

adsp

50

mars 2005

adsp

actualité et dossier en santé publique

trimestriel

L'asthme en France

**Réforme
du financement
des établissements
de santé**

**L'Europe de la santé
publique : compétences
et réalisations
communautaires**

**Évaluation
du programme
CAPRI de prévention
des addictions**

dossier

**Politiques et programmes
nationaux de santé**

revue du Haut Comité de la santé publique





Haut Comité de la
Santé Publique

Ministère des Solidarités,
de la Santé et de la Famille

Haut Comité de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

Télécopie : 01 40 56 79 49

Site : www.hcsp.ensp.fr

Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

Président

Philippe Douste-Blazy,
ministre des Solidarités,
de la Santé et de la Famille

Vice-Président

Roland Sambuc

Rapporteur général

Anne Tallec

Membres

Maryvonne Bitaud-Thépaut

Jean-François Bloch-Lainé

François Bonnaud

Christian Bréchet

Jean Castex

Yves Charpak

Jean-Pierre Claveranne

William Dab

Jean-François Dodet

Isabelle Durand-Zaleski

Isabelle Ferrand

Odette Grzegorzka

Pierre Guillet

Jacques Hardy

Dominique Libault

Roland Sambuc

Simone Sandier

Anne Tallec

Frédéric Van Rookeghem

Secrétaire général

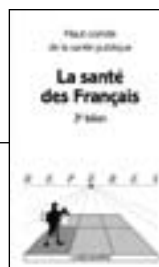
William Dab,
directeur général de la Santé

Secrétaire général adjoint

Geneviève Guérin

HCSP publications

Nouvelles publications



La santé en France 2002

Paris : La Documentation française,
2-11-005112-4, 412 p., 20,00 euros.
Diffusion La Documentation française
et en librairie.

La santé des Français, 3^e bilan

Paris : La Découverte, collection Repères,
2-7071-3590-9, 128 p., 7,95 euros.
En vente en librairie.

Violences et santé

Rennes : Éditions ENSP, ISBN : 2-85952-898-9,
22,00 euros
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Collection Avis et rapports

Le panier de biens et services de santé

Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-628-5, 75 p., 18,29 euros.
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes

Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-619-6, 116 p., 18,29 euros.
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé

Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-638-2, 280 p., 25,92 euros.
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France

Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-629-3, 275 p., 25,92 euros.
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

La revue adsp

adsp est consultable sur hcsp.ensp.fr (en plein texte pour les numéros 1 à 23 et 26 à 31, en extraits pour les autres). Les numéros 1 à 23 sont disponibles (pour les numéros non épuisés) auprès du HCSP, les autres (sauf les n° 26 à 31, épuisés) sont en vente à La Documentation française (voir 3^e page de couverture).

Derniers numéros parus :

décembre 2004, n° 49, dossier : La situation des personnes handicapées : un enjeu de société.

septembre 2004, n° 48, dossier : L'information sur l'offre de soins.

juin 2004, n° 47, dossier : La prévention des maladies cardio-vasculaires.

mars 2004, n° 46, dossier : Politiques et programmes régionaux de santé.

décembre 2003, n° 45, dossier : La prévention du suicide.

septembre 2003, n° 44, dossier : La santé en prison.

juin 2003, n° 43, dossier : Renovation de l'action sociale et médico-sociale.

mars 2003, n° 42, dossier : Information en santé : développements européens.

décembre 2002, n° 41, dossier : Accidents de la route : des handicaps et des décès évitables.

septembre 2002, n° 40, dossier : Le sida 20 ans après.

juin 2002, n° 39, dossier : L'innovation en santé.

mars 2002, n° 38, dossier : Les infections liées aux soins.

La Documentation française

29-31 quai Voltaire

75344 Paris CEDEX 07

Téléphone : 01 40 15 70 00

Téléphone : 01 40 15 68 00

www.ladocumentationfrancaise.fr

Éditions ENSP

Avenue du P^r Léon-Bernard

35043 Rennes CEDEX

Téléphone : 02 99 54 90 98

Télécopie : 02 99 54 22 84

www.editions.ensp.fr

HCSP

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

Téléphone : 01 40 56 79 80

Télécopie : 01 40 56 79 49

www.hcsp.ensp.fr



Politique de santé : une approche intégrant l'ensemble des problématiques

Jean-Pierre Claveranne
Professeur
des universités,
université Lyon III,
Lass-Graphos CNRS,
membre du Haut Comité
de la santé publique

Le secteur de la santé, comme tous les autres secteurs de l'économie, est désormais entré, dans les pays développés, dans l'ère des rendements non proportionnels et/ou décroissants : des ressources de plus en plus importantes améliorent de plus en plus difficilement l'état de santé de la population voire, dans certains cas, le dégradent.

De ce fait, malgré la mise en place de mesures pour réduire les dépenses de santé, celles-ci continuent à croître. Un véritable « mur d'entropie » semble s'être installé entre les budgets dédiés aux systèmes de santé et la santé des populations.

Pris en étau entre le maintien et l'exigence de l'équité et les pressions économiques, acculées dans une impasse décisionnelle en matière de politique de santé, la majorité des pays développés recherchent aujourd'hui d'autres mécanismes que les mécanismes financiers pour rationaliser les dépenses de santé. Cette démarche s'effectue selon trois constantes : l'élargissement nécessaire des objectifs de santé non plus restreints au secteur des soins mais à l'ensemble des déterminants de la santé, l'intégration des usagers et citoyens aux processus de décision en matière de politique de santé, et la nécessaire définition d'objectifs communs aux parties prenantes du système de santé hiérarchisés selon des priorités de santé.

Trois logiques majeures influencent les dispositifs, la logique des *health targets* influencée par l'OMS, la logique de soins influencée par le besoin de rationalisation de l'offre de soins et la logique matricielle qui intègre un ensemble d'influences et les combine.

La logique *health target* est considérée de plus en plus par les acteurs de terrain et la littérature comme non opérationnelle, car trop exhaustive et peu réaliste. La logique de soins est jugée trop restrictive et beaucoup trop axée sur les considérations économiques. La logique matricielle, qui combine des priorités verticales, horizontales et transversales, apparaît comme vecteur de cohérence et de lisibilité pour les acteurs.

À l'inverse des deux premières qui ont plutôt tendance à s'inscrire dans une dynamique de rupture/juxtaposition plutôt que dans une dynamique d'infléchissement, la logique matricielle propose une réflexion globale intégrant l'ensemble des problématiques de santé dans un schéma unique. Chaque partie prenante peut se positionner dans son activité et dans ses interrelations avec les autres activités. Cette logique s'appuie non pas sur une rupture, mais sur un repositionnement de l'existant au regard des problématiques. Elle consiste non pas en un bouleversement des actions, mais dans une réinscription de celles-ci dans un cadre finalisé différemment. Cette logique dynamise les acteurs dans le sens où, pour chaque ligne de la matrice, un chef de projet est nommé et pour chaque intersection, ligne-colonne, une cellule de coordination est mise en place. Les limites résident alors justement dans cette action pluridimensionnelle complexe qui oblige à raisonner sur l'ensemble et à travailler de concert. Cela bouleverse les lignes hiérarchiques et oblige à de nouvelles formes de régulation des actions individuelles basées sur la coordination, l'autorité rationnelle légale et des espaces de délibération clairement définis et organisés.

Un des défis majeurs en termes de santé publique auquel sont confrontés les pays développés est le nécessaire travail à réaliser pour mettre en perspective objectifs et priorités de santé avec les déterminants de santé. Ce défi implique d'ouvrir le champ et l'organisation de la santé publique à l'ensemble des acteurs concernés, et non pas seulement aux seuls professionnels de santé. Une telle ambition passe, au plan de la recherche, par des fertilisations croisées entre épidémiologie, sciences de la vie et sciences sociales, au plan de l'action par la prise en compte de la dimension santé publique dans toutes les décisions, dans toutes les actions d'évaluation qui concernent de près ou de loin la santé des citoyens, au plan de la citoyenneté par l'ouverture des conférences de santé sur le monde économique sans exclusive.

La démocratie sanitaire, qui ne peut se résumer à la seule participation des usagers ou de leurs représentants, est à ce prix. ■

Directeur de la publication

William Dab, directeur général de la Santé

Rédacteur en chef

Patricia Siwek

Comité de rédaction

Philippe Amiel, Gérard Badéyan,
Dominique Bertrand, Jean-François Bloch-Lainé,
Pierre-Henri Bréchat, Étienne Caniard,
Bernard Cassou, Sandrine Chambaretaud,
Antoinette Desportes-Davonneau,
Jean-François Dodet, Marc Duriez,
Pascale Gayard, Isabelle Grémy,
Geneviève Guérin, Alain Jourdain,
Claudine Le Grand, Guy Nicolas, Anne Tursz

Secrétaire de rédaction

Marie-Josèphe Strbak

Coordonnées de la rédaction

Haut Comité de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 56
Télécopie : 01 40 56 79 49
Courriel : hcsp-adsp@sante.gouv.fr
Site : hcsp.ensp.fr

Demandes d'abonnement

La Documentation française
Bulletin d'abonnement : 3° de couverture

Réalisation

Philippe Ferrero

Secrétariat

Riama M'Bae

Ont participé à ce numéro

Marie-Christine Avargues, Alain Bérard,
Capucine de Bérard, Dominique Bertrand,
Richard Bouton, Pierre-Henri Bréchat, Cécile Brouard,
Benoît Chardon, Karine Chevreul, Olivier Choinière,
Jean-Pierre Claveranne, René Demeulemeester,
Philippe-Henri Déprez, Catherine Embersin,
Pierre-Gerlier Forest, Bertrand Garros, Isabelle Grémy,
François Grémy, Jean-Claude Henrard, Serge Hercberg,
Albert Hirsch, Françoise Jabot, Emmanuelle Jean,
Florence Jusot, Jean Kermarec, Caroline Leuridan,
Geneviève Paicheler, Dominique Polton,
Dominique Prunet, Meyer Semhoun,
Dominique Seyer, Jean Turgeon, Xiaoya Wu-Zhou

adsp actualité et dossier en santé publique
est publiée par La Documentation française

Revue trimestrielle 13,20 euros

Abonnement annuel (4 numéros) 40,80 euros

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et
du Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992,
toute reproduction partielle ou totale à usage collectif
de la présente publication est strictement interdite sans
autorisation expresse de l'éditeur.

© 2005 Haut Comité de la santé publique

Dépôt légal juillet 2005. ISSN 1771-7450.

Photographie : © Pascal Sacleux, www.pascalsacleux.com.

Commission paritaire : 1008 B 05201.

Imprimerie : LIR, 91320 Wissous.

éditorial

1 Politique de santé : une approche intégrant l'ensemble des problématiques

Jean-Pierre Claveranne

actualité

4 L'asthme en France : sa gravité potentielle mérite plus d'exigence

En France, près de 4,5 millions
de personnes sont soignées
pour leur asthme. La prise
en charge de ces patients peut
être améliorée.

Dominique Seyer,
Philippe-Henri Déprez,
Dominique Prunet

7 Réforme du financement des établissements de santé et amélioration de leur gestion

La réforme de la tarification
des hôpitaux, T2A,
améliorera-t-elle la gestion
des établissements de santé ?

Caroline Leuridan,
Meyer Semhoun

rubriques

régions

12 Évaluation du programme CAPRI de prévention des addictions

Bilan d'un programme
de programme de prévention
des addictions réalisé durant
trois ans auprès de collégiens
de la région Ile-de-France.

Catherine Embersin,
Xiaoya Wu-Zhou, Cécile Brouard,
Benoît Chardon, Isabelle Grémy

rubriques

international

71 L'Europe de la santé publique : compétences et réalisations communautaires

Quel rôle a l'Union européenne
en matière de santé publique ?
Évolution de sa politique au fil
des traités.

Emmanuelle Jean

repères

11 brèves européennes

16 organisme

Institut national
de la statistique et
des études économiques

77 formation

Master professionnel
management
des organisations médicales
et médico-sociales

78 recherche

Épidémiologie nutritionnelle

79 lectures

81 en ligne

81 lois & réglementation

84 calendrier

prochain numéro

dossier n° 51

La prise en charge du cancer

Politiques et programmes nationaux de santé

L'évolution des politiques publiques dans le secteur de la santé a conduit à l'élaboration et la mise en œuvre de nombreux programmes de santé. Leur objectif était de répondre à des besoins de la population ou faisait suite à des crises sanitaires. Il a été nécessaire de déterminer des priorités, de sélectionner des indicateurs qui permettraient de mesurer leur impact et de tenir compte des déterminants de santé.

dossier coordonné par **Jean-Claude Henrard** et **Pierre-Henri Bréchat**

p. 17

18 Naissance et histoire des priorités et actions des politiques nationales de santé

18 Répartition des ressources et démarche stratégique de santé publique

Jean-Claude Henrard

21 Des ordonnances à la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 : définition des politiques à partir des priorités

Pierre-Henri Bréchat

24 Programmes, plans ou stratégies de santé publique développés de 1995 à 2002

27 L'impossible bénéfice du doute : du scandale à la prudence dans le traitement public des risques sanitaires

Geneviève Paicheler

29 Des priorités aux programmes

29 Du bon usage des priorités de santé

Bertrand Garros

31 Les propositions de priorités et d'objectifs dans *La santé en France* en 1994

33 La lutte contre les inégalités dans les politiques et les programmes nationaux de santé

Florence Jusot, Dominique Polton

36 L'impact de l'Europe sur les programmes nationaux de santé publique

Emmanuelle Jean

38 Financement des politiques de santé

Dominique Bertrand, Pierre-Henri Bréchat

40 La mise en œuvre des politiques de santé

40 Forces et faiblesses des programmes nationaux de santé

Pierre-Henri Bréchat, Marie-Christine Avargues, René Demeulemeester, Françoise Jabot

43 Le Programme national nutrition santé

Serge Hercberg

45 Le développement des soins palliatifs en France : impact des programmes en cours

Jean Kermarec

50 Pour un cadre général de suivi des politiques de santé

Alain Bérard, Pierre-Henri Bréchat

52 Les expériences étrangères

52 Priorités de santé publique et gouvernance par programmes au Royaume-Uni

Karine Chevreul

55 La programmation sanitaire au Québec : trop de cuisiniers gâchent le potage

Jean Turgeon, Olivier Choinière

58 tribunes

58 Le pouvoir, les incitations, la confiance

Pierre-Gerlier Forest

60 Les médecins généralistes et la mise en œuvre de la politique de santé publique

Richard Bouton

64 La réglementation de l'usage du tabac, bilan et perspectives

Capucine de Bérard, Albert Hirsch

67 Histoire et avenir de la santé publique

François Grémy

69 bibliographie

L'asthme en France : sa gravité potentielle mérite plus d'exigence

Dominique Seyer

Médecin-conseil, direction
régionale du Service médical
de la région Nord-Est

Philippe-Henri Déprez

Médecin-conseil, direction
régionale du Service médical
de la région Centre

Dominique Prunet

Médecin-conseil

Pierre Fender

Médecin-conseil national adjoint

Hubert Allemmand

Médecin-conseil national
Service médical, Cnamts

L'Assurance maladie s'est fortement impliquée dans le développement des bonnes pratiques pour la prise en charge des patients asthmatiques.

