **ne vivant pas dans le ménage**. Environ 15 % ont subi une tentative de viol. La majorité des victimes ont déjà parlé à des amis ou des proches des violences sexuelles qu'elles ont subies (63 %) mais une victime sur cinq a déclaré s'être confiée pour la première fois au cours de l'enquête. En ce qui concerne les violences **à l'intérieur du ménage**, le nombre de personnes victimes de violences sexuelles serait

compris entre 60 et 80 mille chaque année. Ces chiffres sont toutefois de simples estimations, ces résultats étant fortement influencés par la formulation des questions. Dans ce type d'enquête, une proportion non négligeable de personnes refusent d'ailleurs de répondre aux questions relatives aux violences physiques/sexuelles subies, ou décident d'interrompre l'enquête.

La loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 avait prévu le lancement d'un plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives, mais le volet relatif aux conduites violentes n'a jamais vu le jour !

L'enquête « **Cadre de vie et sécurité** » est conduite depuis 2007 par l'Insee et le ministère de l'intérieur pour évaluer, chaque année, la fréquence des faits de délinquance, et du sentiment d'insécurité tels qu'ils sont perçus par la population. Les résultats ci-dessus proviennent de la dernière investigation effectuée en 2016, auprès d'un échantillon représentatif d'environ 16 000 ménages. A propos des violences sexuelles, les personnes ont répondu à la question : « Vous est-il arrivé qu'une personne vous impose des attouchements sexuels ou un rapport sexuel non désiré, ou qu'elle tente de le faire en utilisant la violence, les menaces, la contrainte ou la surprise ? ».

6 Prescription d'antibiotiques : la France en mauvaise position

Les rapports se suivent et se ressemblent : la France fait partie des mauvais élèves en Europe en matière de prescription d'antibiotiques. Selon l'Agence du médicament (ANSM), l'objectif d'une baisse de 25 % de l'utilisation des antibiotiques, fixé par le [Plan national 2011-2016 d'alerte sur les antibiotiques](#) ne sera pas atteint.

En France, le taux de recours aux antibiotiques est supérieur de près de 50 % par rapport à la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), selon le dernier [panorama de la santé](#) 2017 de cet organisme. Notre pays est le deuxième pays le plus prescripteur après la Grèce ! Un constat particulièrement préoccupant compte-tenu du lien entre le volume d'antibiotiques prescrits et le développement des souches bactériennes résistantes.

De son côté, l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament), dans son [rapport](#) sur la consommation des antibiotiques en France en 2016, souligne une progression de la consommation des antibiotiques en ville, déjà observée en 2010. Ainsi, l'objectif d'une baisse de 25 % de l'utilisation des antibiotiques, fixé par le Plan national 2011-2016 d'alerte sur les antibiotiques (le 3è,

après ceux de 2001-2005 et 2007-2010) ne sera pas atteint.

A l'initiative du ministère chargé de la Santé, une réflexion a été lancée pour préparer la prochaine campagne de communication sur l'antibiorésistance, prévue fin 2018. Dans ce domaine, la communication se heurte au même écueil que celle sur les vaccins ou les génériques : une méfiance de plus en plus marquée du public pour la parole des experts en général, et celle des institutions en particulier.

Un grand absent dans le bilan de l'agence du médicament : les données régionales. Les pratiques de prescription sont pourtant fortement variables selon les territoires, aussi bien en secteur libéral qu'en milieu hospitalier, comme en témoigne la [plaquette](#) publiée par l'assurance maladie et les agences sanitaires.

Les mutuelles proposent, à leur tour, des consultations médicales en ligne

Alors que la France manque de médecins généralistes en cabinet, les consultations en ligne semblent rencontrer un certain succès, aussi bien du côté des utilisateurs que des professionnels...

270 millions de consultations et visites de généralistes sont remboursées chaque année par l'assurance maladie. Mais les professionnels de premier recours ne sont plus assez nombreux pour répondre à la demande de soins, et la prise de rendez-vous devient compliquée. De nouveaux acteurs investissent ce marché en proposant des consultations médicales en ligne, en dehors du système tarifaire de l'assurance maladie. Les consultations médicales à distance relèvent de la télémédecine et sont réglementées par le Code de la Santé Publique, qui impose un cadre juridique contraignant, dont un processus de contractualisation avec une Agence Régionale de Santé (ARS).

L'assureur privé Axa a été le premier à s'engouffrer dans ce marché (2016) : le patient (assuré chez Axa) peut appeler au téléphone un médecin 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, qui établit un diagnostic. Le médecin a également la possibilité de rédiger une ordonnance et de la transmettre au pharmacien (le service ne comprend pas la délivrance de certificats médicaux ou d'arrêts de travail). 10 000 consultations téléphoniques ont été réalisées depuis le lancement de ce service et l'offre s'élargit maintenant aux autres spécialistes.

