

Les politiques de santé menées depuis 20 ans

À partir des années 1990, les politiques de santé vont être structurées par la définition d'objectifs de santé publique quantifiés et accompagnés d'indicateurs, la mise en œuvre de plans d'actions nationaux et régionaux et le rôle des usagers dans ce qui a été nommé la démocratie sanitaire.

1994 : La santé en France, rapport du Haut Comité de la santé publique

Bernadette Roussille
Inspectrice générale
des Affaires
sociales honoraire,
rapporteur général
du Haut Comité de
la santé publique
de 1992 à 1994

Installé en début 1992, le Haut Comité de la santé publique (HCSP) inscrivit très vite à son agenda la publication d'un rapport, en principe annuel, « *comportant des indicateurs comparatifs et régulièrement suivis, de même que des analyses globales et prospectives sur des problèmes de santé publique* », qui lui était assignée par son décret fondateur.

Le contexte était porteur et très propice à l'innovation conceptuelle. Depuis l'apparition du VIH, le modèle sur lequel fonctionnait le système sanitaire de notre pays était bousculé : l'essentiel des espoirs et des ressources étaient orientés vers la biologie et la clinique ; le progrès médical, y compris dans son volet préventif que constituaient les vaccinations, semblait le vecteur privilégié de l'amélioration de la santé des Français ; l'espérance de vie ne cessait de progresser et de plus en plus de maladies se guérissaient. Avec le sida, transmissible et alors incurable, et son corollaire, le « scandale » du sang contaminé, avec, un peu plus tard, en 1986, l'impact – incomplètement étouffé – de l'accident de Tchernobyl, avec le scandale, rampant, de l'amiante, apparurent des menaces qui ne pouvaient être

combattues dans le cadre du modèle biomédical curatif. Leur « traitement » relevait bien davantage de l'approche populationnelle (et non plus seulement individuelle), des études épidémiologiques, de la surveillance, de l'alerte, et surtout de la prévention et de l'éducation à la santé.

De son côté, le succès même de la médecine avait ouvert un nouveau champ qui, d'une certaine manière, en contestait la prééminence. La transition épidémiologique, avec la « pandémie des maladies chroniques », poussait au développement de modes d'intervention plus « doux » : la rééducation, la réadaptation, le soulagement de la douleur, l'éducation thérapeutique, la prise en charge médico-sociale. L'antonyme de la santé n'était plus seulement la maladie, mais plutôt l'incapacité.

Cette « nouvelle santé publique » fit éclore des acteurs différents (agences de toutes sortes, fonctionnelles ou thématiques, associations de patients, mobilisation des médias...) et ouvrit davantage la porte aux instances internationales (ainsi l'OMS et le concept de promotion de la santé). Le HCSP lui-même en fut un des produits. Sa composition était novatrice car, contrairement aux différentes commissions auxquelles il se substituait,

très influencées par les cliniciens et les professeurs de médecine, le HCSP comprenait sociologues, médecins généralistes, médecins libéraux, chercheurs, économistes et des professionnels ayant une expérience internationale.

Une approche et un mode de travail novateurs

Lorsque je suis sollicité à l'Igas en 1993 pour être rapporteur général de ce rapport, j'ai par ailleurs des missions qui me plongent au cœur de ces changements : je travaille pour le réseau national de santé publique qui deviendra l'InVS et crée un centre pour accueillir en ville les malades du sida. Je me lance avec enthousiasme dans cette nouvelle aventure, avec une vision de la santé définie non pas simplement comme « *silence des organes* » ou « *absence de maladie* » mais conçue plutôt comme une ressource, « *un état physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé* » (selon le biologiste René Dubos). La santé est une notion objectivable certes par des indicateurs, mais avant tout tributaire de représentations sociales et de perceptions où le qualitatif est essentiel. Le propos sera de faire un bilan des forces et des faiblesses de l'état de santé en France, sur la base de comparaisons dans l'espace (utilisation de données internationales) et dans le temps (en se basant sur les dix dernières années, soit 1980/1991). L'approche sera populationnelle et non individuelle, sociale autant que médicale.

Le travail est organisé sur la base de huit groupes présidés par des membres du HCSP. Les approches classiques sont représentées par ceux qui traitent :

- de la durée de la vie ;
- des grandes pathologies ;
- de l'information sur la santé.

Ils s'articulent avec des groupes dont les champs sont plus nouveaux :

- la qualité de la santé ;
- la santé, une pluralité d'acteurs, de savoirs et de pratiques ;
- les déterminants de la santé (et pas seulement de la maladie) ;
- les aspects économiques (la santé, une ressource et pas seulement une dépense) ;
- les objectifs de la politique de santé.

Avec un recul de vingt ans, le rapport apparaît comme innovant et fondateur. Il reste cependant marqué par son époque.

Son intérêt majeur est sans doute de légitimer un modèle, inspiré de nombreux travaux anglo-saxons et canadiens notamment, repris par le Pr Grémy, qui présentent l'état de santé de la population comme un *continuum* qui, de la naissance à la mort, se caractérise par des passages de la bonne santé à l'incapacité, et pour finir à la mort. La santé de la population est figurée par trois courbes qu'il s'agit d'allonger et de rapprocher : la courbe de survie (qui se confond avec la durée de la

vie), la courbe de la survie sans incapacité et celle de la survie en bonne santé. Un des enjeux majeurs est que les années de vie supplémentaires gagnées ne soient pas des années de maladies ou de handicaps.

Ce rapport introduit dans la culture officielle de santé publique des concepts jusqu'alors familiers aux milieux internationaux et aux chercheurs, mais non « laïcisés » :

- la surmortalité prématurée et évitable (évitable par la réduction des risques individuels – ex. tabac, alcool, accidents de la route ou de la vie domestique – et aussi par le système de soins – dépistage, vaccinations...) renverse le jugement, complaisamment positif, régulièrement porté jusque-là sur l'espérance de vie élevée des Français. Un des effets positifs du rapport est d'alerter pour la première fois sur la situation préoccupante de la France en matière de surmortalité prématurée et d'« *années potentielles de vie perdue* ». Depuis, cet indicateur est soigneusement suivi ;

- l'incapacité, le handicap et la dépendance, et non plus seulement la déficience, qui acquièrent pleinement leur droit de cité dans le champ de la santé publique ;

- au-delà des maladies psychiatriques, des suicides et de diverses formes de violence intrafamiliale, le rapport alerte sur le « *mal-être psychologie et social* », le stress et la souffrance au travail, considérés comme des facteurs de vulnérabilité.

L'approche populationnelle du rapport met en exergue :

- le fait que les déterminants de la santé sont avant tout sociaux, économiques et culturels : niveau de vie (économie et éducation), conditions de vie (logement, travail, environnement physique et social), styles de vie (comportements à risque) et cohésion sociale. Plus influents que les facteurs biologiques ou le système de soins (important au début et à la fin de la vie et dans les épisodes de maladie, mais sans influence sur l'incidence des maladies). La santé d'une population se construit sur du long terme et les politiques « sociales » jouent un rôle plus important que le système de soins. Celui-ci peut même devenir contre-productif, multipliant les effets iatrogènes et nuisant au développement d'autres fonctions collectives qui sont plus déterminantes ;

- l'importance du gradient social. Qu'il s'agisse de l'espérance de vie, des incapacités et handicaps, mais aussi des comportements à risque et de la consommation médicale, les écarts suivent les catégories socio-professionnelles mais aussi – sans que, à l'époque, les sciences sociales fournissent des données solides – le niveau d'intégration sociale et culturelle.

Enfin, la grande nouveauté du rapport est la présentation d'objectifs de santé publique (en l'espèce à l'horizon 2000), quantifiés et accompagnés d'indicateurs, avec des recommandations sur les déterminants et les mesures à prendre. Vingt et une priorités sont retenues, dont les handicaps et dépendances, la douleur, l'accès aux soins et la prévention, les maladies iatrogènes, thèmes qui, à époque s'imposaient moins qu'aujourd'hui.

Le rapport porte la marque de son temps, un temps où la place des usagers était moins développée qu'au-

jour d'hui. Plus de 110 experts ont participé aux réunions des groupes thématiques. Et environ 200 experts ou professionnels ont été consultés au titre de l'enquête Delphi pour définir les priorités et les objectifs. Mais, depuis vingt ans, la consultation des professionnels et des usagers (totalement absents du rapport de 1994) s'est considérablement développée et perfectionnée (conférences nationales et régionales de santé, droits des usagers et droits des malades en 2002...). Cela a permis d'aboutir à la loi de santé publique du 9 août 2004, à l'élaboration de plans thématiques nationaux et régionaux, et de nouvelles stratégies de campagnes d'éducation à la santé.

Il me semble aussi que le rapport est traversé par un certain idéalisme sur l'évitabilité et notamment la possibilité d'agir par l'éducation à la santé sur les comportements à risque. Aujourd'hui, l'accent aurait été mis davantage sur les facteurs de protection – à côté des facteurs de risque –, et sur le rôle des environnements matériels et sociaux favorables à la santé. La connaissance des déterminants a en effet progressé¹ et

la promotion de la santé telle que définie par la charte d'Ottawa est devenue la référence incontournable².

Mais il est frappant de relever que, malgré les bouleversements immenses qui sont intervenus dans les déterminants – environnementaux, économiques, sociaux, culturels (Internet, réseaux sociaux) –, malgré les crises sanitaires (vache folle, canicule, gripes, Médiateur...), malgré les changements institutionnels (création des agences ARH et ARS...), les constats, les mises en garde et les préconisations du rapport de 1994 restent d'actualité : l'équilibre fragile des forces et des faiblesses, l'importance du gradient social et de la cohésion sociale, les travers de la surmédicalisation, les cloisonnements du système de santé et les déficits de la régulation. Les avancées sont considérables, en revanche, sur le « droit de cité » de la santé publique que le rapport appelait de ses vœux et sur la démocratie sanitaire. ?

1. Les déterminants sociaux de la santé. Rapport OMS Europe 2004.
2. Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. OMS 2010.

1994-1998 : un nouveau pilotage régional de santé

René Demeulemeester
Médecin
de santé publique
Françoise Jabot
École des hautes
études de santé
publique

Les années 1994-1998 ont vu expérimenter puis généraliser deux pratiques inédites au niveau régional en France : le débat public sur les priorités de santé et la programmation régionale des actions de santé. Le rapport du Haut Comité de la santé publique de 1994 mettait en évidence les inégalités régionales de santé et l'importance de la mortalité prématurée évitable, notamment liée aux comportements. D'où la nécessité d'un lieu de concertation régional entre « décideurs » (environnement favorable à la santé), institutions et professionnels de la santé et du social (adaptation des prestations et des services) et usagers/citoyens (engagement social et comportements favorables à la santé). Bertrand Garros, à l'époque président de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) et membre du HCSPa été le premier avocat d'un tel lieu de débat. Identifier des priorités ne suffisait pas, il fallait aussi envisager un cadre qui permette aux professionnels, institutions et associations de la région d'engager des actions concertées face à ces priorités. Ce fut, avec le soutien de Jean-François Girard, directeur général de la Santé, l'expérimentation de la programmation stratégique des actions de santé en 1994 : en Alsace contre le cancer, animée par Françoise Schaezel, en Auvergne sur la périnatalité avec Annie Vidal, et en Pays de la Loire sur les conduites d'alcoolisation à risque conduite par Jacques Raimondeau. L'année suivante, l'expérience avait essaimé dans neuf autres régions de métropole et d'outre-mer. Les ordonnances de 1996

et le décret 1997 ont institutionnalisés les conférences régionales et les programmes régionaux de santé, qui dès lors ont été généralisés à tout le territoire national. En 1998, à l'occasion de la création des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps), le dispositif était complété par un lieu de pilotage concerté de la politique régionale de santé : le comité régional des politiques de santé, qui préfigurait le groupement régional de santé publique (GRSP).