Maladie inflammatoire chronique affectant les voies respiratoires, l'asthme ne mérite pas la réputation d'affection banale, voire bénigne, qu'il conserve parfois. Sa fréquence et sa gravité n'ont cessé d'augmenter au cours des dernières décennies. En France, 4,5 millions de personnes ont été soignées pour leur asthme en 2000, soit 10,8 % de la population couverte par le régime général¹. Le coût des traitements peut être estimé à plus d'un milliard d'euros par an.

Ses mécanismes sont pourtant de mieux en mieux compris, sa prise en charge codifiée, et les médicaments qui permettent de le traiter de plus en plus efficaces.

Une enquête publiée par l'Assurance maladie, dans l'édition 2001 des *Faits marquants*[1], mettait en effet en évidence des carences dans la prise en charge des patients asthmatiques au regard des recommandations de bonne pratique médicale. Les résultats des études présentées, menées dans cinq régions différentes, étaient convergents :

- les asthmatiques étaient souvent gênés dans leurs activités,
- l'éducation des patients était insuffisante,
- le suivi des malades était rarement optimal,

1. Étude de l'assurance maladie réalisée sur les données de remboursement des médicaments en 2000 aux assurés sociaux protégés par le régime général des salariés, qui couvre 41,5 millions de personnes (salariés hors fonctionnaires et étudiants).

- le traitement pouvait être mieux adapté.

Un engagement accru de la part de nombreuses régions

Depuis quelques années, les partenaires conventionnels ont introduit le thème du « patient asthmatique » dans les sujets nationaux de formation professionnelle conventionnelle financée par l'Assurance maladie. Entre 2001 et 2003, près de 2 000 médecins généralistes ont suivi ce type de formation.

Durant cette période, dans de nombreuses régions (Centre [2], Ile-de-France, Franche-Comté, Haute-Normandie, Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Champagne-Ardenne, Lorraine) et sur l'Île de la Réunion [3], le Service du contrôle médical de l'Assurance maladie (régime général) a axé ses actions sur la diffusion des recommandations internationales du Global initiative of asthma (Gina) [4] et de l'Agence nationale pour le développement en santé (Andem) [5]. Les premières ont été régulièrement mises à jour. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a complété celles de l'Andem, qui portaient sur le diagnostic et le traitement de l'asthme, par des recommandations sur l'éducation du patient asthmatique adulte et adolescent en 2001 [6], enfant en 2002 [7], et plus récemment, en 2004, sur le suivi médical du patient asthmatique [8].

L'objectif était d'améliorer la prise en charge de l'asthme au regard des recommandations existantes [4, 5]. Les actions

entreprises, bien que différentes, avaient toutes pour but de diffuser le plus largement possible les recommandations de bonne pratique auprès des médecins généralistes.

L'évaluation de ces actions a permis de mesurer l'évolution des modalités de prise en charge des malades asthmatiques, qu'il s'agisse des adultes ou des enfants.

Dans certaines régions, des actions spécifiques ont été menées

En Franche Comté, un accord de bon usage des soins (AcBus) a été signé le 15 mai 2002. Il s'agit d'un avenant à la convention régissant les relations entre les professionnels de santé libéraux et l'Assurance maladie. Sur une période de trois ans, un travail en commun avec les professionnels de santé a permis :

- d'élaborer un consensus régional de prise en charge pluridisciplinaire,
- de réaliser un carnet de suivi du malade,
- d'organiser des journées de formation,
- et de développer l'éducation thérapeutique.

Un bilan est prévu au deuxième semestre 2005.

En Champagne-Ardenne, des entretiens confraternels ont été proposés aux médecins généralistes qui prescrivaient le moins de corticothérapie inhalée. Cent quatre médecins ont été rencontrés en 2004. Lors de cet entretien, les résultats de l'étude régionale ont été présentés. Une plaquette résumant les recommandations de bonne pratique ainsi qu'un débitmètre de pointe (DMP) ont été remis aux praticiens.

En région Centre, les recommandations ont été diffusées, en 2001-2002, à tous les omnipraticiens et pneumologues de la région, avec un rappel à l'occasion d'une demande d'exonération du ticket modérateur de leurs patients au titre de l'asthme. À titre expérimental, une aide au sevrage tabagique a également été organisée en collaboration avec les centres d'examen de santé des caisses primaires d'assurance maladie. Les asthmatiques fumeurs réguliers, volontaires, ont bénéficié d'une prise en charge des patchs nicotiniques, pendant trois mois (lire encadré).

En Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), les recommandations ont été diffusées

auprès des médecins généralistes, pneumologues, allergologues et pédiatres de la région. Un entretien confraternel portant sur la maladie asthmatique a également été proposé à tous les médecins demandant une prise en charge à 100 % pour leur patient asthmatique. Sur 281 entretiens proposés, 266 ont été réalisés.

Une prise en charge qui s'améliore progressivement

L'évaluation des actions menées par l'Assurance maladie montre une amélioration significative de la surveillance et du traitement des patients asthmatiques dans ces régions.

En Champagne-Ardenne, un questionnaire d'évaluation a été adressé aux 104

médecins ayant bénéficié d'un entretien confraternel. Neuf sur dix [89] ont répondu. Seul un médecin sur deux examinait périodiquement ses patients asthmatiques. Après l'entretien, ils étaient neuf sur dix à le faire. De même, l'utilisation périodique du DMP est multipliée par deux chez l'enfant (25 % à 50 %) et chez l'adulte (31 % à 62 %). L'exploitation des bases de remboursement régionales a permis de mettre en évidence, pour ces médecins, une légère augmentation de 5 % du ratio : nombre de patients ayant eu un remboursement de corticoïde inhalé sur nombre de patients ayant eu le remboursement d'un antiasthmatique.

En région Centre, l'évaluation réalisée en 2003 sur un échantillon de 460 patients

Un facteur aggravant : le tabagisme

La proportion de patients asthmatiques qui se déclarent fumeurs est importante. Elle est comparable à celle de la population générale. En région Centre, 35 % des adultes asthmatiques examinés par les médecins conseils déclaraient fumer régulièrement [2]. Ils étaient 37 % en Champagne-Ardenne, 26 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur et dans l'île de la Réunion [3].

Quels sont les effets du tabac sur l'asthme ?

Le tabagisme constitue un facteur d'aggravation et de mauvais contrôle de l'asthme. Il agit en effet sur les mécanismes de l'inflammation bronchique, et entraîne la diminution de l'action des corticoïdes inhalés [9, 10, 11].

Une analyse comparative des prises en charge entre asthmatiques fumeurs et asthmatiques n'ayant jamais fumé, faite en région Centre, montre que les asthmatiques fumeurs sont moins bien suivis et traités

que les asthmatiques non fumeurs :

- Les asthmatiques fumeurs ont moins souvent une exploration fonctionnelle respiratoire que les non fumeurs, 57 % *versus* 74 %,
- ils se rendent moins fréquemment chez un pneumologue, 62 % *versus* 71 %,
- ils font appel plus fréquemment aux services d'urgence, 29 % *versus* 16 %.

Asthme et tabac : comment agir ?

L'amélioration de la prise en charge du patient asthmatique fumeur doit passer par le sevrage tabagique.

Une action efficace menée en région Centre

En région Centre, une expérience a été menée au sein de l'assurance maladie afin d'inciter les asthmatiques fumeurs au sevrage. Le principe : leur proposer une consultation spécifique au centre d'examen de santé et une gratuité de patchs

nicotiniques pendant trois mois.

Parmi les 148 fumeurs asthmatiques ciblés, on observait que :

- 51 % d'entre eux exprimaient le désir d'arrêter de fumer,
- 42 % (62 malades) acceptaient de se rendre au centre d'examen de santé. Pour ces derniers, on constatait à un an : 54 % d'arrêt temporaire avec, lors de la reprise, une diminution du nombre de cigarettes fumées. La période de sevrage complet était supérieure à six mois : 23 % d'arrêt définitif.

Ces résultats étaient comparables à ceux d'une étude portant sur une population en situation de précarité, ayant bénéficié d'une consultation en centre d'examen de santé. Si une prise en charge des substituts nicotiniques de trois mois était proposée à ces sujets, 38 % acceptaient la démarche de sevrage et 30 % d'entre eux étaient toujours abstinents à six mois [12]. ■

s'appuie sur une étude similaire à celle de 1999 (n=691). Les résultats de ces deux études portant sur les adultes de 16 à 55 ans traités pendant au moins un an pour asthme, montrent :

- un recours au pneumologue passant de 47 % à 68 %,
- une utilisation du DMP par les médecins traitants passant de 31 % à 51 %,
- une diminution, encore non significative, du nombre de malades hospitalisés pour leur asthme de 6 % à 4 %,

● une diminution de 20 % du nombre de malades atteints d'un asthme aux stades persistants ne bénéficiant pas d'un traitement de fond, le nombre de malades bénéficiant d'une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) restant comparable (tableau 1).

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, les tendances observées sont superposables à celles de la région Centre, alors que l'étude initiale de 2001-2002 et l'évaluation en 2003 étaient limitées aux sujets bénéficiant

d'une prise en charge à 100 % pour leur asthme (tableau 1).

L'action de l'Assurance maladie s'inscrit ainsi dans un mouvement de fond devant aboutir à la prise de conscience de la réalité de cette maladie. Celle-ci permet de donner au patient les clés pour devenir acteur, et non plus objet de sa prise en charge. ■

tableau 1

Évolution des modalités de surveillance et de prise en charge thérapeutique des malades asthmatiques en région Centre et Paca (en pourcentage)

	Centre Adultes		Paca Adultes et enfants en affection longue durée (ALD)	
	Avant (n=691)	Après (n=460)	Avant (n=289)	Après (n=228)
Suivi par un spécialiste	47	68		
Utilisation du DMP	31	51	28	51
Réalisation d'une EFR	70	71	94	93
Recours à l'hospitalisation	6	4	18	11

références

1. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. « L'asthme en France : une maladie à prendre au sérieux ». In : *Faits marquants* 2001. Paris : Cnamts ; p. 53-9.
2. Balland S., Deprez P., Freslon L., Schmitt B., Charlon R. « La maladie asthmatique de l'adulte. État clinique, facteurs de risque et suivi médical en région Centre ». *Rev Med Ass Maladie* 2002 ; 33 : 89-97.
3. Prévot L., Dalleau-Passarelli N., Soulas A., Trevidic E. « Prise en charge médicale des patients asthmatiques. Enquête de pratique auprès d'assurés sociaux et de médecins de la Réunion ». *Rev Med Ass Maladie* 2003 ; 34 : 3-13.
4. National heart, lung, and blood institute, National institutes of health. *Global initiative for asthma. Pocket guide for asthma management and prevention, a pocket guide for physicians and nurses*. Bethesda (Maryland) : NIH Publication N° 02-3659 ; 1998. Disponible sur www.ginasthma.com.
5. Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem). « Asthme : critères de gravité, aspects diagnostiques et thérapeutiques ». *Concours Médical* 1996 ; 41 (suppl.) Recommandations et références médicales (www.anaes.fr).
6. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). *Éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent*. Paris : Anaes ; juin 2001. Disponible sur www.anaes.fr.
7. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). *Éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique*. Paris : Anaes ; juin 2002. Disponible sur www.anaes.fr.
8. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). *Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents*. Paris : Anaes ; septembre 2004. Disponible sur www.anaes.fr.
9. Sasaki H., Sekizawa K., Yanai M., Arai H., Yamaya M., Ohru T. « Effects of air pollution and smoking on chronic obstructive pulmonary disease and bronchial asthma ». *Tohoku J Exp Med* 1998 ; 186 : 151-67.
10. Chalmers G.W., Macleod K.J., Little S.A., Thomson L.J., McSharry C.P., Thomson N.C. « Smoking and airway inflammation in patients with mild asthma ». *Chest* 2001 ; 120 : 1917 - 22.
11. Chalmers G.W., Macleod K.J., Little S.A., Thomson L. J., McSharry C.P., Thomson N.C. « Influence of cigarette smoking on inhaled corticosteroid treatment in mild asthma ». *Thorax* 2002 ; 57 : 226-30.
12. Kuntz C., Spyckrelle Y., Giordanela J.-P., Baudier F. « Évaluation de la prise en charge des substituts nicotiniques proposés à des populations en situation de précarité dans les centres d'examen de santé ». *Bull Epidemiol Hebd* 2001 ; 22-3.

Réforme du financement des établissements de santé et amélioration de leur gestion

Caroline Leuridan

Ex-chargée de mission, contrôleur de gestion, ARH Basse-Normandie

Dr Meyer Semhoun

Département d'information médicale, CH d'Argentan

La réforme de la tarification des établissements hospitaliers français a été mise en œuvre au 1^{er} janvier 2004. Quelles sont les raisons et les modalités de la tarification à l'activité ? Cette démarche a-t-elle des chances de succès en termes de la gestion hospitalière ?

La réforme du système de tarification hospitalier français, vaste enjeu du plan hôpital 2007, annonce dès 2004 un changement radical des logiques et des comportements des acteurs hospitaliers. Déjà en 1990, C. Cauvin insistait sur le renforcement inévitable des outils de gestion en place : « *Le contexte requiert un renversement radical de perspective. Le temps de la gestion comme condition première de réussite du système de santé semble venu, accéléré d'ailleurs par les réformes récentes, qui, en renforçant les contraintes financières, incitent les responsables à pratiquer de véritables choix en matière d'activités médicales pour respecter les budgets et satisfaire les objectifs de service à la population* » [2]. Rétroactivement, les contraintes financières ne semblent n'avoir eu qu'un impact réduit sur le comportement des responsables hospitaliers. Il convenait donc de refondre plus radicalement le système de tarification en déterminant un nouveau mode qui s'imposerait et bouleverserait enfin réellement les données du paysage hospitalier. En préambule à tout développement relatif à la tarification à l'activité mise en œuvre en 2004, nous effectuerons un bref rappel des mécanismes de financement antérieurs et des outils de régulation proposés (ou imposés) et tenterons d'en tirer un bref constat.

Rappel des modalités de financement antérieures

Prix de journée et dotation globale

Avant 1984, le financement des établissements, similaire aux secteurs publics et

privés, est basé sur le mécanisme du « prix de journée »¹. L'explosion des dépenses de santé a conduit, à compter de cette date, à l'instauration d'un nouveau mode de financement : la dotation globale², limitative, indépendante du niveau d'activité, et évoluant annuellement par application d'un « taux directeur » fixé par les pouvoirs publics. Cet outil, s'il s'avère dans un premier temps efficace — il permet en effet la maîtrise des dépenses hospitalières — ne tient pourtant pas compte de l'évolution différenciée de l'activité des établissements depuis 1983 et fige les situations existantes au jour de son instauration... Seule une faible proportion du budget peut faire l'objet d'une modulation et d'une réelle négociation entre l'ARH et les établissements : la majeure partie du budget est reconduite. Par ailleurs, la réforme de 1983 rend obligatoire la structuration de l'hôpital en centres de responsabilité, pour permettre la mise en place de la comptabilité analytique, et introduit la gestion budgétaire participative impliquant les chefs de service investis des pouvoirs de chefs de centre de responsabilité.