Le groupe mutualiste VYV (page 4) vient à son tour de se lancer dans ce marché en acquérant la start-up « MesDocteurs.com » qui a constitué un réseau de consultation médicale en ligne assuré par plusieurs centaines de généralistes et spécialistes. Selon l'urgence, l'accès à un médecin s'opère en direct par tchat, par téléphone, en visio ou par mail. 70 000 internautes se seraient déjà rendus sur la plate-forme en 2017, trois fois plus qu'en 2016. La start-up se rémunère par une commission sur le service et les publicités des annonceurs. Le groupe mutualiste va proposer cette offre aux adhérents d'Harmonie Mutuelle début 2018, puis l'étendre ensuite progressivement à l'ensemble du groupe. Ainsi se met en place un système parallèle au médecin traitant et au parcours de soins... qui constituent pourtant le credo des soins de premiers recours depuis une dizaine d'années.

EN BREF

Le CISS est devenu [France assos](#)

Vous ne connaissez pas encore France Assos Santé ? Le nom du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) actif pendant plus de 20 ans pour promouvoir les droits des usagers vous est peut-être plus familier ?

France Assos Santé est en réalité le nom choisi par l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, instituée par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, en remplacement du CISS.

L'Union regroupe 77 associations nationales militant pour les droits des patients/usagers, réunissant plusieurs centaines de milliers d'adhérents sur l'ensemble du territoire. Maladies rares ou maladies chroniques, liées au travail et à l'environnement, ces associations sont présentes dans tous les secteurs de la santé. Elles interviennent à la fois pour défendre les **droits individuels** au sein des commissions d'usagers des établissements de santé.

Les associations militent également au sein des multiples instances consultatives créées au sein du système de santé ([Conférences de santé](#)) et disposent d'une représentation dans les conseils d'administration des agences nationales de santé publique ou de sécurité sanitaire.

La vaccination en pharmacie contre la grippe rencontre un grand succès

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 ayant autorisé la conduite d'expérimentations relatives à la vaccination contre la grippe saisonnière par les pharmaciens d'officine, l'expérimentation est entrée dans une phase opérationnelle. Depuis octobre 2017, près de 3 000 pharmaciens des régions Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine ont démarré cette expérimentation pour une durée de trois ans. L'objectif est d'améliorer la couverture vaccinale. Dans la région Rhône-Alpes Auvergne, près de 100 000 vaccinations avaient déjà été réalisées début 2018, 64 % des pharmacies ayant accepté de participer à cette action expérimentale.

Cette expérimentation ne fait cependant pas que des heureux. L'immixtion d'une nouvelle profession dans une activité qui relève habituellement des généralistes et des infirmiers suscite en effet certaines oppositions.

LES MOTS POUR LE DIRE

◆... *Les pouvoirs publics ont su bâtir une doctrine et une organisation en matière de sécurité sanitaire, toujours à refaire certes, mais au fond assez robuste. Cet effort n'a jamais été mené à son terme dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé...*

[Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé - HCAAM - juin 2017.](#)

COUP DE CŒUR

Les milles et une vies des urgences en BD !

Vous avez aimé « Alors voilà » le célèbre blog de Baptiste Beaulieu, interne en médecine générale, qui a été édité en 2013. Vous allez adorer le fruit de la rencontre entre l'auteur (devenu médecin généraliste) et Dominique Mermoux, dessinateur de BD, qui proposent une version illustrée des aventures de B. Beaulieu aux urgences.

Les deux auteurs nous font ainsi découvrir, avec beaucoup d'humour mais aussi avec gravité, le fonctionnement des services d'urgences, réceptacle des dys-fonctionnements du système de soins.

FIL SANTE

[votre avis nous intéresse](#)

- Fil Santé # est une publication de l'association « **La santé à voix haute** », créée en 2016, à Nantes, afin de favoriser le débat public relatif aux politiques de santé.
- Ont contribué à ce **numéro** : Pr Jean-Paul Canevet, Dr Daniel Coutant, Anne Le Pennec, François Tuffreau. Directeur de publication : François Tuffreau
- FIL SANTE est **financé** par les adhérents de l'association.
- Nous avons besoin de vos avis et remarques à propos de notre publication. [Donnez votre avis sur Fil Santé #](#), en vous connectant sur notre site internet. Profitez-en pour nous communiquer vos **suggestions** d'articles.
- **Pour s'abonner**, communiquez vos coordonnées : contact@lasanteavoixhaute.fr

CAFE SANTE

L'association La santé à voix haute organise régulièrement des [Cafés Santé #](#), dans des lieux de convivialité, pour échanger autour d'une thématique de santé.

Thématiques 2018 :

- Va-t-on manquer de médecins ?
- Seniors : tout le monde leur veut du bien !
- Démocratie sanitaire : un vain mot ?
- E-santé : pour y comprendre quelque chose.
- Et si on libéralisait le cannabis !