Le dispositif régional en 1996

Les conférences régionales de santé

Elles avaient pour missions d'analyser la situation sanitaire et sociale et les besoins de santé de la région, d'établir les priorités de santé publique et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé. Elles devaient aussi alimenter le débat national en transmettant, chaque année, leur rapport à la Conférence nationale de santé (CNS). Toutes les parties prenantes de la santé étaient invitées à participer à la conférence : décideurs, institutions, organismes professionnels, associations et personnes qualifiées. La diversité des disciplines, des métiers, des origines géographiques, et donc des points de vue, était recherchée plus que la représentativité. Selon les régions, ces conférences rassemblaient chaque année de 150 à 500 personnes. Les conférences régionales ont joué un rôle pédagogique non négligeable sur l'acquisition d'une culture commune de santé publique par

les acteurs locaux et incité à la création de programmes régionaux. Le nombre de programmes régionaux est ainsi passé de 10 en 1995 à 80 en 2002 (soit en moyenne 3 par région). Leurs propositions ont été largement prises en compte par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass), les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), les agences régionales de l'hospitalisation (ARH)¹ et, dans bon nombre de cas, les collectivités locales.

Les programmes régionaux de santé

Leur but affiché était d'améliorer significativement l'état de santé de la population d'une région par une mobilisation concertée des acteurs régionaux, qu'ils soient décideurs, institutionnels ou professionnels associatifs, sur une priorité (pathologie comme le cancer, déterminant comme les conduites de consommation à risque, ou population, comme les enfants et les jeunes). La méthode suivie était une démarche de planification désormais classique en santé publique : analyse du problème de santé, définition des objectifs à cinq ans, activités à mettre en œuvre, de la promotion de la santé jusqu'à la réhabilitation en passant par la prise en charge dans le système de soins. Le programme était en général complété par un volet « études et évaluation ». L'élaboration et la mise en œuvre des programmes reposaient sur une large participation d'acteurs de secteurs variés (éducation, prévention, soins, social...) et de milieux différents (écoles, lieux de soins). Elles étaient animées pour chaque programme, par un groupe pluridisciplinaire d'une douzaine de personnes issues de différentes institutions et d'associations, et coordonnées par un binôme associant un pilote, souvent médecin inspecteur de santé publique, parfois inspecteur des affaires sanitaires et sociales, et un copilote, le plus souvent issu d'une autre administration ou institution (Éducation nationale, Assurance maladie, association...).

Ce dispositif introduisait d'importantes innovations...

La posture de l'administration centrale

Les services de l'administration centrale adoptaient un rôle d'animation et d'accompagnement, plutôt que de donneur d'ordre, avec organisation d'échanges réguliers de pratiques entre régions, participation de représentants des services centraux aux travaux sur la thématique dont ils avaient la charge et, enfin, un soutien aux coordinateurs en difficulté. Marie Christine Avargues, à la Direction générale de la santé, a excellé dans ce rôle.

Les modalités d'organisation de la conférence régionale de santé, et notamment trois particularités depuis disparues

- Le caractère public de la conférence : n'importe quel citoyen pouvait y participer, à condition de s'être préalablement inscrit ;
- Le jury de la conférence régionale de santé : cet objet réglementaire insolite, composé de deux repré-

sentants de chaque groupe des parties prenantes (à l'exclusion de l'État) désignés par le préfet, avait pour mission de participer à l'organisation de la conférence et de faire la synthèse des débats et des propositions ;

- L'obligation faite à la Drass, à l'ARH et à l'Urcam de rendre compte chaque année des actions mises en œuvre en regard des priorités identifiées et des propositions émises.

Une formation action à la programmation, mise en place avec l'École nationale de santé publique et plusieurs départements universitaires de santé publique partenaires, permettait, sur une période d'environ un an, la construction progressive d'une approche consensuelle par de nouvelles procédures de travail et la création de relations nouvelles entre institutions et professionnels.

La démultiplication des échanges d'informations et des espaces de concertation était réalisée au travers de nombreux groupes de travail.

Enfin, on y trouvait une préoccupation pour l'évaluation, en tant que jugement porté sur les programmes par leurs acteurs eux-mêmes, ou avec leur participation active. Cette évaluation était conçue non plus comme une évaluation experte réservée aux spécialistes, mais comme une démarche collective visant à aider chaque acteur à prendre les décisions adéquates.

... avec des points forts

Les points forts des démarches régionales ont bien été identifiés, notamment au cours d'une évaluation indépendante commandée en 1999 par la DGS et menée par l'Association européenne des écoles de santé publique (Aspher) : forte participation des acteurs à la formulation d'une politique régionale de santé, définition des priorités par les conférences régionales créant des conditions favorables à un rassemblement des acteurs potentiels, volonté des membres des groupes de programmation de travailler ensemble, décloisonnement des institutions, mobilisation des acteurs et confrontation des pratiques et, enfin, large prise en compte des déterminants de santé.

... mais des limites

Le processus n'a pas été homogène dans les régions, et trop souvent les logiques institutionnelles ont continué à prévaloir sur la mise en place de projets fédérateurs pour la région. Face au pouvoir des institutions, les acteurs locaux de santé sont restés dispersés.

Les moyens et méthodes des conférences régionales de santé, à quelques exceptions près, sont demeurés rudimentaires. La participation des usagers et des citoyens est apparue relativement peu importante, peu organisée et peu explorée de façon professionnelle. Leur impact a été limité sur le système de soins, avec une faible participation des professionnels de santé, notamment libéraux. À l'inverse des programmes régionaux de santé, les conférences régionales n'ont pas bénéficié d'une réelle évaluation. Enfin, la concertation avec le niveau national n'a pas suffi à renverser les habitudes ; la

1. Les agences régionales de santé regroupent aujourd'hui les missions de ces services de l'État (Drass et ARH) et de l'Assurance maladie (Urcam).

logique descendante a continué à dominer largement le mouvement de remontée à partir du local.

Les données probantes, dont on commençait à disposer à l'époque, n'ont pas été assez utilisées dans les propositions de mise en œuvre.

Les compétences en gestion de projet étant insuffisantes, des outils de gestion ont été développés par chacun, sans échange organisé sur ce point particulier, d'où une insuffisance de procédures de suivi.

Rétrospectivement, l'une des limites les plus importantes du processus a été l'approche par thématiques, qui a laissé durablement son empreinte, même si certaines régions (Nord-Pas-de-Calais, Auvergne...) ont réussi à intégrer plusieurs priorités régionales dans une politique globale.

Quelques enjeux de ces démarches demeurent d'actualité

Le positionnement du niveau régional oscille entre transmission descendante ou déclinaison des orientations nationales et transmission ascendante des besoins locaux vers le national. La balance a tendance à pencher toujours du même côté...

L'attitude des responsables demeure un enjeu capital : le partage du processus de décision par les responsables (et les experts) avec les professionnels et les personnes concernées est un facteur de succès des politiques de santé, maintenant démontré par de nombreuses évaluations. La position d'écoute et de dialogue demeure cependant difficile pour les responsables eux-mêmes (perte d'indépendance, suppression des effets d'annonce...) et pour les professionnels et la population (c'est au décideur de prendre des décisions...). La tentation demeure de réduire la participation à la production d'un avis sur une décision déjà élaborée et de réduire le débat public à une forme de communication.

Le soutien aux interventions en santé s'est encore réduit ces derniers temps. La redistribution des ressources vers la prévention et la promotion de la santé est quasi inexistante. Les interventions au niveau local demeurent largement méconnues du niveau national. En dépit des progrès réalisés en région, il n'existe toujours pas de système national d'analyse et de synthèse des données sur les interventions locales. Il n'existe toujours pas de compte « prévention-promotion » dans les comptes de la santé qui permette de suivre les moyens dédiés à ces interventions non seulement dans le système de soins mais également à l'extérieur du système (éducation, villes, etc.).

L'organisation de l'acquisition et de l'utilisation des connaissances dans la mise en œuvre des interventions en santé mériterait d'être développée, avec un soutien à la recherche en gestion, sciences sociales, évaluation des interventions, l'organisation au niveau national d'une revue critique périodique de la littérature scientifique et de la littérature grise (rapport d'évaluation) et diffusion de ces connaissances, le développement de la recherche opérationnelle en santé publique par des appels d'offres spécifiques sur le modèle de la recherche clinique.

Les compétences des personnels en charge de l'administration de la santé en gestion de projet pourraient être développées à tous les niveaux : maîtrise d'œuvre (commande), maîtrise d'ouvrage (réalisation), cahier des charges, instances de pilotage et de suivi technique, calendriers réalistes, développement de la qualité...

Enfin, la participation citoyenne est d'usage moins fréquent dans le secteur de la santé que dans d'autres domaines (développement durable, par exemple). L'opportunité d'engager des débats publics, récurrente dans les textes réglementaires, est trop rarement saisie. ?

1998-2004 : États généraux de la santé, loi sur le droit des malades, programmes nationaux de santé

Bernard Basset
Médecin de santé
publique

Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 83.

Certaines dates apparaissent après-coup à la charnière entre deux époques, et marquant autant l'aboutissement de réflexions et d'idées que porteuses d'un mouvement. C'est indiscutablement le cas avec l'année 1998, qui a vu la tenue des États généraux de la santé. Commencés à l'automne de cette année-là « dans l'indifférence et l'incrédulité générale » [13], ils ont suscité à la fois une adhésion aussi indiscutable qu'inattendue (plus de 1 000 réunions ayant attiré 200 000 personnes) et constitué une référence pour toutes les politiques de la décennie suivante. Ils

ont en quelque sorte consacré la place des malades, des usagers dans le champ de la santé jusqu'alors presque exclusivement réservé aux professionnels. Pour autant, ces états généraux ne constituent pas une génération spontanée.

1998 : États généraux de la santé : la parole aux usagers

On a souvent, à juste titre, caractérisé le système de santé français par la prédominance du curatif, de la technique de soin, sur la prévention ou l'accompagnement

médico-social. Indépendamment des conséquences pour la santé et la gestion du système que cette logique induit, elle a également pour conséquence de favoriser la parole du soignant, maître de la technique et de sa juste utilisation. Et pendant des décennies, cette soumission au discours du soignant a fonctionné sans être interrogée ni contestée. Les rapports des malades au système de santé ont connu leur première faille avec l'épidémie du VIH, qui a montré non seulement que les médecins étaient démunis, que la prévention était indispensable, et que la lutte contre l'épidémie nécessitait l'adhésion et la mobilisation de tous. Face à un défi aussi grave qu'imprévu, la participation citoyenne et associative devenait une partie de la réponse et la parole des non-professionnels contribuait à l'élaboration d'une politique de santé, même s'il a fallu parfois passer par la détermination militante.

Cette dynamique ne pouvait rester confinée à un problème de santé aussi important soit-il, d'autant que d'autres sujets de préoccupation ou de scandale se faisaient jour (amiante, vache folle), semant le doute sur l'infailibilité des décideurs et des experts, et nourrissant la demande d'information du public. Les États généraux de la santé, dont l'initiative revient au ministre de la Santé d'alors, Bernard Kouchner, ont ainsi permis « une prise de parole trop longtemps contenue » [13]. La participation aux nombreuses manifestations pendant ces états généraux, qui se sont déroulés sur près d'un an, en atteste. Parallèlement, la Ligue contre le cancer avait organisé ses propres états généraux en novembre 98, et les malades et leurs proches avaient également fait état de leurs doléances et critiques concernant le manque d'information sur leurs données de santé, l'absence de prise en compte de leur parole et de l'expression de leurs souffrances. Dès lors les maîtres mots seront, et pour longtemps : information, transparence, droits des malades, participation et respect des personnes.