Introduction du PMSI ou le concept de produit hospitalier

Des outils complémentaires visant à réduire les distorsions entre établisse-

1. Pour l'hospitalisation, l'activité s'exprime au travers de l'hébergement des patients (facturation par l'hôpital de journées à la Sécurité sociale). Pour les actes externes, l'activité s'exprime au travers de la NGAP (facturation par l'hôpital des lettres clefs et coefficients à la Sécurité sociale).

2. Loi du 19 janvier et décret du 11 août 1983.

ments et à parvenir à rétablir le lien entre activité et financement sont recherchés. C'est là l'une des ambitions du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) introduit par la circulaire DH/PMSI du 24 juillet 1989 avec pour objectif l'optimisation de l'offre de soins. L'évolution consiste à passer de données administratives (journées, entrées, actes...) à des observations médicalisées, c'est-à-dire intégrant des informations épidémiologiques.

En premier lieu, il s'agissait de conceptualiser le produit hospitalier : le groupe homogène de malades (GHM) le permettra pour les activités de court séjour. Les établissements vont dorénavant devoir procéder (et permettre de faire procéder) à l'analyse de leurs activités. Il leur faut mettre en œuvre : « des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins³. » À l'instar du système des Diagnostics Related Groups (DRG) élaboré par Fetter à l'université de Yale, introduit en France en 1982 par J. de Kervasdoué, directeur des Hôpitaux de l'époque [7], le PMSI permet aux établissements de se comparer à une échelle nationale de coûts par GHM et de déterminer ainsi leur efficacité⁴. L'outil avait également l'objectif de réduire les inégalités inter et intrarégionales par les nécessaires efforts de convergence à un coût moyen national des établissements. En effet, la valorisation d'un Indice synthétique d'activité (la valeur du point ISA, obtenue par le rapport entre les charges de l'établissement et sa production annuelle en ISA) sur des bases méthodologiques communes aux établissements permet d'approcher la « productivité médico-économique » de ceux-ci, et par-là même d'éclairer un éventuel niveau de sur ou sous-allocation budgétaire par rapport à une moyenne régionale ou nationale.

S'il faut convenir de la pertinence de cet outil pour la description et la quantification de l'activité hospitalière et souligner le caractère rigoureux, relativement objectif et transparent du modèle de répartition des

enveloppes, il faut néanmoins s'inquiéter de la lenteur estimée de la régulation (réduction des inégalités en treize ans...).

Les agences régionales de l'hospitalisation et la logique de contrats

Autre grand changement dans le mode de financement des établissements : la constitution des ARH (agence régionale de l'hospitalisation), qui ont pour mission « de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements publics et privés et de déterminer leurs ressources⁵. »

Dans le même temps apparaissent les contrats d'objectifs et de moyens signés entre l'établissement et l'ARH, qui vont définir de façon précise les conditions de financement, donc de fonctionnement des établissements hospitaliers pour les années à venir (trois à cinq ans). Cette contractualisation va avoir pour objectif de réduire les aléas d'un financement trop souvent déconnecté de la réalité de fonctionnement des établissements et la dotation régionale est désormais principalement répartie entre les établissements selon les contrats signés avec l'ARH. Ce mode de financement doit néanmoins s'accompagner du développement du PMSI afin de fournir à la tutelle une base d'activité (estimée en points ISA) permettant des comparaisons régionales et nationales entre les établissements.

Cinq ans après l'ordonnance de 1996, un constat est tiré par Julien Gottsmann, qui déplore que seul un tiers des hôpitaux disposent d'un contrat d'objectifs et de moyens. De la même façon, la contractualisation interne est, elle aussi, développée au sein de l'ordonnance de 1996. Selon Grolier, « la contractualisation interne va donc être une courroie de transmission fondamentale dans l'acceptation de l'évolution du financement des hôpitaux », Dans les faits, la situation est « décevante » en raison de la difficulté de disposer d'un système d'information en capacité de permettre l'évaluation de l'utilisation de moyens⁶.

Nécessité d'une réforme du financement

Le contexte particulièrement délicat de tensions budgétaires, associé à la raréfaction

des moyens, a engendré une nécessaire remise en cause des modes de financement et des outils existants. Il s'agissait en outre de tenter de remédier à la disparité existante dans les modes de financement entre le secteur public et le secteur privé, laquelle constitue une difficulté majeure dans un contexte de recherche de complémentarités et de coopérations entre les deux secteurs. Enfin, sous un financement par dotation globale, il était à déplorer un manque de dynamisme du financement : un établissement performant qui augmente son activité ne voit pas ses ressources progresser de manière parallèle. A fortiori, les structures qui souhaitent installer une activité nouvelle qui répond à un besoin de santé publique (par exemple : angioplastie, chimiothérapie ambulatoire, médecine gériatrique...) ne disposent pas immédiatement des moyens adéquats. Les hôpitaux les plus actifs sont donc pénalisés.

Modalités de la réforme

D'où la mise en œuvre de la tarification à l'activité au 1^{er} janvier 2004 pour les établissements publics et privés de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). Véritable révolution pour les établissements publics, la T2A modifie les données : désormais, le financement⁷ est directement corrélé à l'activité selon un tarif national unique pour les séjours et les autres prestations hospitalières (même si le modèle limite à 10 % la part des recettes perçues à l'activité en 2004, 90 % du budget actuel restant garanti sous la forme de la dotation globale⁸). Leurs recettes ne sont plus fixées a priori comme sous la dotation globale, mais a posteriori selon l'activité réellement prise en charge. L'outil PMSI trouve enfin toute son utilité et les établissements sont « invités » à le fiabiliser davantage. Les établissements privés se voient quant à eux, opposer la réforme à 100 % dès la première année avec l'application d'un coefficient correcteur pour tenir compte des

6. Julien Gottsmann. « Pratique de la contractualisation interne : état des lieux » *Gestions hospitalières* mai 2002, étude portant sur un échantillon de 216 établissements publics de santé.

7. Différentes modalités sont prévues pour le financement : missions de soins financées à l'activité sur la base du PMSI, missions d'intérêt général (MIGAC) financées sous forme de dotation, certains financements mixtes (urgences).

8. La part financée à l'activité a vocation à croître d'année en année selon un calendrier prévisionnel de huit ans.

3. JO du 2 août 1991, article L. 710-5, p. 10255.

4. Le guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière de 1985 précise les étapes de mise en œuvre de la nouvelle comptabilité analytique : le calcul des coûts des structures hospitalières et le calcul des coûts de revient complets par GHM.

5. Art. L. 710-18 CSP introduit par l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, article 10.

disparités tarifaires interrégionales. Les deux secteurs publics et privés connaissent des échelles de tarifs différentes pour tenir compte des spécificités actuelles, même si la réforme fixe, à terme, un objectif de convergence.

La nécessaire lisibilité en matière de coûts des activités

Attendu comme véritable « booster » auprès des établissements, ce changement de mode de financement va inciter les établissements à utiliser désormais (voire enfin mettre en œuvre) à finalité interne des outils de gestion qui jusqu'alors ne connaissaient qu'une utilisation confidentielle dans les structures hospitalières : développement de la comptabilité analytique, système d'information performant⁹, utilisation à des fins de benchmark de l'outil PMSI (notamment, mise en œuvre du TTCM¹⁰). L'application d'un tarif national unique (sans modulation possible par les ARH) introduit, même si l'idée n'est pas nouvelle, une nécessaire lisibilité en matière de coûts des activités tarifées selon le modèle T2A. La question se posera alors de déterminer les ajustements possibles, une fois la situation connue et surtout « reconnue » par l'équipe médicale (d'où l'importance de les associer à ces mécanismes de gestion). En effet, les établissements publics de santé ont-ils les « moyens » d'améliorer dans des délais rapides leurs performances ? À titre d'exemple, l'on peut tirer un constat des

9. La réforme s'assortit de l'obligation, pour les établissements publics, de transmettre leurs données d'activité à l'ARH dans des délais très courts.

10. Le guide méthodologique de comptabilité hospitalière propose la construction d'un « tableau coûts/casemix » : il s'agit de comparer l'établissement à un établissement fictif de référence présentant le même casemix, i.e. le même nombre de séjours dans chaque GHM, mais des coûts identiques à ceux de la référence nationale. La comparaison des coûts unitaires et des quantités de facteurs consommés par le patient, par rapport à ceux constatés en moyenne auprès d'un échantillon représentatif d'un comportement « normal », permet de valoriser ses points forts et de tenter de comprendre puis de résorber ses points faibles. L'utilisation des coûts de référence produits par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins autorise un double éclairage : il permet au gestionnaire d'analyser les coûts unitaires des facteurs utilisés et, par ailleurs, le médecin procède à l'analyse des quantités de facteurs consommés. La nécessité de renforcer le dialogue avec le corps médical et d'accroître la pertinence de la négociation avec la tutelle, n'ont pourtant pas permis le développement de l'utilisation de cet outil...

campagnes budgétaires antérieures. Le principe de péréquation consistait à positionner les établissements via le PMSI au regard de la valeur moyenne du point ISA. L'on pouvait ensuite déterminer des taux de reconduction des budgets des établissements, modulés selon leur positionnement, en distinguant les établissements « sur-dotés » (dont la valeur ISA excédait la valeur moyenne) et les « sous-dotés » (valeur ISA inférieure à la valeur moyenne). Un réajustement des crédits entre établissements pouvait être effectué, mais restait néanmoins toujours timide. Malgré cet objectif de péréquation affiché par les tutelles et les impacts dès lors possibles sur les budgets, il était à déplorer une absence d'anticipation des structures sur-dotées et une faible réactivité des structures budgétairement pénalisées : peu d'entre elles mettaient en œuvre de réelles mesures internes de maîtrise des coûts. Les directions d'établissement tiraient l'alarme aux premières difficultés, et l'on retrouvait en fin d'exercice des situations préoccupantes dans les structures ainsi pénalisées au titre de la péréquation. L'ARH, via ses marges de manœuvre constituées, conservait la possibilité d'intervenir pour renflouer les établissements en difficulté.

Dans le contexte actuel de la tarification à l'activité, la tutelle ne dispose plus de latitudes pour combler les manques de financement ; l'octroi de crédits au titre des tensions viendrait par ailleurs gommer l'« effet T2A » et contrecarrer la philosophie du dispositif.

Nouvelles règles du jeu : des ajustements à prévoir

La réforme des statuts des personnels

Le constat tiré à mi-année fait déjà apparaître que certains hôpitaux se trouvent amputés d'une partie de leur budget dès 2004, et cela sans avoir de réels moyens d'améliorer concomitamment leur productivité par les mécanismes classiques de la gestion d'entreprises privées. La particularité des hôpitaux réside en effet dans la part prépondérante du budget consacré aux ressources humaines, lesquelles en constituent toujours plus des deux tiers. Le statut actuel de la fonction publique rend ces dépenses quasiment « incompressibles » : ainsi, le directeur n'a que peu d'action sur les personnels en place, et cela quelle que soit leur efficience. La question

est posée de façon plus cruciale encore pour les personnels médicaux. Que faire de médecins dont l'activité diminuerait ? Ainsi, pour donner plus de souplesse (voire la souplesse indispensable à la réactivité attendue), il conviendrait de « réformer » le statut des personnels médicaux, et non médicaux.

Le renforcement de l'implication du corps médical

Investissement au sein du système d'information hospitalier (SIH)

Le corps médical se trouve, dès 2004, davantage sollicité dans le cadre du développement du système d'information hospitalier. En effet, le financement est désormais attribué *a posteriori*, au vu des données d'activité transmises par les directions d'établissement aux ARH. Il convient dès lors de renforcer la fiabilité du système d'information et la rapidité de remontée des informations à la tutelle. Par ailleurs, la finesse des informations recueillies va être recherchée pour une utilisation en interne dans le cadre du développement des outils de gestion et de calculs de coûts en lien avec la comptabilité analytique.

Jusqu'alors peu impliqués dans les SIH, car peu sensibilisés à l'intérêt de disposer de données d'activité pertinentes — l'utilisation de ces données restait en effet confidentielle —, les médecins vont progressivement trouver un intérêt à leur implication. Le corps médical, de par la qualité et l'attention portée au codage de l'activité réalisée, désormais fortement vecteur de ressources pour l'établissement, devient en partie responsable des moyens qui seront accordés à sa structure.

Collaboration étroite attendue avec la direction

Les nouvelles « règles du jeu » vont désormais directement et fortement lier les ressources des établissements à leur activité. La logique de résultats remplace ou complète désormais la logique de moyens, qui dominait jusqu'alors. Ainsi, la dimension de l'établissement va dépendre de sa capacité à mobiliser les ressources et aura des conséquences sur les capacités d'attractivité de personnels médicaux. Les hôpitaux de proximité apparaissent dans ce contexte fortement menacés et pourraient subir de plein fouet les conséquences négatives du nouveau mode de tarification. Ils se trouvent en effet fragilisés, budgétairement parlant, par l'appli-

cation de la T2A du fait de la faiblesse de leur budget de fonctionnement et des moindres possibilités internes de dégager des économies de gestion. De plus, les pathologies relativement bien rémunérées ou revalorisées par la tarification à l'activité (radiothérapies, périnatalité...) ne constituent pas, dans la configuration actuelle, la part prépondérante de leur activité. Bien que leur utilité dans le paysage hospitalier soit loin d'être niée, leur « survie » ne se fera qu'au prix d'une collaboration étroite entre direction et corps médical. C'est dorénavant du succès de cette alchimie que dépendra le maintien de ces structures. Il ne faut, par ailleurs, pas occulter le fait que ces hôpitaux, bien souvent premiers pourvoyeurs d'emplois de leur bassin de population, jouent un rôle social majeur. La dimension politique d'une décision de fermeture ne sera pas à négliger et risque fort de relancer le débat de l'offre de soins de proximité à la population.