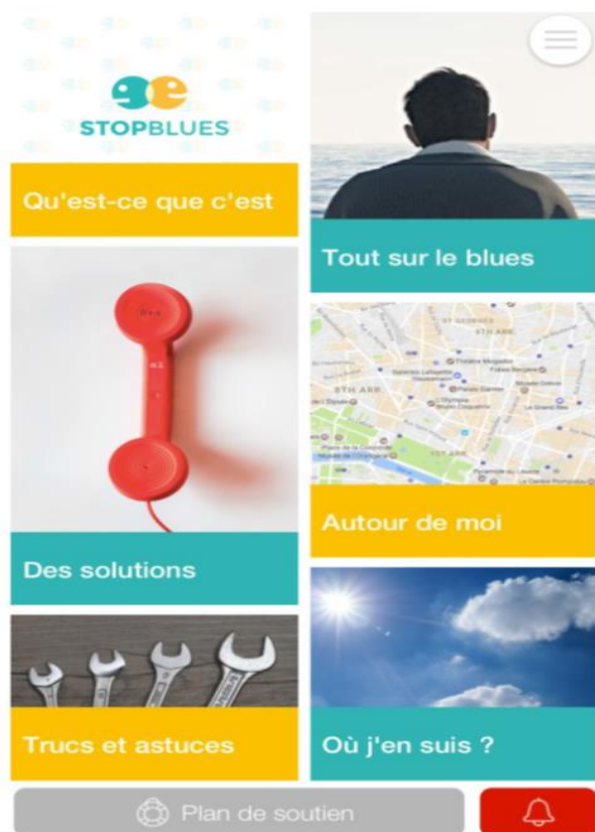
Avec plus de 10 000 suicides par an (chiffre sous-estimé selon l'INSERM) et 200 000 tentatives, la France est l'un des pays d'Europe de l'Ouest les plus touchés par le suicide. Toutes les classes d'âge sont concernées, mais les suicides sont plus fréquents chez les personnes âgées. La mortalité masculine est nettement plus élevée que la mortalité féminine.

EXPERIMENTATION

Généralistes et villes au service de la santé mentale, grâce à la e-santé

Vous ne connaissez pas encore STOP BLUES ? Il ne s'agit pas d'un groupe de rock des années 1960 mais d'un outil numérique de prévention de la détresse psychologique. Ce programme va être expérimenté par l'INSERM pendant 18 mois dans une quarantaine de villes en France.

Programme de Recherche INTerventionnelle et Evaluative (PRINTEMPS) est le nom de ce programme expérimental de prévention primaire du suicide en population générale. L'objectif est de mettre à disposition des personnes en souffrance psychologique des outils numériques qui leur permettent de mieux identifier leurs symptômes et les aident à rechercher des solutions pour faciliter leur prise en charge.



L'appliquatif pour smartphone et le site internet, conçu par l'INSERM, propose quizz et vidéos, pour aider à reconnaître les signes du trouble ou de la maladie, à en rechercher les causes, mais aussi pour lutter contre la stigmatisation. Ses différents contenus ont été élaborés à l'aide d'une revue de la littérature et de focus groupes.

Les internautes ont également la possibilité de créer leur propre espace privé, dans lequel une auto évaluation leur est proposée à l'aide de tests.

Dans chaque zone étudiée, une cartographie des solutions existantes au plan local a été élaborée en collaboration avec les services municipaux et les professionnels de santé du territoire. Ce recensement des ressources locales comprend les coordonnées de professionnels de santé, généralistes, services de psychiatrie, psychologues... mais propose également des activités d'accompagnement contribuant au bien-être.

Une **quarantaine de villes** ou groupements de communes (en zone dense mais aussi en milieu rural) ont rejoint l'expérimentation, selon trois cas de figure différents. 14 communes composent le groupe témoin, dans lequel aucune action publique de promotion de l'action n'est prévue. Les 28 autres villes expérimentales vont engager des actions de promotion, la moitié en impliquant les généralistes, et l'autre moitié sans les associer. L'objectif est ainsi de chercher à mesurer dans quelle mesure l'action publique et l'implication directe des généralistes renforcent ou non l'efficacité de l'action.

L'action **démarrée en février 2018** va durer 18 mois pendant lesquels des données seront collectées pour évaluer le projet. La fréquence des actes suicidaires sera ainsi mesurée pour savoir si cette action a effectivement un impact sur les actes les plus extrêmes. Les chercheurs vont également recenser les actions des municipalités qui s'impliquent dans l'animation du projet. L'intensité de la participation au site internet permettra de mesurer les barrières éventuelles à son utilisation, notamment par croisement avec les données individuelles anonymes recueillies dans les espaces privés (niveau de douleur psychologique, risque suicidaire, qualité de vie liée à la santé, recours aux soins et à l'aide informelle). Des enquêtes seront également effectuées auprès des médecins généralistes pour évaluer l'impact de cette action.

Rendez-vous en... 2020 pour les premiers résultats.

Contact : printemps@urc-eco