2002 : De la démocratie sanitaire à l'industrie des plans

La loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé du 4 mars 2002 ne répond pas à l'ensemble des questions soulevées par les États généraux de la santé ou de la mobilisation des citoyens de cette époque. Cependant, elle est en filiation directe et constitue un renversement des rôles majeur entre le citoyen/usager et le médecin. Les malades ont désormais droit à une information transparente sur leur état de santé, qui se traduit par un accès direct à leur dossier médical, contrairement à la situation antérieure où le médecin était juge des informations qu'il transmettait à son patient. Le consentement aux soins sur la base d'une information transparente et éclairée devient la règle, et les droits des malades dans les établissements de soins sont codifiés.

Cette dynamique de participation des usagers et des malades, qu'on regroupe sous le concept multiforme de « démocratie sanitaire » favorise également la prise

en compte de l'expression de groupes de pression dans le champ de la santé. La réponse apportée se fait de plus en plus fréquemment sous forme de plans nationaux qui traduisent la volonté du gouvernement, ou du ministre, de répondre à des besoins exprimés et/ou identifiés. C'est ainsi que certains plans nationaux voient le jour, qu'il s'agisse du cancer (dont la « guerre au tabac »), de la lutte contre les drogues et les toxicomanies ou du suicide. La lutte organisée contre les inégalités de santé repose sur le pilotage national des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Ces quelques plans emblématiques ne doivent pas cacher la systématisation de la démarche. Ainsi, J.-C. Henrard et P.-H. Bréchat [36] ont relevé que, entre 1995 et 2002, il y a eu 40 programmes nationaux de santé (sous des appellations parfois différentes). Jusqu'alors la programmation nationale en santé était rare, et on citait d'autant plus souvent l'exemple de la rationalisation des choix budgétaires en périnatalité des années 1970 qu'il s'agissait d'une exception dans un paysage où la décision ponctuelle dominait. La lutte contre l'épidémie à VIH a, là aussi, eu un effet précurseur avec un plan national, et des plans régionaux qui s'y réfèrent. Progressivement, la programmation en santé est donc devenue la méthode de référence de l'action des pouvoirs publics. En termes de champ, le rééquilibrage de l'approche au profit d'une santé globale se conforte, alors que jusqu'alors la planification concernait essentiellement les structures de soins à travers les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros). Ce foisonnement programmatique, qui contraste heureusement avec la rigidité technocratique d'antan, pour positif qu'il soit, connaît aussi ses difficultés. Dans les faits, le choix d'un thème de plan national relève plus souvent de critères variables tenant parfois à l'arbitraire, par exemple :

- la capacité de lobbying d'un groupe de pression (professionnel, associatif, industriel...);
- l'appréciation par le ministre des retombées potentiellement positives pour son image;
- l'état de l'opinion publique.

Mais, surtout, chaque plan est élaboré à un moment donné, indépendamment de ceux qui sont en cours sur une thématique proche, voire en partie superposable. Si chaque plan argumente spécifiquement sur l'importance du problème qu'il se propose de traiter, aucun ne se justifie de manière comparative avec d'autres problèmes de santé publique qui font déjà ou pourraient faire l'objet d'un plan. Les approches transversales par tranches d'âge coexistent avec des approches par pathologies et ne sont pas toujours pensées de manière coordonnée et cohérente.

L'administration de la Santé a plus ou moins rapidement industrialisé le processus de production d'un plan en proposant des rubriques transposables d'un plan à l'autre (de la prévention à la recherche, en passant par l'information/communication, les soins et l'accompagnement médico-social, le suivi et l'évaluation) et le

plan national d'action devient à la fois la méthode de référence et l'outil de déblocage de crédits. Chaque groupe de pression se mobilise pour obtenir son plan national, gage de moyens dans la durée et d'obligation d'agir pour les services de l'État, nationaux ou déconcentrés.

Cette période révèle aussi de manière de plus en plus aiguë l'inadaptation des structures du ministère pour piloter cette évolution irréversible. Alors que les services déconcentrés, dans une logique de régionalisation, avaient les premiers initié la programmation stratégique des actions de santé dans les années 1990, le niveau central produit plan national sur plan national, considérant que les services déconcentrés ont pour fonction de les mettre en œuvre fidèlement (on parle de « décliner » au niveau régional). Ce présupposé trouve rapidement ses limites, qui sont en premier lieu celles des moyens humains dans les services déconcentrés. De fait, les décideurs au niveau régional et départemental font le

tri, selon des critères plus ou moins explicites, parmi les nombreuses directives qu'ils sont censés appliquer.

Si cette période, qui va de 1998 à 2004, s'ouvre ainsi par l'affirmation d'une participation démocratique au choix de santé, qu'ils soient individuels ou collectifs, elle est aussi celle de l'émergence de questions cruciales qui seront posées dans les années suivantes :

- La place grandissante des usagers nécessite-t-elle une nouvelle formalisation de leur rôle et de leurs modalités d'expression ?
- L'approche globale, transversale de la santé est indiscutée, mais est-elle compatible avec l'organisation des acteurs, qu'ils appartiennent au monde associatif, à l'État, ou à l'Assurance maladie ?
- L'approche globale de la santé doit-elle et peut-elle conduire à un rééquilibrage des moyens entre la prévention, le soin et l'accompagnement médico-social ?
- La répartition des rôles entre le niveau national et les niveaux régionaux et départementaux, héritage

2004 : les plans régionaux de santé publique

La loi de 2004 relative à la politique de santé publique a mobilisé dans sa phase préparatoire de nombreux experts et une grande partie de l'administration centrale de la santé, notamment la Direction générale de la santé, pour proposer les objectifs nationaux de santé publique. Mais elle comporte également des dispositions pour la définition de la politique régionale de santé et sa mise en œuvre par les services déconcentrés du ministère.

La loi crée ainsi un nouvel outil, le plan régional de santé publique (PRSP), présenté comme le cadre stratégique d'actions de santé au niveau régional, dont les programmes régionaux de santé sont la traduction opérationnelle. Il a pour finalité de fixer les grandes orientations de santé au niveau régional et de fédérer autour d'objectifs partagés les actions des opérateurs et des financeurs de la santé publique dans la région. Les plans régionaux de santé publique, formellement arrêtés par les préfets de région, sont élaborés, suivis et évalués en lien avec la conférence régionale de santé.

La mise en œuvre des PRSP est soutenue par la création d'une instance dotée d'une autonomie administrative et financière, le groupement régional de santé publique (GRSP), associant les possibles financeurs des actions (État, Assurance maladie, collectivités territoriales...).

La dynamique de déconcentration progressive des politiques de santé se poursuit donc, mais le bilan demeure mitigé, comme le montre le rapport du HCSP [33] à la veille de la loi HPST.

En effet, l'élaboration et la mise en œuvre des PRSP se sont heurtées à plusieurs difficultés dont toutes n'ont pas été surmontées :

- Malgré des progrès évidents dans l'observation de la santé au niveau régional, la mobilisation de données pertinentes pour dégager des priorités restait insuffisante.

● L'articulation entre les 100 objectifs nationaux de la loi de santé publique, les différents plans nationaux et les choix des priorités régionales n'a jamais été définie de manière claire par le niveau central, laissant l'initiative à des acteurs régionaux parfois désarmés devant cette complexité. Les PRSP ont ainsi pu parfois se traduire par des « catalogues » de programmes ou d'actions sans ligne stratégique claire.

● La juxtaposition persistante de logiques cloisonnées pour les différents secteurs du système de santé (PRSP pour la santé publique, Sros pour les soins hospitaliers, plan régional commun de l'Assurance maladie, programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie - Priac - pour le domaine médico-social) a renforcé la faible lisibilité des priorités dans les régions.

● Les PRSP n'ont connu qu'une seule génération, par définition perfectible pour un exercice innovant, avant la réforme de la loi HPST, mais ont préfiguré ce qui deviendra le schéma régional de prévention des projets régionaux de santé.

● La mise en place des GRSP a été laborieuse, essentiellement pour des raisons de rivalités institutionnelles, et ils n'ont pu fonctionner véritablement que deux ans avant la création des ARS, mais le GRSP a été la première forme institutionnelle de travail en commun des financeurs régionaux.

● La logique d'appels à projets renforçait le soutien à des actions parfois au détriment d'approches plus globales ou permanentes dans le champ de la promotion de la santé.

Au total, les PRSP ont constitué une étape dans le long cheminement de la régionalisation des politiques de santé en régions. Malgré leurs limites, ils ont permis de maintenir opérationnelles les compétences des acteurs de santé publique et leur mobilisation dans cette phase de transition avant la réforme profonde de la loi HPST.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 83.

Bernard Basset
Médecin de santé publique

de l'Histoire, est-elle encore adaptée aux nouvelles pratiques de pilotage des politiques publiques dans le champ de la santé ? Les plans nationaux sont-ils des directives ou des références pour les acteurs qui les mettent en œuvre ?

- L'absence de priorisation au niveau national, autrement dit l'absence d'une politique nationale de santé, est-elle un manque à combler ou doit-on entériner une régionalisation des choix ?

- Quels sont les critères pertinents pour proposer des priorités et quels échanges publics doit-on mener pour les retenir ?

Toutes ces questions sont alors sur la place publique et alimenteront les débats préparatoires à la loi de 2004 sur la santé publique. Toutes ne seront pas tranchées, compte tenu des oppositions de doctrine et des rivalités entre les lobbies et les institutions, mais elles auront toutes été considérées comme légitimes. ?

Des objectifs de santé publique : pour quoi faire ?

En 2004, lors de l'adoption de la loi de santé publique, et alors qu'elle avait été classée par l'OMS comme ayant le meilleur système de santé du monde au début de ce XXI^e siècle, la France avait-elle besoin de se doter d'objectifs de santé publique ? Près de dix ans plus tard, ces objectifs ont-ils été atteints ? Quel bilan peut-on faire de ce qui a été considéré par les uns comme la marque de certaines avancées [25] tandis que, pour d'autres, il s'agissait d'une hémiplegie politique [67] ? Des objectifs de santé sont-ils encore nécessaires, voire utiles, pour définir ou guider une politique de santé qui réponde aux souhaits des citoyens dans un environnement économique contraint et alors que les inégalités de santé ont cru ces dernières années dans notre pays ?

Les objectifs de santé publique : de quoi parle-t-on ?

Annexés à la loi de santé publique, on trouve un cadre de référence qui précise ce qui relève du champ de la santé publique, un ensemble de 100 objectifs et 5 plans nationaux. L'ambition, soulignée dans cette annexe, est multiple. Il s'agit d'affirmer l'importance des déterminants de la santé, de mettre en exergue la place des valeurs dans la conduite d'une politique de santé et notamment d'adopter le principe de réduction des inégalités de santé. Mais l'ambition est aussi de concilier d'une part une démarche, déjà solidement ancrée dans les pratiques médicales, centrée sur la personne, ciblant principalement les comportements individuels, les soins et l'obligation de moyens, et d'autre part une approche populationnelle visant à promouvoir, protéger et restaurer l'état de santé.