Nouvelle gouvernance

et responsabilisation du corps médical

Si le directeur doit effectivement adapter le SIH de son établissement pour améliorer la connaissance des dépenses occasionnées au cours de la prise en charge des patients, il doit surtout pouvoir enfin se positionner en qualité de réel « manager » de sa structure. En effet, dans les configurations organisationnelles proposées par Mintzberg, l'hôpital est cité comme un archétype de bureaucratie professionnelle¹¹. L'on y retrouve un positionnement prépondérant du centre opérationnel, ici le corps médical, dans l'organisation, et en particulier vis-à-vis de la direction. Le corps médical nommé en Conseil des ministres ne se trouve en effet pas sous l'autorité du directeur d'établissement, et conserve des latitudes propres dans l'exercice de ses fonctions. Le directeur doit par ailleurs composer avec des autorités externes multiples mais également en interne avec le président de la Commission médicale d'établissement. Sa position est alors celle d'un « responsable, mais non d'un patron » [4]. La tâche est alors ardue d'imposer tel ou tel outil de gestion à ses personnels médicaux, lesquels apparaissent réfractaires à tout système

11. Ce type de structure coordonne ses activités en s'appuyant sur la standardisation des qualifications, celle-ci résultant essentiellement de la formation et de la socialisation (Mintzberg, 1982).

de gestion, perçu jusqu'alors comme un moyen de réduire leur budget de fonctionnement. Ils s'y opposaient donc, craignant des retentissements sur la qualité et la sécurité des soins dont ils se trouvaient responsables. La nouvelle gouvernance expérimentée dès 2004 dans les établissements publics entraînera une remise en question des modalités jusque-là en vigueur. Le principe vise, par l'établissement d'un comité exécutif regroupant médecins et directeurs (en remplacement de l'actuel comité de direction), à replacer le corps médical devant les faits et à l'impliquer davantage dans les décisions concernant l'établissement. Condition *sine qua non*, comme le précise Gérard Vincent, délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF), à la mise en œuvre de la T2A : « la réforme du mode de financement ne saurait se déployer sans qu'en parallèle de nouvelles règles de gouvernance soient clairement posées et effectivement mises en œuvre¹² ».

Dans le même ordre d'idées, la création des pôles — organisés selon les « flux patients » — au sein des établissements publics de santé de grande taille devrait par ailleurs favoriser la responsabilisation des acteurs (médecins, paramédicaux) dans le fonctionnement de l'hôpital, notamment en participant à l'équilibre financier de l'établissement. La mise en évidence d'écarts budgétaires, grâce à une comptabilité analytique et à la mise à niveau du SIH, entraînerait les acteurs des pôles à remettre en cause les processus de soins pour optimiser les ressources allouées. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que au-delà de la notion même de contrôle, tout changement peut donner lieu à de multiples résistances freinant sa mise en œuvre. C'est ainsi qu'« un professionnel dans ce genre d'organisation peut opposer, à tout changement dont il ne verrait pas la nécessité, une force d'inertie pratiquement incontournable » [6].

Effets pervers et garde-fou

Cette réforme du financement, lourde de conséquences pour les budgets hospitaliers, risquerait de s'accompagner de comportements opportunistes de la part des acteurs hospitaliers. L'exemple de nos voisins nous éclaire sur les dérives possibles du système. Ainsi, Closos et

12. Éditorial *Info en Santé*, lettre n° 8, avril 2004.

Perelman¹³ montrent que la réforme de financement des journées d'hospitalisation en Belgique, instaurée depuis 1995, basée sur les APRDRG (*All Patients Refined Diagnosis Related Group*), l'âge des patients et le caractère gériatrique du séjour, peut engendrer certaines dérives pour ne pas voir les recettes diminuer : sélection des patients¹⁴, diminution de la qualité de prise en charge, augmentation des admissions, multiplication des actes médicaux, suppléments d'honoraires, diminution de la durée de séjour...

Dans notre système, les mécanismes de régulation ont été déterminés par le ministère pour éviter l'effet inflationniste que contient, par construction, la réforme. Ainsi, la loi de financement de la Sécurité sociale et l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (Ondam) sont maintenus, de même qu'est défini un Objectif national des dépenses de médecine chirurgie obstétrique pour les deux secteurs, public et privé. Les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS), ainsi que les dotations Migac sont fixés par arrêté; la classification en GHS est par ailleurs la plus descriptive possible, pour une meilleure prise en charge des dépenses de l'hôpital. Enfin, la régulation par l'effet « prix-volume » est instaurée et permet un réajustement des tarifs pour tenir dans l'Ondam en cas d'augmentation du volume de soins.

La sélection des patients dans le système français paraît par ailleurs difficile. D'une part, l'ARH reste régulatrice des activités de soins et constitue, de ce fait, un puissant garde-fou. D'autre part, la sélection des patients risque d'engendrer une perte d'activité de l'établissement et donc de financement. De la même façon, le développement d'une activité choisie par un établissement n'est pas chose aisée. En effet, le bassin de population d'un hôpital est soit complètement exploité par rapport à l'offre de soins faite par l'hôpital, et alors la possibilité pour l'établissement d'augmenter son activité reste à la marge, soit il n'est pas complètement exploité du fait d'une mauvaise image et alors, quel que soit le système, cet établissement n'est pas viable; il ne peut que se donner les

13. La réforme du financement de la durée de séjour en Belgique, *Info en Santé*, lettre n° 8, avril 2004.

14. Notamment sur des critères sociaux, une étude ayant montré que la durée de séjour était corrélée aux conditions de vie des patients.

moyens de s'améliorer pour reconquérir les parts de marché qu'il a perdues.

La réforme de la tarification présente un caractère ambitieux, une réelle volonté d'équité entre les secteurs public/privé et de suppression des inégalités budgétaires entre établissements. Résolument moderne, la T2A s'intéresse à l'activité qualitative des établissements à l'aide d'outils réellement descriptifs et se base sur l'utilisation d'outils récents comme la CCAM (Classification commune des actes médicaux). Meilleure description des actes réalisés, exhaustivité des actes, et surtout meilleure rétribution des médecins en fonction du travail effectué sont escomptées. La crainte d'un effet inflationniste devrait par ailleurs vite être estompée par les mécanismes de la régulation « prix-volume ». De plus, des moyens de contrôle et de sanction sont dès à présent prévus. Néanmoins, le cadre général actuel de fonctionnement des établissements hospitaliers français manque fortement de souplesse (statut des personnels, notamment). L'implication du corps médical dans les projets de l'établissement hospitalier et une meilleure collaboration médecins/gestionnaires sont par ailleurs fortement sollicitées. De

même, des améliorations en termes de système d'information, d'outils de gestion et de maîtrise des coûts sont fortement attendues. En effet, comme le souligne le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : « *si l'instrument de mesure — et de tarification — n'est pas amélioré et si, surtout, les écarts qu'il révèle ne sont pas expliqués de manière précise et objective, le risque est tout simplement que la réforme échoue*¹⁵ ».

Le succès de la réforme passera enfin — et surtout — par une réelle implication des décideurs politiques, garants de sa mise en œuvre. ■

15. Communiqué AFP, 12 juillet 2004.

références

1. Borella L. « Le PMSI : un outil d'évaluation hospitalière ? », *Gestions hospitalières*, 2000, p. 287-295
2. Cauvin C., Coyaude C. *Gestion Hospitalière : finance et contrôle de gestion*. Economica, 1990, 286 p.
3. Claveranne J.-P., Teil A. *La modernisation de l'hôpital : entre efficience économique et rentabilité politique*. Communication au XI^e colloque PMP, Nice, 2001, 15 p.
4. Couanau R. *L'organisation interne de l'hôpital*. Rapport à l'Assemblée Nationale, 2003, n° 714.
5. Couty E. « L'enjeu de la contractualisation interne pour les établissements de santé ». *Gestions hospitalières*, 2002.
6. Cremadez M. « Gestion de l'hôpital : le prix de la responsabilité ». *Revue française de gestion*, 1991, p. 63-102.
7. De Kervasdoué J. *Santé — Pour une révolution sans réforme*. Paris : Gallimard, 1999, 199 p.
8. Expert P., Lerne P. « Zoom sur la tarification à l'activité ». *Cahier Pratique Tissot*, 2004.
9. Gibert P. « La mesure du coût à l'hôpital : mythe ou réalité ? Panorama hospitalier international ». *Revue Hospitalière de France*, 2002.
10. Grolhier J. (1998), *Le financement des hôpitaux publics*. Rennes : Éditions ENSP.
11. Lenay O., Moisson J.-C. « Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier ». *Revue Française de Gestion*, 2003, p. 131-141.
12. Penaud P. « Contrainte budgétaire et connaissance de l'activité suffiront-elles à provoquer une amélioration de la performance de gestion des hôpitaux publics français ? », *Politiques et management public*, vol. 17, n° 3, 1999.
13. Tonneau D. (1994), *Les outils de gestion et l'hôpital — Bilan d'une greffe sur un service public à soigner*, thèse, 432 p.

BRÈVES EUROPÉENNES

1^{er} mars 2005

« Help : pour une vie sans tabac »

Le slogan retenu pour la nouvelle campagne européenne lancée à Bruxelles, « Help : pour une vie sans tabac », est destinée à promouvoir une vie sans tabac et à montrer les méfaits du tabagisme passif. Cette campagne itinérante (elle fait le tour des 25 capitales) s'adresse particulièrement aux jeunes et est appuyée par une campagne de diffusion d'annonces « Help » à la télévision et au cinéma pendant l'été 2005.

8 mars 2005

Journée internationale des femmes

À l'occasion de la journée internationale des femmes, Vladimir Spidla, commissaire chargé de l'Emploi, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances, a annoncé la création d'un Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes. Il a pour objectifs de fournir l'expertise requise pour élaborer les instruments destinés à mieux intégrer l'égalité des sexes et de favoriser ainsi l'accession des femmes aux mêmes droits et aux mêmes rémunérations que les hommes (dans l'Union, l'écart de rémunération se situe encore autour de -15 % en défaveur pour des femmes).

15 mars 2005

Lutte contre l'obésité

Le commissaire européen Markos Kyprianou, en charge de la Santé et de la Protection des consommateurs, a annoncé une action commune avec l'industrie, les associations de consommateurs, les spécialistes de la santé et les responsables politiques pour lutter contre l'épidémie d'obésité. En effet, les écoliers de l'Union européenne présentent un excès pondéral qui concerne 400 000 jeunes de plus chaque année.

13 et 14 avril 2005

L'Europe de la santé

Une conférence sur l'Europe de la santé a réuni à Paris, les ministres et les secrétaires d'État à la santé des 25 pays de l'UE. Les discussions et propositions présentées lors de ces journées doivent servir de base à des projets concrets : la lutte contre le cancer, le VIH/sida, les pandémies infectieuses (grippe aviaire...). La France a proposé un « téléphone rouge d'urgence sanitaire » qui relierait les ministères pour prendre des mesures d'isolement en cas d'épidémie.



Évaluation du programme CAPRI de prévention des addictions

Catherine Embersin
Xiaoya Wu-Zhou
Cécile Brouard
Benoît Chardon
Chargés d'étude
Isabelle Grémy
Directrice
*Observatoire régional de la santé
d'Ile-de-France*

**Après trois ans
d'expérimentation
auprès de collégiens
d'un programme
de prévention des
addictions, on n'a pas
constaté de baisse
de la consommation.
Présentation
d'une évaluation
qui pose
des questions...**

Dans le cadre du Programme régional de santé (PRS) « Alcool », un programme expérimental de prévention de l'alcoolisation excessive et des autres produits psychoactifs a été mis en place par la Cramif (Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France) et les académies de Créteil, Paris et Versailles. Ce programme CAPRI (Collèges et addictions, programme régional interacadémique) concerne une même promotion de collégiens sur trois années consécutives, de la 5^e à la 3^e. La coordination a été assurée par la Cramif. Une évaluation du programme a été mise en place dès le début et confiée à l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France. L'Inserm a participé à l'élaboration et au déroulement du programme ainsi qu'à la mise en place de son évaluation au long des trois années. Le programme a pour principaux objectifs : de réduire la consommation excessive d'alcool et d'autres produits psychoactifs et d'aider les jeunes à adopter des attitudes et des comportements responsables et indépendants vis-à-vis de la consommation d'alcool. Pour cela, il vise plus spécifiquement :

- à renforcer les ressources personnelles, l'estime et l'affirmation de soi ainsi que le respect d'autrui,
- à promouvoir les capacités à résister aux pressions et aux influences extérieures. Initialement conçu pour la prévention de la consommation excessive d'alcool, il s'est progressivement élargi à la prévention des autres addictions, suivant en cela l'extension du PRS aux autres addictions.

Le programme propose un contenu diversifié, tant dans les thèmes abordés (la santé, les connaissances et les représentations de l'alcool et des autres produits psychoactifs, l'adolescence, la résistance aux pressions, etc.) que dans les outils utilisés (photo langage, théâtre-forum, ateliers par demi-classe, projection de films, création collective, etc.). De plus, il inclut un volet à destination des parents lors des deux premières années (classes de 5^e et de 4^e).

L'évaluation est comparative dans le temps (« avant-après ») et l'espace (« ici-ailleurs ») : les consommations, connaissances et attitudes des élèves à l'égard des substances psychoactives ont été comparées entre les 5 collèges bénéficiaires de l'action de prévention et les 5 collèges non bénéficiaires (témoins) et ce, à chaque phase du programme. Les questionnaires concernaient environ 1 200 élèves (à parts égales dans les deux types de collèges). Ils ont été passés à quatre reprises, avant toute intervention, en début de 5^e (T0), puis à l'issue de chaque année d'intervention, en fin de 5^e (T1), en fin de 4^e (T2) et en fin de 3^e (T3). Le taux de non-réponses relativement élevé en T3 et différent entre les collèges actions et les collèges témoins (respectivement 35 % et 15 %) pose le problème de l'existence d'un biais de l'échantillonnage. L'évolution des comportements a été mesurée par classes de collégiens et non pas de manière individuelle, compte tenu de l'organisation trop lourde qu'un suivi de cohorte aurait impliqué.

Les niveaux de consommation de produits psychoactifs n'ont pas été infléchis par le programme CAPRI

Entre la phase T0 de l'évaluation et la phase T3, la consommation d'alcool a augmenté. Les proportions de consommateurs d'alcool au cours des 12 derniers mois restent très proches entre les collèges actions et les collèges témoins. Pour la consommation répétée d'alcool au cours des 30 derniers jours (3 fois ou plus), les proportions de consommateurs ont augmenté de manière plus importante, contrairement à ce qui était attendu, dans les collèges actions que dans les collèges témoins, quel que soit le sexe (figure 1). Les niveaux de consommation restent toujours plus élevés chez les garçons que chez les filles.

De même, la proportion de fumeurs quotidiens de tabac est passée de 6 % à 20 % dans les collèges actions, proportions qui semblent plus élevées que celles observées dans les collèges témoins, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives. Dans les collèges actions, l'augmentation a été davantage marquée entre T1 et T2, tandis que dans les collèges témoins, elle a été régulière entre T0 et T3. Chez les filles, les proportions de fumeuses quotidiennes sont proches entre collèges actions et collèges témoins et sont passées, entre T0 et T3, de 2 % à 13 % dans les premiers et de 4 % à 14 % dans les seconds.

La proportion de garçons ayant consommé du cannabis 10 fois ou plus au cours de la vie (figure 2) a considérablement augmenté entre T0 et T3 : elle est passée de 2 % à 25 % dans les collèges actions et de 1 % à 20 % pour les témoins. Chez les filles, les prévalences restent toujours plus faibles, mais ont aussi fortement augmenté pour atteindre, en T3, 9 % des filles, dans les collèges actions comme dans les collèges témoins.