Les 100 objectifs résultaient de propositions d'un groupe technique rassemblant de nombreux experts, construites à partir de l'analyse des rapports du Haut Comité de la santé publique sur l'état de santé en France, de l'analyse de la littérature scientifique, de la consultation de multiples instances, notamment de la Conférence nationale de santé, et des indicateurs synthétiques de mortalité et d'impact sur la qualité de

vie définis par l'OMS. Ce processus marque le poids important accordé aux connaissances scientifiques ainsi qu'au souci de mesurer les progrès accomplis. Les objectifs représentent dans la plupart des cas un éclairage sur les marges de progrès réalisables.

Ces objectifs ont-ils été atteints ?

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), créé par la même loi du 9 août 2004, a, entre autres missions, d'évaluer la réalisation de ces objectifs, de contribuer à leur (re)définition, ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et des stratégies de prévention. À la fin de l'année 2009, après un lourd travail mené par l'ensemble des experts du HCSP, un rapport [34] rassemblait d'une part l'évaluation de l'atteinte des 100 objectifs et d'autre part des propositions pour de nouveaux objectifs. Il apparaît alors que la réalisation de la moitié seulement des objectifs (56 parmi les 100) a pu être évaluée. Dix objectifs (tels que l'obésité infantile et l'inactivité physique, certaines maladies infectieuses, les maladies cardio-vasculaires et métaboliques ou la violence routière) ont été considérés comme largement atteints. Treize autres, dans des domaines aussi divers que la toxicomanie, les maladies infectieuses, la nutrition et l'environnement..., ont été évalués comme partiellement atteints. Enfin, pour les 19 derniers, la tendance n'est pas favorable. Le HCSP insistait en conclusion de son rapport sur deux inflexions jugées essentielles : d'une part, la déclinaison régionale des objectifs lorsqu'elle est nécessaire ou souhaitable, d'autre part, la nécessité d'une meilleure prise en compte des inégalités de santé.

L'ambiguïté du statut des objectifs de santé publique

Dans les années qui ont suivi l'adoption de la loi et jusqu'à encore récemment, nombreuses ont été les références à tel ou tel des 100 objectifs pour situer, établir la pertinence de lancer tel ou tel plan, programme, action... Les objectifs semblent donc bien avoir rempli leur rôle de référent pour l'action des acteurs publics.

Catherine Le Galès

Économiste de la santé, directrice de recherche, DR1, Inserm ; vice-présidente du Haut Conseil de la santé publique

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 83.

Mais les objectifs devaient, également, guider l'allocation des ressources publiques. L'examen des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) adoptées depuis fin 2004, auquel se livre Didier Tabuteau [67], donne une indication de l'attention portée dans le temps aux 100 objectifs de la loi de 2004 et à ses 5 plans stratégiques. Si, dans les premières années, cette attention s'exprime de façon concrète (consultation de prévention pour les mineurs, puis plus tard pour les personnes de plus de 70 ans, financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, centres de cure ambulatoire en alcoologie, base légale aux programmes d'accompagnement par les caisses d'assurance maladie des patients atteints de maladies chroniques...), tel n'est plus le cas à partir de 2008, où seules la régulation des dépenses de santé et la démographie médicale ont justifié la plupart des mesures nouvelles. Les plans stratégiques ont, quant à eux, fait l'objet de traitements diversifiés. Certains tels le Plan cancer ont été déployés, avec, notamment pour le cancer, des financements spécifiques tandis que le plan violence n'a jamais vu le jour.

Une liste incomplète

La liste des 100 objectifs de 2004 est longue, mais elle est pourtant incomplète. Le nombre d'objectifs qui ont trait à la sécurité sanitaire et aux risques émergents est quasi nul. L'organisation du système de santé, les conditions de l'accès à la prévention et aux soins ou la régulation de l'offre de soins sont des domaines non couverts. Enfin, avec seulement deux objectifs portant sur la réduction des inégalités sociales de santé, la liste souligne les obstacles à la prise en compte des disparités socioculturelles et économiques qui repose sur le développement de politiques sanitaires intersectorielles. On peut en conséquence émettre l'hypothèse que cette liste dessine, au moins pour partie et en creux, ce qu'est le périmètre de la Direction générale de la santé de l'époque et pas celle du ministère de la Santé qui était pourtant, lors de l'élaboration de la loi, également chargé de l'Assurance maladie.

Une liste mais pas de priorités

Comme la Cour des comptes le soulignait dans un récent rapport¹, il y a bien une hiérarchisation des objectifs

dans la loi de 2004 puisque certains domaines sont mis en exergue, mais force est de constater que « depuis l'adoption de la loi, la Direction générale de la santé (DGS) a piloté de fait une trentaine de plans pour lesquels il n'existe de différence ni dans leur élaboration, ni dans leur suivi, ni dans leur gradation ». La Cour recommande alors de sélectionner quelques priorités de santé publique et de les mettre en œuvre dans le cadre d'un nombre restreint de plans structurés disposant de moyens financiers propres. Dans une telle configuration, les indicateurs de santé publique qui figuraient en annexe de la loi pourraient servir de tableau de bord de suivi de la politique de prévention sanitaire. Pour fixer ces priorités, la Cour évoque l'exploitation des résultats d'analyses de type médico-économique comme celles que développe, au Royaume-Uni, le National Institute for Clinical Excellence (NICE) et que, en France, la Haute Autorité de santé (HAS) développe.

Si, dans un souci d'efficacité, la définition d'un nombre limité de priorités/objectifs à atteindre est évidemment souhaitable, c'est oublier que dans les années 2003-2004 les acteurs de la santé et plus largement la représentation nationale étaient beaucoup plus divisés qu'ils ne le sont ou ne semblent l'être aujourd'hui et ce sur deux points : la pertinence d'une politique de santé qui s'attache à des résultats ; l'existence d'un ensemble de dimensions intégrant notamment la dimension économique à partir desquelles des priorités en santé publique pourraient être définies. On ne peut que se féliciter si ceux qui avaient plaidé il y a dix ans pour rajouter un objectif dans tel ou tel domaine qui, selon la formule consacrée, était « un important problème de santé publique » souhaitent aujourd'hui voir adopter une approche plus stratégique comprenant quelques priorités associées à un tableau de bord de l'état de santé de la population et incluant explicitement des considérations d'efficacité et de justice sociale. L'adoption de ce premier ensemble en 2004 y aura peut-être un peu contribué. Il sera intéressant de suivre sur ces questions les débats et les choix qui seront effectués à l'occasion d'une nouvelle loi de santé publique... S'il y en a une... ?

1. Cour des comptes *La prévention sanitaire*, octobre 2011. Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

2009-2012 : la loi HPST et les agences régionales de santé

La réforme d'une organisation administrative n'intéresse personne. Le titre de la loi HPST du 21 juillet 2009 consacré à la création des agences régionales de santé (ARS) a vite vu son rang rétrogradé en queue de peloton, loin derrière les dispositions portant sur l'hôpital censées répondre davantage aux préoccupations concrètes et immédiates de la population. Pourtant, la création des ARS n'est pas une simple réforme administrative déterminant une organisation plus cohérente des services, même si elle affiche volontiers comme titre de gloire le nombre des structures regroupées, sept au total. La création des ARS change le modèle de régulation du dispositif de santé. Pour le dire autrement, elle permet de concevoir au niveau régional une politique de santé enfin globale.

Pourquoi le décalage est-il si grand entre ce que nous savons et ce que nous faisons ? Nous savons que la santé a un caractère pluridimensionnel, physique, psychique et social. Nous savons que plusieurs facteurs la déterminent, que nous sommes efficaces quand nous agissons sur tous ces déterminants en cause, par des actions complémentaires, équilibrées, relevant de différents domaines d'intervention, les soins hospitaliers et ambulatoires, la prévention et la promotion de la santé, la sécurité sanitaire, le médico-social, le social. Nous savons que les moyens à mobiliser porteront sur l'organisation et le fonctionnement de l'offre, sur le financement des activités, sur la qualité des actes de santé. Nous savons qu'une action publique en faveur de la santé n'aura toute sa pertinence que si elle résulte d'une politique globale de santé, globale parce que faite de dispositions concernant plusieurs déterminants, relevant de plusieurs domaines d'intervention et mobilisant plusieurs moyens de régulation. Nous savons cela, depuis longtemps. Pourtant, depuis longtemps nous compartimentons l'administration de la santé, confiant à des autorités publiques différentes des compétences fractionnées séparant les responsabilités portant sur les différents domaines d'intervention et moyens de la régulation.

Le partage a des conséquences qui pourraient être qualifiées de naturelles. Chaque autorité est d'abord soucieuse de son pré carré et se dote d'outils stratégiques destinés à établir la cohérence et la pertinence de son action, estimées dans le champ étroit de ses seules compétences. La loi HPST, en créant les ARS, a voulu accorder ce que nous savons avec ce que nous faisons. Elle ne l'a fait qu'au niveau de l'administration de la santé régionale, et partiellement. Les ARS montrent un chemin et engagent les premiers pas. Le but n'est pas encore atteint. L'art est difficile. La route est donc

à poursuivre, en sachant que la direction prise n'est pas déterminée par la seule question du caractère global de la politique de santé permise, mais aussi par la répartition des pouvoirs entre les niveaux national et territorial, par la forme de démocratie retenue pour traiter de tels enjeux collectifs, par la place accordée à la solidarité dans le financement de la santé. Les positionnements adoptés par rapport à tous ces sujets qui identifient la route suivie font système bien sûr.

La création des ARS obéit à une volonté de déconcentration de l'autorité publique dans le domaine de la santé

L'organisation de l'administration de la santé en France a pris la forme d'un archipel et paraît avoir abandonné la forme pyramidale avec un sommet qui décide et une base qui exécute. L'administration centrale du ministère de la Santé n'est désormais entourée que d'autorités publiques constituées sous la forme d'établissements publics, ces opérateurs disposant d'une relative autonomie dans l'exercice de leurs responsabilités. Les ARS appliquent des instructions reçues du niveau national, mais elles ont la capacité de pouvoir adapter la stratégie ministérielle aux réalités locales, de prendre des dispositions justifiées par les besoins particuliers de leur région. Surtout, leur proximité territoriale les met en situation de pouvoir impliquer dans le processus de décision les acteurs locaux de la santé, élus, usagers, professionnels et leurs représentants syndicaux, gestionnaires de structures et de services. Qu'en est-il en réalité ?

Pour déconcentrer vraiment des responsabilités, quatre conditions sont à réunir : une autorité publique nationale unifiée, un projet politique structuré autour de quelques priorités fortes, un dispositif d'évaluation des résultats obtenus, de réels moyens financiers d'agir confiés à l'opérateur territorial. Plusieurs autorités nationales, jugées sur leur efficacité portant sur un domaine de responsabilité partiel, voudront chacune tenir serrées les rênes de leurs opérateurs territoriaux. Sans une véritable politique nationale de santé servant de cadre de référence partagé et solide [45], et en l'absence d'un dispositif d'évaluation des résultats construit, chaque autorité nationale voudra compenser le déficit stratégique existant par la multiplication d'instructions tatillonnes données aux ARS¹. Quant aux moyens financiers d'agir, ils sont réduits lorsque les ARS ne disposent d'aucun pouvoir tarifaire et gèrent des crédits peu fongibles.