En fin de programme, des niveaux de consommation de produits psychoactifs comparables entre les collèges actions et témoins, sauf pour la consommation répétée d'alcool

En fin de 3^e, l'expérimentation d'alcool, de tabac, de cannabis et de l'ivresse concerne des proportions d'élèves comparables entre collèges actions et collèges témoins, quel que soit le sexe (tableau 1). Pour

figure 1

Consommation d'alcool 3 fois ou plus au cours des 30 derniers jours

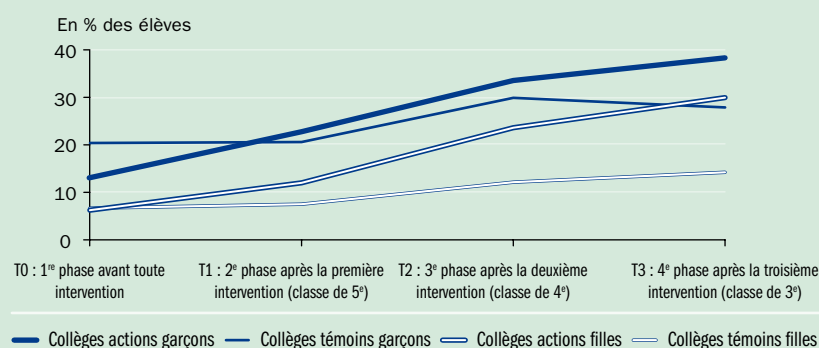


figure 2

Consommation de cannabis 10 fois ou plus au cours de la vie

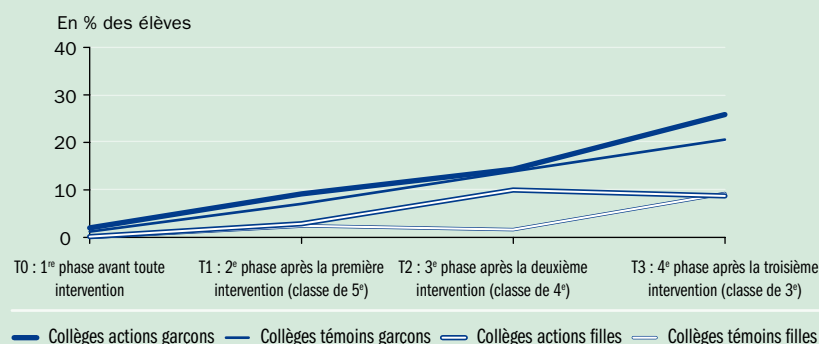


tableau 1

Consommation de produits psychoactifs en fin de programme (en pourcentage de l'ensemble des collégiens)

	Garçons		Filles	
	Actions	Témoins	Actions	Témoins
Alcool				
Vie*	92,3	92,7	94,1	90,8
12 derniers mois*	82,4	79,2	81,8	79,7
30 derniers jours*	60,3	52,6	55,6	47,1
30 derniers jours, 3 fois ou plus	36,5	27,3	28,4	15,0
Ivresse vie	36,4	27,0	28,6	21,4
Tabac				
Vie*	62,4	58,0	63,9	62,1
Quotidien ou occasionnel	32,8	22,6	30,6	27,8
Quotidien	20,3	12,3	13,2	14,4
Cannabis				
Vie*	43,7	33,5	25,6	27,0
Vie 10 fois ou plus	22,2	19,9	8,9	8,1
Effectifs totaux	139	162	182	212

* Avoir consommé au moins une fois le produit indiqué au cours de la période de référence.

En gras : pourcentages significativement différents ($p < 0,05$).



les consommations plus fréquentes, les seules différences observées selon le type de collège concernent la consommation répétée d'alcool (3 fois ou plus) au cours des 30 derniers jours, plus fréquente chez les filles des collèges actions (28 %) que chez celles des collèges témoins (15 %). La consommation quotidienne et/ou occasionnelle de tabac, celle de cannabis (10 fois ou plus au cours de la vie) concerne des proportions comparables d'élèves selon le type de collège. Cependant, bien que non significatives, les différences observées sont toujours en défaveur des consommations dans les collèges actions, ce qui pose la question d'un éventuel effet incitatif du programme. Certains facteurs sont associés à ces consommations. Une consommation quotidienne d'alcool des parents est associée à une consommation répétée d'alcool au cours de la vie (10 fois ou plus) et à l'expérimentation de l'ivresse. La pratique du sport et des sorties festives au moins hebdomadaires sont associées à une consommation répétée d'alcool (3 fois ou plus) au cours des 30 derniers jours. Pour les autres produits psychoactifs, d'autres facteurs augmentent le risque de leur consommation, notamment la consommation de tabac des parents, vivre dans une famille monoparentale ou recomposée, ne pas s'entendre avec sa mère (filles), un niveau d'études des parents peu élevé (école primaire) et des résultats scolaires insuffisants.

Des élèves des collèges bénéficiaires de l'action de prévention mieux informés sur les produits psychoactifs

Le programme CAPRI a réussi à améliorer le niveau de connaissances sur les produits psychoactifs chez les élèves des collèges bénéficiaires de l'action de prévention dès la première phase d'intervention. Ce meilleur niveau de connaissances a été maintenu jusqu'à l'issue du programme (tableau 2). Les élèves des collèges actions sont significativement plus nombreux à connaître certains effets de l'alcool, et l'équivalence de la quantité d'alcool contenue dans un verre de bière et dans un verre de whisky servis dans un café. De plus, dans les collèges actions, la notion de produits psychoactifs semble mieux comprise puisqu'ils sont plus nombreux à reconnaître le caractère licite ou illicite d'un produit psychoactif et à savoir

les identifier parmi une liste proposée. Plus généralement, les élèves des collèges actions semblent avoir adopté une conception positive de la santé, telle que celle proposée par l'OMS.

Bonne perception des risques et satisfaction élevée à l'égard du programme CAPRI

Les compétences psychosociales ont trait à la capacité des collégiens à faire face à une situation potentiellement à risque, à l'analyser, à faire le meilleur choix possible et éventuellement à savoir à qui s'adresser pour demander de l'aide. Sans qu'il s'agisse d'une véritable évaluation de ces compétences, le questionnaire interrogeait sur la perception qu'ont les jeunes de leurs propres compétences psychosociales. Le programme semble avoir atteint ses objectifs en ce qui concerne le renforcement des ressources personnelles, l'affirmation de soi et l'acquisition d'une autonomie (60 % des élèves déclarent mieux savoir résister aux pressions) et le respect et la solidarité envers autrui (64 % déclarent mieux savoir réagir face à un ami buvant beaucoup d'alcool et avouant qu'il va mal). En termes de représentation de l'alcool, les élèves des collèges actions sont 65 % à percevoir les risques immédiats liés à la consommation d'alcool et d'autres produits psychoactifs, et sont 66 % à déclarer être sensibilisés aux risques de dépendance liés à la consommation de ces produits. Le programme semble avoir été apprécié par une majorité d'élèves : 65 % des garçons comme des filles ayant bénéficié de l'action se déclarent tout à fait ou plutôt satisfaits du programme CAPRI, 58 % ont apprécié qu'il se déroule sur trois ans et 66 % ont apprécié les différents ateliers proposés au cours des trois années. Le programme a aussi permis de susciter des discussions sur ce sujet avec des camarades (48 % des répondants).

Les parents des élèves des collèges actions moins diplômés et plus consommateurs d'alcool et de tabac : une explication possible des différences de consommation entre collèges actions et témoins

Les collèges ont été choisis par l'Éducation nationale sur la base de critères de sélection (taille et CSP moyennes, hors ZEP et zone sensible, équipe stable) et du volon-

tariat. Les échantillons ainsi constitués sont comparables entre collèges actions et collèges témoins en ce qui concerne la répartition par âge, sexe et type de famille. Cependant, la proportion de collégiens dont au moins l'un des deux parents est diplômé d'un CAP, BEP, Brevet, Bac ou plus est significativement plus élevée dans les collèges témoins. Les proportions d'élèves déclarant qu'au moins un de leurs parents consomme quotidiennement de l'alcool ou du tabac sont plus élevées dans les collèges actions que dans les collèges témoins. Compte tenu de la forte corrélation existant entre les comportements des parents et ceux de leurs enfants, l'impact de ces consommations différentielles explique en partie les résultats peu probants en termes de consommation (tableau 3).

Conclusion et discussion

De par ses caractéristiques, le programme CAPRI apparaît comme novateur dans le domaine de la prévention de la consommation d'alcool et des autres produits psychoactifs parce que :

- il consolide un partenariat durable entre la Cramif et l'Éducation nationale¹,
- il a été construit en s'appuyant sur les éléments de prévention reconnus comme efficaces : durée, utilisation d'outils de prévention variés ayant démontré leur efficacité, ateliers visant à développer les compétences psychosociales (et pas uniquement les connaissances),
- il comprend un volet à destination des parents des élèves bénéficiaires de l'action,
- il intègre une évaluation dès le départ, sur toute la durée du programme, évaluation visant à mesurer l'impact du programme et pas uniquement la satisfaction. Enfin le programme a probablement permis l'acquisition d'une culture commune d'évaluation¹.

Les résultats de l'évaluation ont mis en évidence, chez les élèves bénéficiaires de l'action, une amélioration des connaissances relatives à l'alcool et à ses risques, ainsi qu'aux autres produits psychoactifs et un bon niveau de compétences psychosociales. En revanche, d'autres résultats sont moins probants, puisque l'évaluation n'a pas permis de montrer à la suite du programme une diminution des niveaux de

1. Charlemagne A, Rapport d'évaluation qualitative du programme CAPRI, Cemka-Eval, avril 2004.

tableau 2

Connaissances des élèves sur l'alcool et les produits psychoactifs (en pourcentage des élèves)*

	Collèges actions	Collèges témoins
Définition de la santé proche de l'OMS	48,0	32,0
Équivalence de l'alcool dans un verre de bière et dans un verre de whisky	32,8	23,9
Effets plus importants de l'alcool à jeun	52,6	45,0
Plus grande sensibilité des femmes aux effets de l'alcool	34,2	21,1
Statut juridique de produits psychoactifs	62,5	42,3
Identifier comme produits psychoactifs		
Somnifère	71,5	64,8
Tabac	71,3	56,7

* Toutes les comparaisons entre collèges actions et collèges témoins sont significatives ($p < 0,05$).

tableau 3

Principales caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon avant l'intervention (en % des collégiens)

	Collèges actions	Collèges témoins
Pourcentage de 12 ans	63,8	65,9
Pourcentage de 13 ans	25,4	21,4
Pourcentage de garçons	52,2	48,0
Élèves vivant en famille d'origine, 2 parents	73,7	74,4
Famille monoparentale	15,3	13,7
Famille recomposée	7,3	8,3
Parents diplômés d'un CAP, BEP, Brevet, Bac ou plus*	69,0	78,3
Au moins un parent consommateur quotidien d'alcool	29,7	22,2
Au moins un parent consommateur quotidien de tabac	23,3	15,7
Effectifs totaux	335	388

* Question posée après la troisième intervention.

En gras : pourcentages significativement différents ($p < 0,05$).

consommation d'alcool, ni des autres produits psychoactifs. Outre les biais possibles (non-comparabilité des collèges actions et témoins, meilleure déclaration des consommations dans les collèges actions), on ne peut exclure un effet incitatif du programme, peut-être temporaire. Un tel effet a déjà été observé dans des études similaires (Foxcroft et coll., 2002).

Par ailleurs, cette expérience a permis d'apporter de nombreux enseignements pour de futures mises en place de programmes de prévention.

Par exemple s'est confirmée l'idée que la démarche choisie pour le programme (avec la nécessité d'une évaluation) doit être acceptée par l'ensemble des acteurs. Cela implique de s'assurer que les objectifs définis sont compris et partagés par tous, et

que la formation des acteurs de prévention est suffisamment longue et s'appuie sur leurs propres représentations pour que les messages délivrés auprès des élèves soient homogènes. Des aspects méthodologiques ont pu être réaffirmés, telle la nécessité d'un tirage au sort pour la constitution de l'échantillon, seule méthode permettant de garantir une comparabilité des échantillons de collèges actions et collèges témoins. D'autre part, coupler une approche quantitative et une approche qualitative (notamment par des entretiens menés auprès des élèves) permettrait de mieux mesurer certains aspects du programme, notamment les compétences psychosociales. Un suivi à plus long terme apporterait une connaissance de l'évolution de ces compétences ainsi que des consom-

mations. Par ailleurs, un programme de prévention ne peut être développé uniquement en milieu scolaire et doit aussi associer l'environnement familial et social. ■

Institut national de la statistique et des études économiques

Sigle

Insee

Date de création

Loi de finances du 27 avril 1946

Statut

Direction générale du ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie (MINEFI)

Directeur général

Jean-Michel Charpin

Coordonnées

Insee
18 boulevard Adolphe-Pinard
75675 PARIS Cedex 14
Téléphone : 01 41 17 50 50
Site : www.insee.fr

Effectifs

6 400

Organisation

- Une direction générale située à Paris qui coordonne le système statistique et gère les moyens humains, financiers et informatiques de l'Institut.
- Un réseau de 24 directions régionales.
- Un groupe national d'enseignement supérieur et de recherche, le « Genes », qui regroupe : deux grandes écoles, l'Ensaie (École nationale de la statistique et de l'administration économique) et l'Ensaï (École nationale de la statistique et de l'analyse de l'information), un centre de recherche le Crest (Centre de recherche, en économie et statistique), un centre de formation continue d'économie, le Cepe (Centre d'études des programmes économiques).

Mission

L'Insee collecte, produit, analyse et diffuse des informations sur l'économie et la société française afin que tous les acteurs intéressés (administration, entreprises, chercheurs, médias, enseignants, particuliers) puissent les utiliser pour effectuer des études, faire des prévisions et prendre des décisions. L'Insee réalise des enquêtes statistiques auprès des

entreprises et des ménages, notamment une enquête annuelle de recensement depuis 2004 ; 8 % des logements des communes de plus de 10 000 habitants sont enquêtés chaque année ; les communes de moins de 10 000 habitants font l'objet d'une enquête de recensement exhaustive tous les cinq ans, à raison d'un cinquième des communes chaque année.

Objectif principal : éclairer le débat économique et social, six missions pour y contribuer

- **Collecter et produire** : l'Insee organise le recensement de la population et suit les évolutions démographiques ; il produit les indicateurs essentiels de l'économie nationale ; il réalise des enquêtes auprès des ménages et des entreprises, et gère le répertoire des entreprises Sirene, etc. ;
- **Analyser** : l'Insee établit des prévisions sur l'évolution de l'économie française à très court terme, en particulier sur le système productif ;
- **Diffuser** : l'Insee produit des statistiques mises à la disposition de tous et propose dans ce but une offre éditoriale très complète accessible sur son site Internet ;
- **Coordonner** : l'Insee coordonne les travaux statistiques effectués par la plupart des ministères dans leur domaine de compétence ;

• **Enseigner et développer la recherche** : l'Insee développe la recherche dans deux domaines principaux : la modélisation économique et la méthodologie statistique ;

• **Contribuer à l'édification d'un espace statistique international** : l'Insee, dans le cadre de l'Europe, travaille quotidiennement avec Eurostat et ses homologues de l'Union européenne, contribuant à l'édification de l'espace statistique communautaire de l'Union. Sur la scène internationale, l'Insee collabore aux travaux statistiques de l'ONU (Organisation des Nations unies), du FMI (Fonds monétaire international) et de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques).