1. Plus de 300 instructions ont été données par le niveau national aux ARS dans leurs neuf premiers mois d'existence.

Alain Lopez

Inspecteur général des affaires sociales, membre de la mission Ritter et de l'équipe projet du secrétariat général des ministères sociaux chargée de la préparation du titre IV de la loi HPST portant création des ARS

La constitution du Conseil national de pilotage (CNP) prévu par la loi, réunissant toutes les autorités publiques nationales intéressées par l'action des ARS, la définition d'un contrat d'objectifs et de moyens avec chaque agence, la définition d'un fonds d'intervention régional permettant la fongibilité entre certains crédits sont autant d'avancées dans la bonne direction. Elles sont certainement à prolonger [16], en définissant l'architecture de la politique nationale de santé et ses conditions d'élaboration, en précisant davantage les modalités d'évaluation des stratégies régionales conduites, en donnant aux ARS des moyens financiers d'agir plus décisifs.

La création des ARS veut unifier au niveau régional la régulation du dispositif de santé

L'autorité sur les moyens de la régulation (organisation de l'offre, financement des activités et qualité des actes) est partagée entre l'État et l'assureur public qu'est l'Assurance maladie. La compétence d'emploi de ces moyens selon le domaine d'intervention (soins hospitaliers et ambulatoires, prévention, médico-social) est aussi répartie entre l'État et l'assureur public. Avec les ARS a été constituée au niveau régional une régulation unifiée, regroupant sous une responsabilité unique la totalité des compétences des services de l'État et en partie celles de l'Assurance maladie. Mais la réforme a laissé intact le partage des responsabilités au niveau national. Cette situation réduit la portée de cette ambition soutenue par la loi HPST et ne modifie qu'à la marge les stratégies locales d'un réseau conservé pratiquement tel quel sous l'autorité des caisses nationales.

La création des ARS nous a laissés au milieu du gué

Elle oblige à aller plus avant. Mais la berge à rejoindre n'est pas assurée.

Le regroupement de compétences dispersées sous une autorité publique unique, au niveau régional, rend nécessaire une organisation nationale dotée d'une plus grande cohésion et pourvue d'une stratégie structurée servant de cadre à l'action des agences. La relation entre cette organisation nationale et ses opérateurs régionaux sera-t-elle alors de nature déconcentrée ou centralisée ? Tout dépendra de la place que l'on voudra accorder dans le processus de décision aux acteurs locaux de la santé, élus, usagers, professionnels, gestionnaires de structures et de services.

La régulation unifiée opérée au travers d'une réforme des ARS poussée jusqu'à son terme devra rapprocher les deux réseaux encore séparés de l'État et de l'Assu-

rance maladie, tant au niveau régional que national. Le but n'est pas incertain. Mais la forme de cette nouvelle administration de la santé sera très différente selon le chemin pris pour la concrétiser [17]. L'unification de la régulation enfin réalisée se fera-t-elle à partir de l'État ou de l'assureur ? L'État-régulateur représente un modèle d'administration de la santé toujours plus déconcentré², développant des formes de gestion appuyées sur une démocratie participative³. Mais l'État-régulateur, sous l'autorité directe du politique, est accusé d'être sensible aux attentes des citoyens et des divers groupes de pression ; il ne parviendrait pas toujours à faire prévaloir la solution la plus rationnelle. L'assureur-régulateur disposerait d'une relative indépendance technique et prendrait ses responsabilités, opérant des choix appuyés sur une raison sûre d'elle-même et soucieuse de la seule efficacité. Mais l'assureur-régulateur représente un modèle d'administration de la santé plutôt centralisateur⁴, tenant en méfiance la démocratie participative⁵.

Un parti est à arrêter. La création des ARS le rend encore plus incontournable. C'est sans doute le plus grand mérite de cette réforme. La berge montrée par elle pour être rejointe est celle d'un État-régulateur déconcentré. Mais la marche engagée est loin d'être irréversible. Le sens qu'en définitive elle prendra aura des conséquences sur le rapport entre solidarité et prévoyance individuelle dans le financement de la santé. L'État est légitime pour gérer une régulation unifiée quand la santé est portée principalement par un effort de solidarité organisé sous sa responsabilité. L'assureur est légitime pour gérer une régulation unifiée quand c'est avec lui que chacun engage son effort de prévoyance en faveur de la santé. Mais, dans ce dernier cas, à l'évidence, un choix finira par être rendu possible entre plusieurs assureurs-régulateurs, loin du modèle français de solidarité.

Au-delà des ARS se dessinent deux horizons qui ne conçoivent pas de la même façon la place de la démocratie et de la solidarité dans la réponse collective apportée aux problèmes de santé de la population. Avant de continuer, la direction prise mérite d'être explicitée et ses conséquences exposées. ?

2. La réforme créant les ARS en est l'illustration.

3. Les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) participent à la préparation de la totalité de la politique de santé régionale et examinent ses résultats.

4. C'est l'organisation et le fonctionnement actuels de l'Assurance maladie, accordant peu d'autonomie dans l'action à son réseau local.

5. Un dispositif centralisateur ne permet pas d'associer facilement les acteurs locaux de la santé au processus de décision.

Des inégalités sociales de santé : mieux connues mais toujours présentes

Un numéro spécial consacré aux 20 ans d'une revue est évidemment un retour sur le passé. La question des inégalités sociales de santé est posée en France depuis longtemps. Il n'est pas question de retracer l'évolution des politiques publiques depuis les travaux princeps de Louis René Villerme au XIX^e siècle. Nous aimerions simplement dans cet article mesurer le chemin parcouru en près de vingt ans, depuis le rapport du Haut Comité de la santé publique publié en 1994 [30]. Si la question des inégalités sociales avait été notée dès les années 60 et 70 dans des rapports publics, notamment du Commissariat général au Plan, ce rapport était le premier rapport de santé publique à poser cette question. Un second rapport, publié en 1998, notait que les disparités sociales de santé n'avaient pas été réduites. Il est intéressant de noter que ce rapport de 1998 était plus axé sur les problèmes d'exclusion et de grande précarité que sur les inégalités socio-économiques.

Les données statistiques présentes dans ce rapport de 1994 sont sans ambiguïté. Les taux de décès standardisés par âge, déclinés pour plusieurs causes de mortalité, montrent qu'un gradient très clair est observé entre la catégorie des ouvriers-employés à une extrémité et celle des cadres supérieurs et professions libérales à l'autre. Seules échappent à cette règle quelques maladies comme les suicides, le sida... Les auteurs notent également que la mortalité évitable liée au système de soins et aux risques qualifiés d'individuels est la plus élevée dans la catégorie des ouvriers-employés. Suite à l'analyse de ces données, le rapport conclut : « *La croissance des écarts en termes d'indicateurs de santé est une caractéristique péjorative et alarmante de l'état de santé en France. Les disparités dans la consommation de soins se sont pourtant réduites au cours des 30 dernières années. Ceci confirme les analyses [...] selon lesquelles le système de soins n'a qu'un rôle limité pour expliquer l'état de santé d'une population.* »

Vingt ans plus tard, les inégalités de mortalité n'ont pas régressé et les données statistiques de routine ne se sont guère enrichies. Les informations sanitaires du système de soins ne comportent qu'exceptionnellement des données sociales, l'accès à l'Échantillon démographique permanent¹ reste difficile pour les chercheurs et

il n'est pas exploité en routine. Peu d'informations sur la morbidité sont reliées à des informations sociales et le rapport du HCSP de 2010 rappelait encore la nécessité de développer des informations en routine afin de suivre l'évolution des inégalités sociales de santé [31]. Si le bilan sur l'évolution du dispositif statistique de surveillance est à présent marqué par une certaine stagnation, le développement de l'utilisation des bases de données administratives et leurs croisements sont en développement rapide et on peut espérer, de l'utilisation de ces données administratives, la production en routine de données sur les inégalités sociales de santé. De même, plusieurs indicateurs de « déprivation », ont été développés en France pour caractériser les Iris²; bien qu'ils caractérisent socialement des territoires, la petite taille de ces Iris, de l'ordre de 2 000 habitants, permet d'approcher les caractéristiques sociales des individus, à partir de celles de leur quartier d'habitation et donc leur simple adresse.

Déterminants

Dans ce rapport de 1994, un chapitre est consacré à l'étude des déterminants de la santé, qui évoque le rôle des soins, des comportements qualifiés d'individuels et enfin « *les inégalités sociales* » en général. L'analyse du rôle de ces déterminants souligne, sur la base de l'analyse des causes de mortalité évitable par le système de soins, que celle-ci montre un déclin plus marqué que les causes non évitables. Le rapport reconnaît l'effet du système de soins, mais ne lui attribue qu'un faible pourcentage dans l'évolution des causes de mortalité (moins de 8 % chez les hommes, un peu plus de 13 % chez les femmes). Il met l'accent sur l'importance des comportements et des modes de vie qualifiés d'habitudes individuelles. Parmi ces comportements, une forte attention est accordée au tabagisme. « *Si nous voulons obtenir une réduction significative de la consommation de tabac, équitablement répartie dans la population, il nous faut acquérir des connaissances dans deux directions. Nous ne savons pratiquement rien sur la perception du tabagisme et sur les motivations des fumeurs, et notamment [...] ce qui détermine les adultes à arrêter [...] On ne peut pas se contenter de savoir que les hommes sans qualification professionnelle, les femmes*

Thierry Lang

Groupe transversal inégalités sociales de santé du HCSP, Unité mixte Inserm-université Toulouse3 1027.

Pierre Lombraill

Université Paris 13

Michelle Kelly-Irving

Unité mixte Inserm-université Toulouse3 1027

1. L'Échantillon démographique permanent (EDP) est le premier panel sociodémographique de grande taille mis en place en France pour étudier la fécondité, la mortalité, la mise en couple, les migrations géographiques au sein du territoire national, la mobilité sociale et la mobilité professionnelle, ainsi que les interactions possibles entre ces différents aspects. Pour étudier des trajectoires, deux approches sont possibles : interroger des personnes sur leurs parcours passés

ou, avec un panel, les suivre pour accumuler les informations au fur et à mesure. Cette seconde approche, celle de l'échantillon démographique permanent, prend du temps mais permet de disposer d'informations plus précises et plus fiables, parce que non affectées par des effets de mémoire.

2. Ilots regroupés pour l'information statistique. L'Iris constitue la brique de base en matière de diffusion de données infracommunales.

cadres ont la consommation la plus forte. Des études précises sur les déterminants sociaux et culturels sont indispensables». Force est de constater que, en 2012, la situation en matière de tabagisme reste préoccupante, puisque, après une phase de diminution générale, on observe une stagnation dans certaines catégories et une augmentation dans d'autres telles que par exemple les ouvriers et les chômeurs. Mais les informations sur les motivations, sur les possibilités d'aide à l'arrêt du tabac dans les catégories défavorisées, la mise au point de véritables stratégies d'intervention dans ces groupes de population restent « remarquablement mal connues » pour reprendre les termes d'une revue générale récente sur ce sujet.

Le troisième volet de déterminants est regroupé sous le terme général d'inégalités sociales. Les conditions du travail, les différences de revenus, la notion de stress sont soulignées. Les conditions matérielles de vie (logement, revenu), les conditions psychologiques ou sociales de vie sont développées, se fondant largement sur l'étude de Whitehall II. Enfin, le rapport souligne l'importance des conditions de vie dans la petite enfance, en faisant référence à l'hypothèse de Barker. La notion de chaînes de causalité souligne que les facteurs de nature sociale donnent lieu à des différences dans les habitudes de vie et les expositions aux risques, à l'origine des différences dans les états de santé.

Depuis ce rapport, les travaux de recherche ont maintenu ces distinctions parmi les déterminants, ont développé les connaissances sur l'importance de prendre en compte les expositions tout au long de la vie (épidémiologie biographique), apporté des méthodologies nouvelles qui permettent de distinguer les facteurs individuels et les facteurs contextuels, accessibles à des politiques territoriales. L'enchaînement des événements au cours de la vie et les conséquences sur les choix d'intervention résultant d'une attention portée aux causes fondamentales (revenu, pouvoir, études, éducation, cohésion sociale) ou aux causes proximales (facteurs de risque cardiovasculaire, soins, biologie) ont montré la possibilité de différentes politiques de réduction des inégalités sociales de santé selon les points de vue adoptés.