Publications

Afin de développer au maximum l'utilisation de ses travaux, l'Insee s'est engagé dans une très large diffusion gratuite sur l'Internet www.insee.fr. Tous les résultats des enquêtes et des études sont progressivement mis en ligne et facilement consultables. Pour tous ceux qui souhaitent continuer à utiliser des

revues ou des livres, l'Insee propose des abonnements aux périodiques et des livres diffusés en librairie. L'internaute peut s'abonner à la lettre d'information électronique bimensuelle *insee.net actualités* ainsi qu'aux avis de parution des indices et des publications diffusés sur l'internet.

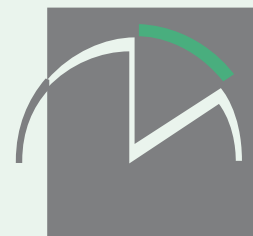
Supports

Serveurs vocaux

0 892 680 760 (0,34 euro la minute à partir d'un poste fixe) : fournit l'indice mensuel des prix à la consommation et l'indice trimestriel du coût de la construction.
0 825 800 882 (0,15 euro la minute à partir d'un poste fixe) : permet d'obtenir un avis de situation des entreprises aux répertoires Sirene. Le service Insee contact : 0 825 889 452 (0,15 euro la minute à partir d'un poste fixe).

Minitel

3617 Insee (0,86 euro la minute) : indice des prix à la consommation, indice du coût de la construction ou la valeur du Smic.
3617 Sirene (0,34 euro la minute) : identification de toutes les entreprises et des établissements, les dénominations et comptages, ainsi que l'accès aux nomenclatures.



INSEE



Politiques et programmes nationaux de santé

dossier coordonné par

Jean-Claude Henrard

Professeur de santé publique,
ancien membre du Haut Comité
de la santé publique

Pierre-Henri Bréchat

Médecin de santé publique,
Service de santé publique et
économie de la santé, groupe
hospitalier Lariboisière Fernand-
Widal (AP-HP), chercheur associé
au Laboratoire d'analyse des
politiques sociales et sanitaires
de l'École nationale de la santé
publique (LAPSS/ENSP)

Depuis les années soixante-dix, la France a entrepris la révision de ses politiques publiques dans le secteur de la santé, à l'instar des pays occidentaux industrialisés. Cette révision a mené à l'élaboration et la mise en œuvre de nombreux programmes de santé nationaux et régionaux pour répondre à des besoins de santé scientifiquement étayés et à des crises sanitaires. C'est d'abord au niveau national qu'ont été traitées les questions de santé et de protection sociale comme celle de la périnatalité. Il est alors devenu évident que la planification sanitaire devait tenir compte des déterminants de santé. De nombreux rapports sur la santé ont été publiés, comme le rapport du groupe « Régulation de l'activité et des dépenses de santé : la santé choisie » du Commissariat général du plan de 1983. Ils soulignent notamment qu'il demeure en France une mortalité prématurée importante, des inégalités de santé remarquables et une complexité et segmentation du système de santé. Les autorités ministérielles ont alors pu, dans des documents officiels comme les rapports du Haut Comité de la santé publique *Stratégie pour une politique de santé* de 1992 et *La santé en France : rapport général* de 1994, et ceux de la Conférence nationale de santé, choisir de façon autonome des priorités parmi les sujets traités. Des crises sanitaires, comme celle du sang contaminé par exemple, sont venues renforcer la nécessité d'actions publiques. Au niveau

national, le premier programme national de santé pour le dépistage du cancer du sein a vu le jour en 1993. D'autres ont suivi, souvent appelés « programmes nationaux de santé », ou « PNS ». Ces actions ont pu aussi prendre l'appellation de plan, schéma ou stratégie, traduisant sans doute l'appropriation nouvelle par l'administration en charge de la santé d'une démarche d'animation de projet. Sous des impulsions de ministres, de membres de cabinets ministériels et d'administrations du ministère en charge de la santé et de l'assurance maladie, ces dynamiques nationales ont pu être prises en compte au niveau régional par les conférences régionales de santé et les programmes régionaux de santé. Ce qui frappe dans les réformes du domaine sanitaire, c'est leur succession rapide, l'ampleur des domaines de santé publique abordés et l'enrichissement du vocabulaire avec l'élaboration de nouveaux outils de planification sanitaire. Entre 1995 et 2002, il y a eu 40 programmes nationaux de santé, dont 32 mis en œuvre et 8 émergents. Ce dossier fait le bilan de dix années de programmes nationaux de santé au moment où va se mettre en œuvre la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Les auteurs qui y ont contribué espèrent que tous ceux qui seront amenés à participer à sa mise en œuvre comme garants de l'intérêt général et responsables de la mise en cohérence d'actions de santé publique en retireront d'utiles enseignements. 🌿



Naissance et histoire des priorités et actions des politiques nationales de santé

Le processus de priorisation des actions de santé et de leur mise en œuvre dans des programmes a connu, surtout ces dix dernières années, un développement qui en fait une étape historique de développement de la santé publique. Il a été accompagné par la construction de données permettant de préparer des objectifs et des indicateurs pour une politique de santé.

Répartition des ressources et démarche stratégique de santé publique

Jean-Claude Henrard
Professeur
de santé publique

Ya-t-il ou non une politique nationale de santé en France ? De multiples réponses sont données à cette question. Pour certains, si l'on se réfère à une démarche stratégique de santé publique, il n'y en a pas ; celle-ci doit, en effet, définir une politique visant à répondre aux problèmes de santé considérés comme prioritaires. Pour d'autres, la politique est dominée par les mesures visant à la maîtrise des dépenses de soins (appelées improprement « de santé »). Pour d'autres enfin, il y a plutôt un trop plein de politiques : protection de la santé à travers des mesures visant à diminuer les risques liés à l'environnement physique et en milieu de travail, vaccinations, dépistage de certaines maladies, mesures visant à réduire l'alcoolisme et le tabagisme, mesures de protection maternelle et infantile, pour donner quelques exemples dans le champ de la prévention. Formation des professionnels, organisation des établissements de soins, règles fixant les conditions d'autorisation de mise sur le marché de médicaments sont des exemples de politiques dans le secteur curatif.

Création d'une allocation personnalisée d'autonomie dans le secteur de la vieillesse, développement de mesures visant à l'intégration des personnes atteintes de handicaps peuvent illustrer des politiques médico-sociales. On voit ainsi la grande complexité du secteur de la santé, rendant peu visibles les priorités en matière de politique nationale de santé. Cette dernière apparaît, en effet, comme multiple, construite par accumulations successives de mesures réglementaires sans remise à plat des précédentes. Elle est fragmentée par secteur et domaine sans une vision transversale nécessaire pour répondre à des problèmes de santé complexes, tels par exemple ceux touchant une part de la population du grand âge ou des adolescents, ou la lutte contre l'alcoolisme. Ce kaléidoscope soulève la question de la répartition des ressources disponibles entre les différents secteurs institutionnels ou populationnels et au sein d'un même secteur entre domaines.

Des programmes nationaux, à l'évidence, il y en a toujours eu ; la question soulevée n'est donc pas tant

celle de leur existence que celle de leur pertinence voire de leur légitimité.

Dans cet article, nous envisagerons, d'une part, la question de la répartition des ressources et, d'autre part, les évolutions exemplaires, jusqu'aux ordonnances d'avril 1996, de démarche stratégique de santé publique. Nous terminerons par quelques réflexions sur les programmes nationaux de santé.

La question de la répartition des ressources

L'accaparement du système de santé (captation de la régulation [56, 60]) par les professionnels a conduit les « régulateurs » à considérer la réponse à la maladie comme devant être essentiellement thérapeutique à partir de la relation entre un individu malade et un médecin ou un autre professionnel. L'action sur la santé, quant à elle, est perçue comme la simple interaction d'une demande et d'une offre [59]. La politique publique de santé (et de santé publique) est alors réduite à l'addition des pratiques : les objectifs en sont fixés par les acteurs impliqués dans la relation thérapeutique : obtenir les moyens nécessaires pour assurer ce qu'ils pensent être les meilleurs soins. Il en résulte l'accroissement du nombre d'équipements et d'institutions de soins, des prescriptions et des dépenses de soins. Les limites en sont fixées par les contraintes financières. Tant que cette logique professionnelle a été compatible avec les objectifs globaux de la société (modernisation de l'appareil économique), l'intervention de l'État a pu se limiter à l'harmonisation du secteur (loi de 1970 organisant le service public hospitalier).

À partir du milieu des années soixante-dix, l'objectif global est devenu progressivement celui de l'ajustement de l'économie nationale à la compétitivité internationale, dans un contexte de ralentissement de la croissance économique. La logique de développement du secteur sanitaire devient alors un désajustement par rapport à l'objectif global. L'État s'efforce de le réguler. La maîtrise de l'expansion du système de santé devient essentielle pour limiter les dépenses de protection sociale, dont le financement pèse sur la compétitivité nationale. La logique de maîtrise du coût de la santé, mise en avant par les responsables budgétaires de l'État, prend le pas — ou s'efforce de le prendre — sur la logique professionnelle de développement du secteur.

Les instruments initiaux utilisés sont trop grossiers pour résorber les inégalités géographiques d'équipement et suscitent en outre l'opposition des professionnels et de la population. Si la loi hospitalière de 1991 crée les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros), elle ne prévoit pas de schéma national de l'organisation sanitaire ni de réduction des disparités régionales. L'introduction du *numerus clausus* pour l'entrée en faculté de médecine (de 8000 en 1971 à 3500 en 1993) ne s'accompagne pas d'incitations à l'installation des jeunes praticiens dans les zones peu pourvues en médecins. Ainsi, en ne s'efforçant pas de résorber les inégalités géographiques en matière d'équipement sanitaire et de

densité médicale, l'État n'a pas fait de l'égalité d'accès aux soins une priorité. Il faudra attendre la réforme d'avril 1996 pour resituer les enjeux de l'allocation régionale des ressources à partir de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (Ondam) votée chaque année par le Parlement.

Parallèlement, on peut souligner à travers l'examen des comptes de la santé et de la protection sociale les déséquilibres massifs entre secteur curatif, d'une part et secteur préventif et médico-social, d'autre part. Le secteur préventif représente moins de 3 % des dépenses de santé¹. Le secteur des soins de longue durée reçoit neuf fois moins de ressources que celui des soins de courte durée (Economic Policy Committee de l'Union européenne, 2000), rapport très inférieur à celui observé dans la plupart des pays voisins. Cette insuffisance de couverture des soins de longue durée² montre que la politique nationale de santé n'a pas tenu compte de la transition démographique (avec l'accélération du vieillissement depuis les années soixante-dix) et épidémiologique (prédominance des maladies chroniques). Ces deux éléments auraient dû faire du développement du secteur des aides et soins de longue durée une priorité aux dépens du secteur des soins aigus, qui reste toujours le secteur prioritaire³.

Les premières démarches de programmation nationale dans les domaines de la santé

La démarche de la rationalisation des choix budgétaires a été utilisée dans les années soixante-dix, notamment dans le domaine de la périnatalité. Après analyse du système existant (diagnostic de santé, analyse des résultats des actions préexistantes), on définit des buts et des objectifs compte tenu des contraintes et de scénarios alternatifs virtuels permettant d'apprécier les résultats en fonction des coûts. Un plan stratégique et des programmes d'actions pluriannuels, avec budgets correspondants, sont mis en place. L'évaluation accompagne les actions permettant des corrections en cours de programme. Ce programme et d'autres études expérimentales ont été abandonnés du fait de la complexité de la méthode rendant nécessaire la formation de personnels et des difficultés d'insertion de ces actions dans le fonctionnement administratif commun (notamment par budget annuel).

La programmation stratégique des actions de santé. Le modèle méthodologique et les financements peuvent provenir du niveau national, mais l'application est toujours

Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 69.

1. Auxquels il faut rajouter certains actes, dans le secteur ambulatoire, financés par l'assurance maladie, invisibles dans les comptes, de même que certains programmes environnementaux qui n'y sont pas intégrés.

2. Malgré l'introduction, en 1997, de la Prestation spécifique dépendance remplacée par l'Allocation personnalisée d'autonomie en 2002, dans le secteur des personnes âgées car leurs montants restent faibles.

3. Il est intéressant de souligner que l'épisode de la canicule de l'été 2003 a été suivi, comme mesure phare du ministère de la Santé, de l'attribution de crédits supplémentaires aux services hospitaliers d'urgence.



locale. Elle vise, en effet, à développer progressivement, avec l'ensemble des acteurs locaux concernés, des actions adaptées à la résolution à moyen terme d'un problème de santé considéré comme prioritaire. Ainsi en est-il de la programmation sida.

Politique de santé centrée sur une démarche stratégique

Elle s'efforce de s'appuyer sur la connaissance des principaux problèmes morbides de la population générale ou de groupes particuliers et/ou de leurs déterminants pour définir des priorités, fixer des objectifs avant de mettre en place des programmes visant à améliorer la santé au niveau d'une population. Le but fixé aux politiques de santé ne se borne plus à mettre à la disposition des acteurs les ressources nécessaires à la seule relation thérapeutique, mais devient la préservation ou la promotion de la santé de toute une population ou de groupes plus ciblés en agissant sur des déterminants de la santé. La politique nationale, en étant moins fragmentée, devient plus cohérente et plus efficiente.

Le Haut Comité de la santé publique (HCSP), mis en place fin 1991, a développé à partir de juin 1992 une telle démarche stratégique pour définir une politique de santé. En décembre 1992, il publie un rapport préliminaire [35]. Ce document définit un cadre de référence commun aux acteurs et structures de santé et propose un cadre de réflexion et d'aide à la décision aux acteurs politiques. Ces premières propositions privilégient une approche globale et intersectorielle de la santé. Dans une première partie, le rapport expose la démarche du HCSP, ses valeurs de référence et les thèmes retenus. Les valeurs retenues sont l'égalité devant la santé⁴; l'équité dans les solutions apportées pour atteindre l'égalité; la solidarité entre malades et bien portants; la liberté: ce qui soulève le problème de rendre les acteurs de santé responsables tant au niveau individuel (comportement à risque librement choisi) qu'au niveau collectif (comportement à risque imposé par des contraintes sociales ou les conditions d'existence⁵). Dans une seconde partie, le rapport présente des buts généraux et plus spécifiques, des types d'actions en fonction des thèmes retenus. Ces derniers concernent: les problèmes de santé de grandes catégories de population (par exemple: ceux du grand âge), des groupes de pathologies (par exemple: les maladies cardio-vasculaires et les problèmes de nutrition), des problèmes particulièrement d'actualité (par exemple: santé publique, alcool et dépendance) et des déterminants de la santé transversaux (par exemple: soins appropriés, santé et environnement). Il termine en proposant des objectifs stratégiques de soutien à une politique de santé. Tels sont la mobilisation de l'ensemble des acteurs par l'organisation de débats publics

impliquant les usagers et la population elle-même ou ses représentants (Parlement, par exemple), une meilleure prise en compte de la dimension régionale pour la programmation et l'évaluation des actions, un soutien de longue durée des pouvoirs publics (formation, recherche, amélioration de l'action administrative, développement de partenariats pour les actions intersectorielles, système d'information, réflexions éthiques).