On mesure ici que si les connaissances sur les inégalités sociales de santé et leurs déterminants ont considérablement progressé, cela a été lié à un nombre important de travaux de recherche et d'études spécifiquement menées, comblant le manque d'informations produites en routine sur cette question. La publication en 2000 d'un ouvrage collectif sur les inégalités sociales de santé marque un tournant dans la légitimité et le développement de ce champ de recherche [44]. Néanmoins, dès 1994, les informations statistiques sur l'importance de la question existaient et les analyses sur l'importance des habitudes liées aux styles de vie et aux déterminants socio-économiques sur l'état de santé soulignaient aussi le rôle nécessaire mais partiel du système de santé, invitant à changer de modèle des déterminants de santé.

La différence de focale déjà notée entre les rapports du HCSP de 1994 et 1998 souligne une caractéristique qui va colorer l'ensemble des interventions et politiques publiques depuis une vingtaine d'années. Il s'agit de la tension entre la question de la précarité, de l'extrême pauvreté et de l'exclusion d'un côté, qui a fait l'objet de politiques publiques et, d'autre part, la question des inégalités sociales de santé dont l'émergence est extrêmement, voire lentement, progressive au cours de ces années. Les politiques orientées vers la précarité ont été marquées par nombre de décisions visant à augmenter l'accès aux soins, par la généralisation de l'Assurance maladie et de la protection sociale. On peut ainsi relever la mise en place de la CMU, puis de la CMU-C, puis de l'allocation à l'acquisition de la complémentaire santé, par exemple. L'analyse de la loi de santé publique de 2004 témoigne de la superposition des problématiques des inégalités sociales de santé et de la précarité. Deux objectifs sont spécifiquement consacrés aux inégalités sociales de santé. L'objectif 33 insiste sur la nécessité de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins. L'objectif 34 est ainsi formulé : « réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de neuf ». Dans cet article, la partie analytique et diagnostique porte sur les inégalités sociales de santé et reprend les données classiques du gradient produites par l'Inserm et l'Insee. Mais l'intervention publique évoquée fait explicitement référence aux situations précaires.

Le rapport de 1994 soulignait les options des politiques publiques vis-à-vis des inégalités sociales de santé, en développant la théorie de l'épidémiologiste anglais G. Rose, distinguant d'une part des interventions marquées par une attention portée aux populations à haut risque et d'autre part des politiques générales universalistes s'adressant à la population générale. La notion d'universalisme proportionné, reprise notamment par l'Igas, qui met l'accent sur le fait que l'intensité des efforts de politiques publiques et d'interventions pourrait être modulée en fonction des besoins des populations et de leur état de santé, de façon à prendre en compte le gradient de santé dans l'ensemble de la population, n'a été introduite que plus récemment, notamment à l'occasion du rapport de la commission OMS (2008).

Depuis, la question des inégalités sociales de santé est régulièrement abordée, mais aucune politique publique n'a réellement pris en compte ces objectifs de façon claire, jusqu'au tournant des années 2008-2009, au cours desquelles la question des inégalités sociales de santé est devenue un enjeu explicite, ce qui ne doit pas faire oublier que, dès 2003, la loi de cohésion sociale faisait de la santé le cinquième pilier de la politique de la Ville.

Plusieurs événements d'importance permettent de réactualiser cette question dans les politiques publiques. La question des inégalités est une priorité majeure du

Plan cancer 2 et a suscité le développement d'interventions de réduction de ces inégalités, notamment par le développement de financements de recherche sur cette question. Un rapport du HCSP spécifiquement consacré à cette question attire l'attention sur la distinction à opérer entre précarité et inégalités sociales de santé, le développement de politiques prenant en compte les déterminants sociaux de la santé, la nécessité d'intersectorialité et d'un suivi statistique permanent des inégalités sociales de santé. La ministre de la Santé souligne l'importance de cet objectif [31]. Troisième élément d'importance, la réduction des inégalités sociales de santé fait partie des objectifs prioritaires des agences régionales de santé, avec pour mission de développer l'intersectorialité, ce qui leur enjoint de résoudre sur le terrain une tension, qui n'est pas tranchée au niveau national, entre approche par la précarité/quartiers en difficulté et approche par le gradient, visant à réduire les inégalités dans l'ensemble de la population. Deux livres sont publiés sur les méthodes de réduction des inégalités sociales de santé, à destination des acteurs de la prévention et des responsables des ARS [3, 56].

Conclusion

Ces vingt dernières années ont été marquées par le développement de l'attention portée aux inégalités

sociales de santé et la distinction qui existe avec la grande précarité et l'exclusion. Des objectifs spécifiques sont apparus, désignés comme prioritaires aux acteurs de la santé publique. Parallèlement, de très nombreuses initiatives sont en cours sur le territoire français. Elles sont malheureusement peu visibles, peu décrites et par conséquent non reproductibles ou généralisables. L'évaluation des interventions de réduction de ces inégalités est un enjeu majeur. Les évaluations de types financier, scientifique, gestionnaire sont confondues. La notion de preuve est encore largement confondue avec celle d'essai expérimental, alors que les besoins de connaissances et d'évaluation sont à la fois quantitatifs et qualitatifs.

Une demande d'expertise, de compétences, de production d'expériences et d'expérimentations est largement formulée. Les connaissances, au niveau international, sur les interventions et politiques publiques de réduction des inégalités sociales de santé sont encore trop parcellaires. Il est donc nécessaire de promouvoir les expérimentations, de profiter des expériences régionales, de rassembler chercheurs et acteurs autour de ces programmes, d'impulser au niveau national la volonté politique de coordonner ces expériences, mobiliser l'expertise disponible et co-construire les nécessaires interventions locales et nationales de réduction des inégalités sociales de santé. ?

Évolution de la régulation des dépenses de santé depuis 20 ans

La régulation des dépenses de santé est une question à laquelle sont confrontés de manière récurrente les pouvoirs publics. La volonté de contenir la hausse de la dépense remboursée puis, plus récemment, de la dépense globale de santé, les a conduits au développement d'outils mettant en action différents types de mécanismes. S'agissant des dépenses de soins de ville, la convention médicale¹ a pris une place majeure en tant qu'instrument régulant l'activité et les prescriptions des professionnels de santé. Les mécanismes budgétaires, mis en place en 1996 avec l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), ont eu, dans un premier temps, des effets limités, mais reviennent dans la période récente avec une efficacité accrue. Enfin, en perspective, le vieillissement de la population, avec l'accroissement de la chronicité et des polyopathologies, impose une prise en charge optimisée des malades avec la mise en œuvre d'une médecine de « parcours », comme les travaux

récents du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie l'ont illustré.

L'émergence et l'institutionnalisation de la maîtrise médicalisée par l'intermédiaire des conventions médicales

Depuis une vingtaine d'années, la maîtrise médicalisée a pris une place croissante dans les politiques de régulation des dépenses de santé, mais aussi dans l'accroissement de la qualité des pratiques des professionnels de santé. La maîtrise médicalisée n'est pas la maîtrise comptable, un temps mise en œuvre au travers d'objectifs quantifiés permettant des régulations prix/volumes. Son objectif est l'amélioration des pratiques médicales en vue de l'amélioration de la qualité des soins. On la justifie généralement par l'existence d'une forte hétérogénéité des pratiques médicales, non explicable par des conditions épidémiologiques particulières ou des cas cliniques spécifiques.

Les conventions médicales, depuis longtemps utilisées pour régir les relations avec les professionnels de santé, ont vu leur finalité progressivement complétée, avec un objectif de régulation des dépenses de santé.

David Foucaud
Chargé de mission,
secrétariat général
du Haut Conseil
pour l'avenir de
l'Assurance maladie
(HCAAM)
**Jean-Philippe
Vinquant**
Inspecteur général
des affaires sociales,
ancien secrétaire
général du HCAAM

1. Le terme « convention médicale » désigne les textes qui régissent les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins.

Pour la première fois en 1993, la question de l'organisation de la pratique médicale est clairement posée. Des sujets tels que les « modalités de financement des expérimentations et actions innovantes », les « dispositions permettant une meilleure coordination de la médecine générale et de la médecine spécialisée », ou encore les « majorations des tarifs en vue de valoriser une pratique de qualité » sont abordés. Aussi, à travers les « modalités de financement et d'organisation de reconversions professionnelles », l'offre de soins est prise en compte. L'ordonnance du 24 avril 1996 n'a pas fondamentalement modifié le contenu de la convention médicale qui voit conforter, entre autres, sa fonction de régulation des dépenses de santé.

Depuis, au fur et à mesure des lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), le champ de compétence des conventions médicales s'est accru : conditions particulières d'exercice des médecins généralistes, et modalités de rémunération autres que le paiement à l'acte (LFSS du 23 décembre 1998); objectifs et modalités d'organisation de la formation professionnelle conventionnelle (loi du 27 juillet 1999); procédures applicables aux médecins ayant des pratiques « abusives » (LFSS du 20 décembre 2002)...

L'élaboration des objectifs de maîtrise médicalisée dans des conditions d'acceptabilité suffisante pour les professionnels a nécessité deux conditions essentielles et intimement liées. La première est une connaissance fine de la pratique effective des médecins afin de disposer des indicateurs qui permettent un suivi des éventuelles inadéquations de comportements. Comme l'a souligné le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie dans ses différents rapports annuels, cela a été permis par une amélioration des systèmes d'information et une meilleure connaissance du contenu médical des soins (codifications...). La seconde est de fonder les objectifs à atteindre sur des pratiques dont les références en termes de qualité ne font pas débat. On pense ici par exemple aux référentiels de la Haute Autorité de santé (HAS) ou de l'Agence nationale de sécurité du médicament (anciennement Afssaps). Un autre aspect est la formation continue des professionnels, rendue obligatoire depuis les ordonnances de 1996, et qui paraît essentielle dans un objectif de mise en œuvre de références de bonnes pratiques. La loi du 13 août 2004 a fait de l'évaluation individuelle des pratiques une obligation nouvelle pour les professionnels. Ces deux derniers dispositifs n'ont malheureusement pas trouvé de véritables concrétisations, d'où une refonte d'ensemble dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2010.

Dans le processus d'approfondissement de la maîtrise médicalisée, les engagements des professionnels de santé se sont accrus progressivement, que ce soit au niveau collectif ou au niveau individuel. En matière d'encadrement par des règles normatives, les références médicales opposables (RMO), issues de la convention de 1993 avec les médecins, visaient à éliminer « des

soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux ». Au niveau collectif, les « accords de bon usage des soins » (Acbus) permettent de définir des « objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre ». Enfin, sur le plan individuel, les conventions entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé libéraux ont intégré depuis 2002 la définition de « contrats de bonne pratique », engagements individuels et volontaires. Né en dehors du cadre conventionnel en 2008, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi), qui intéresse les médecins à la réalisation d'objectifs de santé publique et de responsabilité économique de leurs prescriptions, a rencontré un tel succès auprès des généralistes libéraux qu'il a été intégré, à la demande des principaux syndicats, dans le champ conventionnel. Ainsi, la nouvelle convention médicale de 2011 propose à tous les médecins (sauf refus exprès) d'intégrer un système de rémunération à la performance sur la base d'objectifs élargis à de nouvelles pathologies et d'une meilleure gestion des dossiers médicaux des patients. La création d'un réseau de « délégués de l'Assurance maladie », pouvant rendre visite aux médecins pour les sensibiliser sur ces questions, a marqué une évolution forte dans la stratégie de gestion du risque de la Cnamts².