Ces propositions ont été soumises à une appréciation critique, par une large consultation nationale des acteurs et structures de santé et des débats régionaux. Le HCSP, en proposant des objectifs, s'est gardé de définir des priorités, considérant que c'est aux responsables de la politique de santé, chacun à leur niveau, d'établir des choix prioritaires différenciés parmi l'ensemble des objectifs concevables. Pour chacun des indicateurs retenus, une comparaison à des valeurs de référence correspondant à la situation la plus favorable en matière de santé dans les pays de la Communauté européenne est proposée.

Le premier rapport du HCSP, *La Santé en France* [34], est une tentative d'associer à un bilan national sur la santé de la population un ensemble de propositions d'objectifs de santé utilisant des indicateurs souvent quantifiés. La sélection des problèmes de santé et des déterminants prioritaires a été effectuée par l'interrogation d'experts de santé selon une enquête de type Delphi. Les critères retenus ont été les suivants: sévérité, fréquence, impact socio-économique, perception sociale, faisabilité et efficacité d'actions. Nous renvoyons les lecteurs à ce rapport et aux commentaires et critiques qui en sont faits dans le rapport suivant [33]. Nous ajouterons pour notre part que la méthode choisie pêche par le choix de thèmes préalables proposés aux experts, par la composition de leur groupe qui fait la part belle aux cliniciens, par l'absence de consultations des usagers et à plus forte raison de la population. Il s'agit donc là d'une vision biaisée. Ce rapport néanmoins a servi d'exemple pour les rapports suivants et de cadre de référence aux premières conférences, nationale (septembre, 1996) et régionales de santé.

Par la suite, les ordonnances du 24 avril 1996 imposent théoriquement de réaliser la liaison entre la fixation des objectifs de dépenses de l'assurance maladie par le Parlement et les priorités de santé et orientations pour la distribution des soins telles qu'elles sont définies par la Conférence nationale de santé annuelle et le rapport du HCSP. Il reste à prendre en compte l'expression des besoins de santé par la population, ce que devront faire théoriquement les conférences régionales de santé et, ultérieurement, les États généraux de la santé. Il reste à mieux répartir les enveloppes financières entre soins de santé, actions de prévention et aides, et soins médico-sociaux. Cela est rendu particulièrement difficile par les différents niveaux territoriaux de responsabilité.

Programmes nationaux de santé

Dans cette dernière partie, nous voudrions nous interroger sur la place de ces programmes au niveau national. Nous

4. Cela soulève le problème de distinguer les inégalités évitables (exposition à des conditions de vie insalubres et accès insuffisant aux services de santé) des inégalités inévitables (l'âge) [66].

5. L'alcoolisme et le tabagisme s'inscrivent dans ce cadre, contrairement à l'opinion commune.

pensons que le niveau national est là essentiellement pour prendre les mesures réglementaires de protection de la santé de la population et d'organisation des professions et institutions sanitaires et sociales, et pour veiller à une certaine équité dans leur distribution sur l'ensemble du territoire. Il est également nécessaire pour développer des cadres de référence méthodologique utiles aux acteurs des niveaux plus décentralisés. Enfin, il est indispensable pour impulser, par des mesures incitatives, des programmes et actions nécessaires pour combattre toutes les formes d'inégalité dans le domaine de la santé, dans sa définition la plus large. Nous pensons en particulier aux inégalités de prise en charge selon que l'on a une maladie aiguë ou chronique. À quoi sert-il, en effet, d'apporter des connaissances aux décideurs s'ils n'en tiennent pas compte dans leurs décisions ? La transition épidémiologique est patente depuis plus de trente ans et le secteur des maladies chroniques reste le parent pauvre du système. De même à quoi sert-il de montrer les inégalités en santé si on ne s'attaque pas aux déterminants qui en sont la cause ? Aujourd'hui, si l'on veut améliorer la santé en France, après les spectaculaires progrès qui ont été accomplis, il importe de faire porter les efforts auprès des populations défavorisées et auprès des personnes atteintes de maladies chroniques et de handicaps physiques et mentaux, de faire prendre en compte l'environnement au travail, dans le cadre de la vie quotidienne (alimentation, habitat).

Conclusion

Les politiques centrées sur la réponse aux problèmes de santé des populations sont d'autant plus difficiles à conduire qu'elles s'écartent du système dominant des croyances en matière de santé partagées par la majorité

des citoyens, confondant santé et soins médicaux, et pour qui les effets des facteurs environnementaux et sociaux sont invisibles au niveau individuel. Ce système est renforcé par le complexe médico-industriel. Son influence est particulièrement forte en France, du fait du poids, jusqu'à ce jour, de la profession médicale dans le système de médiation sociale du secteur de la santé [39].

Les différentes étapes de la planification stratégique de santé publique soulèvent de nombreuses difficultés. La définition des facteurs qui contribuent à la santé publique n'est pas simple [17]. Elle doit d'abord s'appuyer sur l'information disponible apportée par plusieurs disciplines scientifiques. Cette information doit ensuite être utilisée par les décideurs pour résoudre des problèmes pratiques complexes. Passer de la connaissance scientifique d'un problème à sa définition politique et consensuelle soulève de grandes difficultés. Elles sont liées aux contradictions entre la croyance en la certitude de connaissance scientifique et les incertitudes de sa définition politique. Le consensus à construire peut être facilité par l'existence d'experts et de professionnels ayant de solides formation et culture de santé publique, s'interposant entre décideurs et acteurs de terrain grâce à l'institutionnalisation de lieux de dialogue, notamment aux différents niveaux territoriaux, par l'utilisation de formes collégiales d'expertise. Le recours à des débats sur la place publique pour définir les problèmes, déterminer les priorités, choisir entre les scénarios de solutions faisables politiquement afin de tempérer l'avis des experts est également utile. Mais, si les décisions devraient s'appuyer plus sur la rationalité technique, elles dépendent nécessairement du système de valeurs et de croyances dans lequel elles s'inscrivent. 🌿

Des ordonnances à la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 : définition des politiques à partir des priorités

Les programmes nationaux de santé ou « PNS » ont été, notamment entre 1992 et 2002, un des creusets où se sont forgées une démarche et une culture de santé publique interministérielle, nationale, régionale et territoriale.

Une dynamique d'une vingtaine d'années et deux étapes législatives

Après des crises sanitaires successives récentes, la France a connu l'émergence sans précédent de données

et d'actions de santé nationales et régionales. De nombreux rapports sur la santé en France ont été publiés, comme le rapport du groupe « Régulation de l'activité et des dépenses de santé : la santé choisie » du Commissariat général du plan de 1983 et le rapport du Haut Comité de la santé publique *La santé en France : rapport général* de 1994. Ils soulignent notamment qu'il demeure en France une mortalité prématurée importante, des inégalités de santé remarquables ainsi qu'une complexité et segmentation du système de santé.

Pierre-Henri Bréchat

Médecin de santé publique, Service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP), chercheur associé au Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires de l'École nationale de la santé publique (LAPSS/ENSP)



Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 69.

L'apport des ordonnances d'avril 1996

Les ordonnances prises le 24 avril 1996 sur l'organisation de la Sécurité sociale, la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et la réforme de l'hospitalisation publique et privée ont instauré une nouvelle architecture dans l'organisation de l'offre de soins. La Conférence nationale de santé (CNS) et les conférences régionales de santé (CRS) ont analysé les besoins de santé de la population et ont déterminé des priorités de santé publique, tant au niveau national que régional [33]. Grâce à sa nouvelle légitimité démocratique, le Parlement a fixé, dans le cadre des lois de financement de la Sécurité sociale, l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (Ondam), sur la base des travaux de la CNS [33].

Ces ordonnances ont aussi légitimé un dispositif construit dans les années quatre-vingt-dix. C'est à cette époque que sont apparues les idées de développer des actions de santé publiques au sein de politiques régionales de santé en y faisant participer l'ensemble des acteurs régionaux : décideurs (État, assurance maladie et collectivités territoriales), institutions, professionnels et représentants d'associations d'usagers. Un faisceau d'arguments complémentaires est venu enrichir ces idées pour les capitaliser dans l'expérimentation des premières CRS et des premiers programmes régionaux de santé (PRS). Les CRS ont eu pour objet d'analyser les besoins de santé et leur évolution afin d'établir des priorités et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population. Le préfet a choisi parmi ces priorités celles qui ont fait l'objet d'un PRS. Cette décision s'est appuyée sur une concertation au sein du comité régional des politiques de santé. Ce comité est composé par les représentants des principaux décideurs impliqués dans l'impulsion et le financement des politiques de santé : directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (Drass, Ddass), agence régionale de l'hospitalisation (ARH), unions des caisses d'assurance maladie (Urcam), services de l'Éducation

nationale, collectivités territoriales régionales et départementales, et représentants des associations d'usagers. Chaque PRS a pu être complémentaire des autres procédures d'allocations des moyens, en particulier le schéma régional d'organisation sanitaire de deuxième génération (Sros II) [8].

Aux niveaux national et régional, il y a eu les deux mouvements complexes et intégrés :

- **Au niveau national**, les autorités ministérielles ont pu, dans les documents officiels, comme les rapports de la CNS mais aussi ceux du HCSP *Stratégie pour une politique de santé* de décembre 1992 et *La santé en France. Rapport général* de novembre 1994, choisir, de façon autonome, des priorités parmi les sujets traités. Elles en ont repris certaines et en ont promu d'autres. Le premier programme national de santé pour le dépistage du cancer du sein avait vu le jour en 1993. D'autres ont suivi, souvent appelés « programmes nationaux de santé », ou « PNS ». Ces actions ont pu aussi prendre l'appellation de plans, schémas ou stratégies, traduisant sans doute l'appropriation nouvelle par l'administration en charge de la santé d'une démarche d'animation de projet. Sous des impulsions de ministres, de membres de cabinets ministériels et d'administrations du ministère en charge de la Santé et de l'Assurance maladie, ces dynamiques nationales ont pu être prises en compte au niveau régional.

- **Au niveau régional** depuis 1994 [8, 9, 37], l'établissement des priorités de santé régionales a été complexe. Il a essentiellement reposé sur les membres du jury de chaque CRS. Ils ont fait connaître leurs conclusions au préfet de région, qui a déterminé les sujets, et leur nombre, sur lesquels il a estimé opportun que soit lancé un PRS. Aucune règle n'a été imposée pour ce faire. La question des choix qui auraient été faits si les usagers ou les citoyens avaient été directement consultés a souvent été posée. La méthode préparatoire proposée par le niveau national (l'étude Delphi qui proposait des critères de priorisation clairement explicités) a pu être

Méthodologie

Cet article analyse les documents disponibles traitant d'une part des données, objectifs, indicateurs et programmes de santé entre 1983 à 2004, et d'autre part du suivi de ces actions afin d'en tirer des enseignements. Ce travail a été enrichi par l'exploitation des comptes-rendus écrits de 34 entretiens, confidentiels, semi-directifs approfondis, d'une durée moyenne d'une demi-heure, auprès de ceux qui ont construit

et suivi 22 des programmes nationaux de santé.

Parmi l'ensemble des initiatives provenant des autorités nationales et régionales, nous avons choisi de retenir les exercices de priorisation et de mise en œuvre d'actions de santé publique qui ont eu lieu au ministère en charge de la Santé (direction générale de la Santé [DGS], direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins [Dhos], directions régionales

et départementales des affaires sanitaires et sociales [Drass et Ddass] et Agence régionale de l'hospitalisation [ARH]). Cet exercice ne se veut pas exhaustif, tant pour les priorités affichées que pour les actions non affichées qui ont pourtant été menées. Il souhaite pourtant témoigner de l'ampleur des travaux réalisés, des champs investis et des marges de manœuvre ouvertes. 🌿

La loi organique relative aux lois de finances

La Lolf a été votée le 1^{er} août 2001. Elle remplace l'ordonnance de 1959 (qui régit encore aujourd'hui les lois de finances) et décrit la nouvelle constitution financière de l'État. C'est une réforme consensuelle puisqu'elle a été votée à l'unanimité par les parlementaires. C'est une réforme budgétaire, mais pas

seulement. Car c'est le passage d'une culture de moyens à une culture de résultats, c'est un levier fort pour la réforme de l'État. Mais c'est aussi le levier pour accélérer et généraliser les mouvements de modernisation de l'État engagés depuis dix ans : la déconcentration, la contractualisation, le contrôle de gestion et

la démarche qualité. Sa mise en œuvre s'étend jusqu'en 2006. La DGS expérimente la mise en œuvre avec l'aide de ses principaux opérateurs et services, en concevant la structuration de deux programmes « Santé publique et prévention » et « Veille et sécurité sanitaire » en actions, objectifs et indicateurs de performance. 

utilisée, ainsi que des journées du HCSP dédiées, pour établir parmi, les priorités du rapport sur la santé en France de novembre 1994, celles qui répondaient le mieux à la situation de chaque région. Chaque région a en moyenne retenu 10 priorités. Seule l'insertion sociale des plus démunis par des projets de santé a été une priorité régionale obligatoire et chaque région a mis en œuvre un programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps)¹.

Peu de régions se sont référées au critère de prévalence des pathologies pour définir leurs priorités, mais en revanche, la situation défavorable de la région par rapport à la moyenne nationale pour un problème de santé donné a souvent été un critère déterminant pour faire de ce problème une priorité régionale. Les régions ont plutôt retenu des programmes pour lesquels elles pressentaient qu'une meilleure coordination des acteurs locaux et une plus grande place accordée à la prévention auraient une influence significative.

De 2003 à 2005 : trois lois pour compléter ce dispositif

Cette période a vu l'élaboration de la loi relative à la politique de santé publique (LRPSP) et la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (Lolf). Le programme « prévention » de la Lolf résulte des travaux préparatoires au projet de LRPSP qui vient d'être votée. L'analyse des contributions remontées par les Drass (consultations régionales), la consultation d'experts dans le cadre du groupe technique national pour la définition des objectifs (GTNDO) et la prise en compte des objectifs et indicateurs élaborés précédemment dans certains PNS et PRS ont favorisé la documentation d'une centaine d'objectifs de santé publique (LRPSP, Lolf), ainsi que des orientations de la LRPSP. Une partie de ces objectifs est aussi ceux des plans stratégiques de santé publique 2004-2008 qui seront développés dans les cinq domaines soulignés par le président de la République : cancer, violence routière, handicap, ainsi que santé environnementale et maladies rares. C'est la première fois que le choix des PNS est réalisé

au niveau des services du président de la République. Le suivi des priorités et des actions de santé publique est prévu par la Lolf et sera aussi assuré par les futurs plans régionaux de santé publique (PRSP) et groupements régionaux de santé publique (GRSP) de la LRPSP. L'expérience acquise au travers des CRS et PRS pourra favoriser ces évolutions, ainsi que le développement d'une politique de santé publique dans les régions.