La maîtrise médicalisée ne s'est pas arrêtée aux portes des établissements de santé ou des établissements médico-sociaux, mais elle s'y est appliquée avec plus de parcimonie. Prévus par la loi du 13 août 2004, les accords d'amélioration des pratiques hospitalières n'ont concerné que les prescriptions d'antibiotiques et de transports de malades. Les LFSS récentes ont toutefois prévu de nouveaux dispositifs de maîtrise des dépenses de produits onéreux facturés en sus des séjours hospitaliers, des prescriptions de médicaments exécutés en officine ou de transports par ambulance.

En dépit de critiques, notamment de la Cour des comptes, sur le rendement réel des économies de la maîtrise médicalisée, elle demeure un instrument majeur de la politique de régulation des dépenses. L'Assurance maladie la conduit dans une relative autonomie, les organismes complémentaires et les agences régionales de santé pouvant toutefois y être associés.

La logique budgétaire, à travers l'Ondam et le PLFSS, marque son retour dans la période récente

Depuis l'instauration de l'Ondam, en 1996, on s'est souvent interrogé sur sa nature : s'agit-il réellement d'un « objectif », ou doit-on le voir comme une contrainte budgétaire au sens strict ? Une chose est sûre : le terme « objectif » n'a pas le même sens que dans la sphère

2. De façon intéressante, on note que, pendant qu'on cherchait à intégrer une part forfaitaire dans la rémunération des professionnels libéraux, on a conduit une réforme majeure, la tarification à l'activité, pour mettre fin au mécanisme de dotation annuelle dans le financement des hôpitaux et prendre en compte l'évolution des séjours et actes de chacun d'entre eux dans l'allocation des recettes.

des finances de l'État, où l'on raisonne selon une vision budgétaire, et donc selon des crédits limitatifs.

La fixation de l'Ondam, depuis 1996, ne relève donc pas de la même logique que celle structurant la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) depuis 2001. Dès le premier PLFSS, il a été établi que l'Ondam ne constitue pas un plafond limitatif de dépenses. Néanmoins, il n'est pas faux de considérer que l'Ondam, sans être limitatif, reste un objectif cible à atteindre et, en quelque sorte, une forme d'enveloppe budgétaire qui se veut réellement contraignante et quasi opposable à la dépense publique de santé.

Le succès de cette approche reste mitigé durant les premières années. N'étant pas strictement limitatif, l'Ondam peut être dépassé, et il l'a été à de nombreuses reprises depuis 1997. À chaque fois que ce fut le cas (notamment 2000-2002 et 2006-2007), de nombreuses critiques se sont exprimées sur le caractère non contraignant de l'Ondam. Pour réguler efficacement les dépenses, certains préconisaient alors de passer en enveloppe limitative. Les quelque dix premières années de l'Ondam, avec un mode de régulation comptable des dépenses, n'ont pas donné les résultats attendus.

Durant cette période, quelques tentatives de transformer l'Ondam en enveloppe limitative ont néanmoins existé, mais n'ont jamais été mises en application. Par exemple, un mécanisme de « reversements » par les médecins en cas de dépassement de l'objectif d'honoraires et de prescriptions fut mis en place en 1996, puis invalidé par le Conseil constitutionnel. De même pour le mécanisme de « lettres clés flottantes » créé par la LFSS pour 2000. Le rejet des professionnels de santé, au motif qu'il s'agissait d'une maîtrise comptable des dépenses de santé, a contribué à l'abandon de ce type de mesures. Faute de réussir à faire respecter l'Ondam, avec notamment des périodes de fort dépassement dans les années 2000, une réflexion a dû être engagée pour sortir de la vision comptable et pour développer de nouveaux outils. Mais c'est finalement assez tardivement que ces réflexions se sont concrétisées.

Les LFSS de 2008 et 2009 ont renforcé le sentiment d'une inflexion vers une conception plus budgétaire de l'Ondam. Ainsi, la LFSS de 2008, avec son article 36, prévoit un délai d'entrée en vigueur différé de six mois des dispositions conventionnelles revalorisant les tarifs des professionnels libéraux, et surtout un mécanisme de report de leur entrée en vigueur, au plus tard au 1^{er} janvier de l'année qui suit, en cas de déclenchement de la procédure d'alerte du fait d'un risque de dépassement au moins en partie imputable aux dépenses de soins de ville.

La LFSS de 2011, par son article 48, a complété les missions du Comité d'alerte pour prévoir qu'il remet son premier avis avant le 15 avril sur la prévision de réalisation de l'Ondam de l'année précédente et surtout ses conséquences pour le respect de l'Ondam de l'année en cours. Quant à la loi du 28 décembre 2010, dite de

programmation des finances publiques 2011-2014, elle a prévu, pour garantir le respect des Ondam, qu'« une partie des dotations relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie est mise en réserve au début de chaque exercice. Son montant ne peut être inférieur à 0,3 % de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ».

Dans un contexte de vieillissement de la population, la régulation des dépenses de santé passe aussi par le développement d'une médecine de « parcours »

Depuis plusieurs décennies, l'accroissement de l'espérance de vie s'explique principalement par les gains réalisés aux grands âges.

L'accroissement de l'espérance de vie et la transformation, de par le progrès médical, d'épisodes aigus en situations de chronicité conduisent néanmoins au développement de situations de polyopathologies dans lesquelles les personnes âgées – mais pas seulement elles – sont traitées de manière régulière pour plusieurs maladies, souvent doublées de limitations fonctionnelles et d'incapacités. Ce phénomène contribue fortement à la croissance des dépenses de santé.

Le constat très largement documenté, notamment par le HCAAM, d'une prise en charge inadéquate de ce public fragile et complexe plaide vigoureusement pour la recherche d'une meilleure efficacité globale de l'organisation des soins et des aides sociales, notamment par la mise en place de véritables parcours pour ces patients. Ainsi, ils seraient mieux soignés et des dépenses inutiles – notamment d'hospitalisation complète –, liées à leur situation spécifique, pourraient être évitées. Une amélioration de leur prise en charge suppose de passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine qu'on peut appeler de « parcours ».

Le rôle de l'Assurance maladie et des agences régionales de santé en serait modifié. Elles se positionneraient davantage comme l'instrument d'une démarche globale, qui vise à la qualité de l'accompagnement soignant et social, en lien avec les collectivités locales, de chaque personne tout au long de sa vie. La Haute Autorité de santé devrait, à cette fin, développer une fonction d'élaboration de recommandations de « parcours », visant à articuler de manière optimale les bonnes pratiques individuelles, notamment pour les maladies chroniques et les polyopathologies. L'implication active du malade est également un enjeu de qualité dans la prise en charge de son « parcours » de soins.

Pour enclencher un processus d'amélioration à la fois de la qualité des soins et de la maîtrise de la dépense publique globale (dépenses d'assurance maladie et dépenses d'aide sociale), le HCAAM a recommandé d'engager une démarche de préfiguration, reposant sur des « projets pilotes » (au sens de prototypes, et non d'expérimentations) animés au niveau national et mis en œuvre par des ARS. ?

Déjà deux décennies de santé publique européenne, et après ?

Daniel Orban

Docteur en droit,
Faculté de médecine,
université de
Nice-Sophia Antipolis

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, deux superpuissances, les États-Unis et l'URSS, monopolisent la prépondérance sur l'Univers.

Les pays de l'Europe occidentale, à force de s'entre-déchirer, avaient perdu leur suprématie. Pour cette raison, l'idée d'union, affaire jusque-là de penseurs et d'écrivains, fait rapidement son chemin et certains responsables politiques considèrent sa mise en œuvre comme une nécessité vitale.

Cinq ans après la fin d'un conflit particulièrement dévastateur et meurtrier, le célèbre discours de Robert Schuman du 9 mai 1950 enclenche le processus d'intégration européenne. Dans un premier temps, l'Europe se construit à partir de communautés qui créent essentiellement un marché commun s'appuyant sur la libre circulation des marchandises. Lorsque les objectifs prévus par les traités fondateurs de 1951 et 1957 furent atteints, les chefs d'État ou de gouvernement décidèrent d'ouvrir une nouvelle page de la chronologie européenne au début des années 1990. Ils ont transformé les communautés en une union, avec la volonté de la rapprocher au maximum de la vie quotidienne des populations. Ainsi, le Marché commun a évolué vers un marché unique, une union économique et monétaire a permis la naissance de l'euro et la libre circulation des citoyens s'est organisée au sein de l'espace Schengen.

De nouvelles compétences, ignorées jusqu'alors, ont été conférées aux instances décisionnelles de l'Union, dont la santé publique (article 129 du traité de Maastricht, appliqué à partir de novembre 1993).

La spécificité de la santé publique européenne

Afin de démontrer la particularité de la santé publique européenne, il est nécessaire d'indiquer la manière dont se partagent les pouvoirs entre l'Union européenne et ses États membres, autrement dit de répondre à la question « qui fait quoi ? » aux différents niveaux de la prise de décision.

La répartition des compétences se réfère au « principe d'attribution » selon lequel l'Union effectue les seules tâches dévolues par le traité, alors que les autres activités restent du ressort des États. En fait, il s'agit de la garantie que l'Union ne puisse s'attribuer des pouvoirs au détriment de ses pays membres, sans l'accord de ceux-ci. Dans un souci de simplification, le dernier traité en date (Lisbonne, décembre 2009) a distingué trois types de compétences :

- les compétences exclusives de l'Union pour lesquelles le système institutionnel européen élabore la législation communautaire sous forme de règlements

et de directives (par exemple : union douanière, concurrence, euro, pêche...),

- les compétences partagées se définissent par le fait que les États n'agissent qu'en cas de non-intervention de l'Union (par exemple : environnement, transports, protection des consommateurs, enjeux communs de sécurité en matière de santé publique...),

- les compétences d'appui ou de coordination se limitent à un soutien ou une valorisation par l'Union des initiatives menées par les États dans l'exercice de leurs pouvoirs (par exemple : culture, tourisme, éducation, sport, protection et amélioration de la santé humaine...).

Figurant dans deux types de compétences, il n'est pas simple de se faire une idée exacte de la santé publique européenne, dont l'existence reste souvent méconnue par de nombreux professionnels de santé. Dès lors, la référence aux textes du traité, c'est-à-dire au droit primaire européen, apporte la précision qui s'impose.

Selon l'article 168, l'objectif fondamental de l'Union est « la recherche d'un niveau élevé de protection de la santé humaine », ce qui dépasse la définition de la santé inscrite dans l'acte constitutif de l'OMS : « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

L'article 4k fixe les enjeux communs de sécurité poursuivis en partage par l'Union et ses États membres, à savoir l'instauration de normes élevées de qualité des organes et substances d'origine humaine, ainsi que du sang et des dérivés du sang, de même que des médicaments et dispositifs à usage médical.

De son côté, l'article 6a envisage la faculté pour l'Union de renforcer une mesure prise par un État, sans interférer dans sa capacité décisionnelle. Cette potentialité ouvre la voie à l'amélioration de la prévention de diverses affections et la prise en considération de multiples causes de danger pour la santé physique ou mentale.

Malgré un rôle *a priori* assez restreint, l'Union dispose d'un large choix d'intervention pour accomplir correctement sa mission de santé publique : l'information sur la santé, l'alerte précoce et la riposte rapide face à des urgences sanitaires, la réplique à des menaces pathogènes mondiales, la prévention, l'éducation à la santé dès l'enfance, en vue d'adopter des modes de vie sains ou de modifier des comportements, l'échange de meilleures pratiques, l'utilisation de réseaux, le recueil de données comparables et compatibles.

On constate que, en dépit d'apparentes restrictions établies par le droit européen, la santé publique européenne ne manque pas de moyens pour exercer une influence déterminante sur les systèmes nationaux.

Cette prégnance est le fruit d'une évolution somme toute assez rapide, puisqu'il lui a suffi d'une vingtaine d'années pour s'accomplir.

Le développement de la santé publique européenne

Lorsque les traités fondateurs (traité Ceca de 1951, traités CEE et CEEA de 1957) instaurent des Communautés à vocation économique, ils ne retiennent pas la santé publique comme élément d'intégration dans le cadre de la réalisation du Marché commun. Ils ne se soucient que de la santé et de la sécurité sur les lieux de travail, dans le but de réduire les accidents et les maladies professionnelles.

Jusqu'au milieu des années 1970, la Commission européenne se focalise sur les déficiences des modes de gestion des entreprises afin d'optimiser la sécurité des travailleurs. Elle a recherché des effets induits en termes de performances économiques, conformes à la logique du Marché commun, de façon à améliorer la motivation des personnels. Année après année, un socle de normes minimales s'est construit, garantissant un progrès régulier de la sécurité et de la santé au travail.

Un premier Programme d'action en santé et sécurité au travail verra seulement le jour en 1978, suivi par un deuxième en 1984. À partir de ces instruments, une législation commune va se composer de maintes directives, dont la plus célèbre, dénommée « directive amiante », remonte à 1976 dans sa première version (les aménagements successifs ont fait l'objet d'une codification en 2009).

Deux textes de l'Acte unique européen de 1986, les articles 100A et 118A, donnent un nouvel essor à la santé et à la sécurité au travail. Désormais, le droit européen légifère sur l'amélioration du milieu du travail, prévoit des règles contraignantes sur l'utilisation et l'entretien des machines et équipements de production, impose la mise sur le marché de produits à usage industriel sûrs.

Il rajoute aussi des obligations à charge des employeurs, parmi lesquelles l'évaluation des menaces pour la santé, des protections collectives et individuelles en faveur des travailleurs, le remplacement d'outils indubitablement dangereux, l'information des personnels sur les risques encourus et sur les moyens de les réduire ou de les éliminer.

À la fin des années 1980, alors que la transition entre les communautés et l'Union progresse à grands pas, deux événements importants marquent la fin de la phase des communautés.

En décembre 1989, les chefs d'État ou de gouvernement adoptent la « charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs », dont le point 9 reconnaît le « droit à la protection de la santé et à la sécurité sur le lieu de travail, ce qui inclut la formation, l'information, de même que la consultation et la participation des salariés ».

De mars 1992 à février 1993, l'Année européenne pour la sécurité, l'hygiène et la santé sur le lieu de

travail, par la forte mobilisation qu'elle a déclenchée, a généré une réelle sensibilisation des acteurs économiques aux problèmes soulevés par les accidents de travail, les maladies professionnelles, la qualité de l'air, le bruit, les vibrations et le bien-être au travail. Elle a eu également comme effet de placer le médecin généraliste au cœur des stratégies de prévention et de détection des symptômes de pathologies en rapport avec l'activité professionnelle.

Indéniablement, la santé publique en tant que telle ne fut pas une préoccupation durant la période des Communautés européennes. Par contre, à l'instar de certains auteurs, il serait inexact d'affirmer que l'Europe ne se soit nullement souciée de la santé avant 1993. Certes, elle ne l'a prise en compte que dans la sphère du travail, ce qui ne signifie pas un total désintérêt puisque ses bénéficiaires ont pu disposer d'une panoplie de règles protectrices.

Par le traité de Maastricht sur l'Union européenne, entré en vigueur en novembre 1993, l'intervention communautaire dépasse vraiment la protection de la santé sur le lieu de travail. Son article 129 donne naissance à la santé publique européenne en octroyant au système institutionnel européen le pouvoir de « contribuer à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine » et, dorénavant, en faveur de l'ensemble des citoyens. Destinataires d'une compétence inédite, les instances européennes ont dû faire preuve d'imagination, de réalisme et de courage. Confrontées aux légitimes attentes des professionnels, elles ont été obligées d'opérer une sélection parmi de multiples actions possibles, en se référant à des critères indiscutables tels que la mortalité et la morbidité, ainsi que le bénéfice obtenu par des interventions de nature à prévenir des décès prématurés et à promouvoir la qualité de vie. La préférence s'est portée sur des mesures spécifiques à l'encontre de grands « fléaux » sanitaires pour la durée de 1995 à 2000. Le premier cercle des priorités s'est cantonné à la lutte contre le cancer, la toxicomanie, le sida et certaines maladies transmissibles, à la promotion de la santé axée sur les déterminants liés au comportement individuel et à la sécurité transfusionnelle.

Avec le traité d'Amsterdam de mai 1999, la santé publique européenne prend une orientation différente. En effet, si l'article 152 confirme l'objectif général, il ne confine plus la santé publique européenne à la prise en considération des seuls grands fléaux, tel qu'auparavant.

Deux enseignements du programme d'action 1995-2000 avaient été tirés à l'occasion d'une réflexion sur son impact. L'approche en programmes distincts avait permis de contourner les divergences entre États sur l'ordre des priorités ; par contre, elle avait manqué de flexibilité et présentait des inconvénients au regard d'une indispensable coordination entre programmes. Il faudra quatre années de débats, émaillés de vives discussions et parfois d'accrochages entre le Parlement européen et le Conseil des ministres de l'Union,

pour aboutir à une solution de compromis, prenant en compte l'aspect positif et l'aspect négatif de la première réponse à l'exigence pour l'Union de conduire une santé publique européenne.

En septembre 2002, un premier Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique est voté pour la période 2003-2008. Avec ce programme, la santé publique européenne opère un virage, rendu nécessaire par les crises sanitaires que furent l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), le syndrome respiratoire aigu sévère (Sras) et la grippe aviaire. En réaction aux dangers pour la santé, l'Union se réfère au principe de précaution, met en place un réseau de surveillance et de contrôle des maladies transmissibles, crée un système d'alerte précoce et de réaction pour la prévention et le contrôle de ces mêmes maladies, se dote d'une agence spécialisée dénommée Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (Stockholm, 2004), anticipe une éventuelle pandémie de grippe par une planification méthodique de la réponse à cette urgence sanitaire. L'Union s'attaque également à de sérieux périls pour la santé : la résistance antimicrobienne, l'urgence radiologique et le bioterrorisme.

Incontestablement, l'Union dispose d'un large éventail de capacités de réponses à une dangerosité collective, mais elle agit aussi sur les facteurs déterminants pour la santé, liés au mode de vie des personnes prises dans leur individualité. Pour preuve, elle conduit avec détermination la lutte contre le VIH/sida, le tabagisme, la drogue, l'alcoolisme, l'obésité et la dégradation de l'environnement. Cette résolution des instances européennes n'est pas artificielle, car elles se sont entourées de cinq agences spécialisées et d'un Comité scientifique des risques sanitaires émergents.

Les missions fixées par le traité ayant été remplies avec succès, il était normal qu'un deuxième programme succède au précédent, pour la période 2008-2013. Basé sur l'article 168 du traité de Lisbonne, en application depuis décembre 2009, le programme en cours ne bouleverse pas ce qui a correctement fonctionné, mais il tient compte de la crise sanitaire majeure que fut la pandémie de grippe A H1/N1.

Les finalités de la santé publique européenne s'inscrivent dans trois objectifs : l'amélioration de la sécurité sanitaire des citoyens, l'amélioration de la santé et la diffusion d'informations et de connaissances en matière de santé. Par rapport au premier programme, il introduit une nouveauté à destination de l'ensemble des décideurs responsables de la santé, puisqu'il souligne avec force l'intérêt de la valeur ajoutée européenne, en réaction à des défis identiques auxquels tous les États ont à répondre : le changement démographique consécutif au vieillissement de la population, l'augmentation des menaces transfrontalières et la multiplication des pathologies associées à des comportements préjudiciables. Enfin, une série de grands principes, dépassant le domaine de la santé publique, est mise

en avant afin que les États s'en inspirent : l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité, la solidarité, la participation du patient aux décisions sur sa santé, la reconnaissance de la santé en tant que bien le plus précieux et l'organisation de synergies avec des secteurs essentiels pour la santé, tels l'environnement et la recherche.

Que sera la santé publique européenne de demain ?

À court terme, il est évident que la santé publique européenne poursuivra son cheminement tout en se développant, puisqu'un nouveau programme pluriannuel est en cours de négociation. Intitulé « Santé en faveur de la croissance », il couvrira la période 2014-2020. Mais, à moyen et long termes, la question se posera sur le devenir potentiel de la santé publique européenne. Sans tomber dans l'utopie, on peut raisonnablement concevoir qu'elle devienne une « nouvelle frontière » de l'intégration européenne avec, à la clé, des mutations à envisager dans les systèmes de santé nationaux.

La santé publique, en rapprochant les citoyens de la construction européenne, contribuerait à l'élaboration d'un cadre de solidarité supranationale et servirait de liant sociopolitique. Cet apport à la dynamique de l'intégration trouve sa justification dans la singularité de la santé publique qui touche à la fois au particulier, c'est-à-dire à la vie, et à l'universel, par le potentiel qu'elle véhicule en faveur de l'économie.

L'eupéanisation du secteur sanitaire ne doit plus relever de l'imaginaire, dans la mesure où l'émergence d'un réel espace européen de la santé publique, en particulier à travers la santé en ligne, ne produirait que des avantages aux systèmes de santé nationaux, aux professionnels ainsi qu'aux patients, en somme à l'ensemble des acteurs en charge ou bénéficiaires d'un niveau de qualité élevé de la santé. Certes, le chantier s'annonce parsemé d'embûches dès lors qu'il faudra surmonter les différences économiques et sociales entre pays au regard de la santé. Il s'agira de faire disparaître toutes les hétérogénéités et complexités préjudiciables au patient afin qu'il bénéficie des avantages d'une « culture de la prévention », en substitution d'une « culture du soin ».

Pour qu'un tel projet audacieux arrive à se concrétiser, il sera indispensable de l'accompagner d'une agence spécialisée. Une agence européenne d'évaluation des technologies de santé offrirait l'expertise nécessaire en termes d'harmonisation dans la prise de décision en santé publique, évitant ainsi son fractionnement en fonction du nombre d'États membres. Une telle agence servirait de guide à visée scientifique pour l'action politique, en fournissant des avis argumentés sur les diverses dimensions de la thématique de santé publique.

Dans un avenir, difficile à déterminer avec précision, la santé publique devra basculer intégralement dans le cadre des compétences européennes et sortir du giron national.

On parlera alors de l'Europe de la santé publique qui, dans le futur, finira par s'étendre aux systèmes de soins eux-mêmes.

En termes de solidarité supranationale, il s'agit d'un formidable défi à relever – mais peut-on y renoncer s'il est de nature à amener un bénéfice pour les citoyens ? Encore faut-il que les décideurs fassent preuve de hauteur de vue et de force de caractère, cela étant une autre affaire.

Quoi qu'il en soit, tout cela demandera du temps, exigera du courage, mais la fondation de l'espace européen de la santé publique, ensuite de la santé en général, dépendra de la détermination de ceux qui souhaiteront son existence.

À voir, tout en faisant preuve d'un optimisme raisonné! ?