Comme le prévoit la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, les assurances maladie complémentaires, comme les mutuelles et les assurances privées, pourront participer au financement des politiques de santé.

Les programmes nationaux et régionaux de santé

Les programmes nationaux de santé

Une quarantaine de problèmes de santé publique ont été priorisés par les autorités ministérielles. Il y a eu 40 PNS entre 1995 et 2002, dont 32 mis en œuvre et 8 émergents. 16 concernent des pathologies, 12 sont autres, 7 concernent des déterminants de santé, 5 des populations, 6 régions innovent en amont de PNS émergents comme l'environnement. Les PNS concernent moins les déterminants de santé et les populations que l'approche par les soins, dont autres. La construction des PNS a surtout été descendante et le niveau régional a pu s'approprier des priorités proposées par le niveau national. Une partie de ces actions a constitué « une politique de santé : mars 2001 ». Des travaux transversaux entre programmes nationaux, ou « inter-PNS », ont été tentés à au moins trois reprises en administration centrale. Il n'y a pas eu de formation au « management des politiques nationales de santé », comme cela a été réalisé pour le niveau régional [8]. Même si toutes les actions n'ont pas été mises en œuvre, elles ont favorisé l'élaboration de données, de concepts, et des partenariats nouveaux (interministériels et multidisciplinaires). Celles qui n'ont pas encore été mises en œuvre représentent des actions émergentes et sont autant de marges de manœuvre ouvertes pour un lobbying de santé publique.

Des programmes de sécurité sanitaire ont récemment été élaborés pour la canicule, la varicelle et le syndrome

1. Qui peut être considéré comme un PRS.



Programmes, plans ou stratégies de santé publique développés de 1995 à 2002

Les 32 actions (plan, programme, schéma et stratégies) de santé publique qui étaient mises en œuvre en 2002

Par déterminant

- Plan d'action de lutte contre le tabagisme 2002-2004
- Stratégie d'action alcool 2002-2004 (13 régions)
- Programme de substitution (1 région)
- Programme national nutrition-santé 2001-2005 (1 région)
- Suivi de programme régional d'accès à la prévention et aux soins : Praps (toutes les régions)

Par pathologie

- Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
- Plan santé mentale : l'usager au centre du dispositif à rénover
- Stratégie nationale de prévention du suicide 2001-2005 (9 régions)
- Programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005 (1 région)
- Programme national de réduction des risques cardio-vasculaires 2002-2005 (3 régions)
- Programme d'actions insuffisance rénale chronique 2002-2004
- Programme national hépatites virales C et B (2 régions)
- Plan national de lutte contre le VIH/sida 2001-2004 (8 régions)
- Solidarité thérapeutique hospitalière sida
- Programme national de lutte contre le cancer 2000-2005 (9 régions)
- Programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2 (4 régions)
- Lutte contre l'intoxication au plomb (1 région)
- Programme d'actions maladies rares
- Organisation des soins pour la prise en charge des patients atteints de mucoviscidose
- Plan d'examen de santé bucco-dentaire pour les enfants de 6 à 12 ans (inscrit dans la loi de financement de sécurité sociale de 2002)

Par population

- Plan santé des jeunes (7 régions)
- Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles (3 régions)
- Programme national pour l'amélioration de la prévention et la prise en charge sanitaire des personnes détenues 2002-2005

respiratoire aigu sévère (SRAS). Ils viennent renforcer la nécessaire complémentarité entre politique de santé et politique de surveillance et de veille sanitaire.

Les programmes régionaux de santé [8]

Une montée en puissance progressive du nombre de PRS qui peuvent être imaginatifs et anticipatifs

La quarantaine de priorités nationales a pu être prise en compte parmi les 90 sujets traités lors des CRS pour l'établissement des priorités de santé régionales. Des liens entre PNS et PRS se sont développés. De moins d'une dizaine en 1995, ce nombre est de 106 PRS en janvier 2004 (dont 26 Praps). La méthode de comptage des PRS mis en œuvre par les régions fait apparaître le classement suivant : le Praps est le plus mis en œuvre (toutes les régions), l'alcool (13 régions), le cancer et le suicide (9 régions pour chacun de ces PRS), le sida, la santé des enfants et des adolescents,

la périnatalité (5), le diabète, puis viennent les pathologies cardio-vasculaires, la précarité, la vieillesse et la dépendance (3); les accidents de la route, l'hépatite C et la santé-environnement (2); l'alimentation, l'asthme, le handicap, le saturnisme et la toxicomanie. Si seulement 2/5 des priorités de chaque région ont été mises en œuvre sous forme de PRS, cela ne veut pas dire que les autres ont été forcément abandonnées. En effet, selon les régions, elles ont pu être prises en compte par l'ARH (Sros II, réseaux), l'Urcam et l'Urmel. Certaines priorités nationales se sont aussi infiltrées dans d'autres priorités (exemple des activités physiques et sportives dans le PRS cardio-vasculaire du Nord-Pas-de-Calais); ou en dehors des PRS comme la vaccination, la gérontologie, etc. Certains de ces PRS, en particulier les PRS « suicide », ont bénéficié d'un suivi par l'administration centrale (construction descendante puis ascendante).

Du national au régional

Autres

- Plan national d'éducation pour la santé (schéma régional d'éducation pour la santé : Sreps)
- Propositions pour un plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2001-2005
- Programme de lutte contre la douleur 2002-2005
- Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005
- Fin de vie
- Plan greffe
- Plan périnatalité (santé maternelle et infantile) (5 régions)
- Violence à l'hôpital
- Plan d'action pour les enfants atteint d'un trouble spécifique du langage

Au niveau régional

- Précarité, vieillesse, dépendance (3 régions), accident de la route et santé environnement (2 régions), handicap (1 région)

Les 8 actions (plan, programme, schéma et stratégies) de santé publique émergentes en 2002

Par déterminant

- Programme de promotion de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes 2002-2007 [1]
- Plan santé-environnement

Par pathologie

- Programme de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles 2001-2005

Par population

- Orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive
- Santé des femmes (projet)

Autres

- Politique de santé outre-mer (projet)
- Qualité de vie des malades chroniques
- Réduction de l'impact de la violence sur la santé des populations

Des travaux transversaux entre PRS ont pu être réalisés comme dans la région Nord-Pas-de-Calais qui a vu la création d'un « inter-PRS » [8]. Des régions ont mis en œuvre des PRS avant l'élaboration de PNS (accident de la route) qui ont pu ensuite les prendre en compte dans une démarche de construction ascendante.

Vers une participation des usagers/citoyens à la définition et à la mise en œuvre des politiques de santé, principalement régionales

C'est au milieu des années quatre-vingt-dix qu'a été développée par les pouvoirs publics l'idée de promouvoir la participation des usagers dans la définition et la mise en œuvre des politiques régionales de santé. Ce sont surtout des représentants d'associations d'usagers, et peu de citoyens qui y ont participé lors des CNS et PNS ; CRS, PRS et des Sros II. Ces expériences illustrent une forte propension à l'application du modèle décisionnel sans l'usager au détriment de la consultation et du déci-

sionnel avec l'usager. Pourtant, n'est-il pas considéré que toute action de santé publique devient légitime dès lors qu'il y a consensus des usagers eux-mêmes sur les actions à mettre en œuvre pour modifier les comportements ?

Ces cheminements communs entre usagers et représentants de l'État et de l'assurance maladie ont favorisé des apprentissages organisationnels, ainsi que l'établissement d'une reconnaissance mutuelle et de rapports confiants favorisant l'élaboration et la mise en œuvre d'actions communes. Cette première période de participation des usagers aux politiques de santé peut être considérée comme l'ancrage institutionnel d'un modèle participatif en santé qui favorise aussi un apprentissage collectif d'une culture de santé publique et d'un *continuum* prévention-soins-réadaptation-enseignement-recherche. L'ensemble de ces constats et des bénéfices observés, malgré certaines limites, a



permis de conclure à la réussite de cette première étape de participation des usagers aux politiques de santé et de faire des propositions visant à maintenir l'ouverture de ces « portes partenariales » et à améliorer ce dispositif.

Pour quels résultats ?

Si certains PNS ont, depuis leur conception, des objectifs (promotion de la santé par les activités physiques et sportives et prévention des conduites dopantes [1]) et si certains PRS s'appuient sur des indicateurs chiffrés, généralement de mortalité, on trouve peu de mesures quantitatives de besoins de santé. Des travaux d'évaluation ont été réalisés, comme l'évaluation nationale des PRS en 1998 qui a permis l'élaboration de différents rapports de « diagnostic » et à une série de recommandations [11], et l'évaluation des Praps de première génération en 2003 [8].

L'élaboration et la mise en œuvre récentes des PNS et PRS, ainsi que l'apprentissage d'un pilotage par les résultats, qui est nouveau au sein de l'administration de la santé, peuvent expliquer le peu d'évaluation réalisée, alors qu'une évaluation intégrée dans le processus, accompagnée par un système d'information et d'observation performant, est demandée.

La LRSP, avec ses nouveaux plans stratégiques et sa centaine d'objectifs, vient accroître ceux qui existaient. Une synergie globale entre les réalisations de ces deux périodes (priorités, plans ou programmes, objectifs, indicateurs et financements) est en cours de construction tant au niveau national (plans, objectifs de la LRSP et programmes de la Lof) que régional (PRSP, GRSP et Sros de troisième génération) et devrait favoriser l'instauration d'une culture en mode projet.

Les PNS : une étape historique pour le développement d'une politique de santé

Depuis une dizaine d'années, la démarche de programmation d'actions de santé s'est développée en France. Ce développement a été spectaculaire par son ampleur et sa rapidité. Il peut être considéré comme une étape capitale de la mise en œuvre de priorités de santé nationales, régionales et territoriales. Les éléments pour une politique de santé² cités précédemment, rejoignent de façon complémentaire ceux d'une politique des soins jusqu'à présent prédominante. L'observation de ce développement de la démarche de programmation d'actions de santé montre plusieurs lignes de force dont les principales portent sur :

- l'élaboration d'une politique de santé qui développe, structure et articule, par les actions, la mobilisation

2. « La politique de santé est constituée d'objectifs de nature quantitative et qualitative, à court, moyen et long termes, et traduits dans des actions (programmes par exemple) [...]. Elle recouvre aussi l'ensemble des moyens juridiques, institutionnels, humains, techniques, économiques, financiers et budgétaires, susceptibles d'empêcher l'apparition des maladies ou faire régresser celles qui se sont déclarées dans une perspective très large de protection de la santé publique » Bonnici B, La politique de santé en France, Que sais-je ? PUF, avril 2003.

des acteurs, le décloisonnement des institutions et la confrontation des pratiques professionnelles,

- le début d'un partage des informations, un dialogue, voire des apprentissages entre représentants de l'État, de l'assurance maladie, des professionnels de santé, des représentants des associations d'usagers et des élus,

- l'élaboration d'une culture de santé publique nationale et régionale associant une approche basée sur la promotion de comportements favorables à la santé, à une approche par pathologie stricte. Elle promeut la sécurité sanitaire et l'amélioration de l'efficacité des actions,

- les débuts de la territorialisation de la programmation des actions de santé (Nord-Pas-de-Calais) dans un souci partagé de plus grande cohérence des actions sur le terrain. Des politiques régionales et territoriales originales ont donc aussi trouvé leur place [8].

Les programmes de santé ont participé à la construction de la légitimité de l'action publique dans le domaine de la santé publique. Ils aident à la construction progressive d'un programme national de santé publique, voire d'une politique de santé [2] aux possibilités importantes.

Cependant, la définition des priorités de santé nationales et régionales a été complexe. Les méthodes de définition des priorités restent à construire avec la population. Les pouvoirs publics sont en train d'apprendre à faire participer les usagers à la définition de leurs besoins de santé. Cette dynamique de priorisation a débouché sur un grand nombre de programmes de santé nationaux plutôt que de santé publique, qu'il a été difficile de coordonner entre eux. L'articulation entre les niveaux national, régional et territorial peut aussi être améliorée, ainsi que la prise en compte des initiatives précédentes, tant nationales que locales. La construction des PNS est plutôt sur le mode descendant alors que, sur le terrain les professionnels sont demandeurs de prise en compte ascendante. De plus, les moyens humains, organisationnels (chefs de projet nommés, priorités articulées avec celles de l'ARH, simplification des rôles et des procédures d'actions) et financiers dédiés [voir l'encadré de Dominique Bertrand et Pierre-Henri Bréchat] n'apparaissent pas à la hauteur de l'ambition des programmes ou sont considérés comme étant éparpillés. Les PNS ne bénéficient encore que de peu d'évaluation, de travaux de recherche et de formations.

L'ensemble de ces constats et des bénéfices observés, malgré certaines limites, permet de conclure à la réussite de cette étape de programmation d'une politique de santé.

Conclusion

À un rythme soutenu, les politiques de santé se sont enracinées grâce, en particulier, aux programmes nationaux de santé. Ils ont, avec les programmes régionaux de santé notamment, transformé les modes d'intervention en santé publique, et le bilan est plutôt positif : décloi-

sonnement institutionnel, mobilisation des acteurs et évolution des pratiques.

Ces politiques de santé, tant de prévention, de soins que de surveillance et de veille sanitaire, gagneraient en efficacité à être développées vers les populations les plus à risque et là où il y a des inégalités, tout en tenant compte des contraintes économiques.

Elles gagneraient en force à l'intérieur d'une politique de santé publique prenant en compte le logement, les salaires et les droits de l'homme, tant au niveau national, européen (libre circulation des biens et des personnes) que mondial (OMS). La politique de santé publique est et sera de plus en plus centrale dans toute politique. ✎

L'impossible bénéfice du doute : du scandale à la prudence dans le traitement public des risques sanitaires

L'affaire du sang contaminé a connu, en France, un retentissement exceptionnel. Son impact médiatique, les procès auxquels elle a donné lieu, la virulence des controverses, les accusations morales de cynisme et d'abus en direction du personnel politique et de médecins, la dénonciation de la recherche du profit au mépris des vies humaines : tous ces aspects ont pris une ampleur exacerbée.

Le fameux « responsable mais pas coupable » de la ministre de la Santé Georgina Dufoix n'a pas convaincu grand monde et la recherche de boucs émissaires, au-delà des coupables, a duré de longues années et a opposé les responsables politiques aux membres des associations de défense des malades, aux médias et à l'opinion publique. L'affaire du sang contaminé a été l'occasion de construire une histoire exemplaire sur les carences de la gestion politique de la santé : d'un côté, des innocents abusés et placés délibérément en danger de mort ; de l'autre, un pouvoir au moins incompétent, sans que le bénéfice du doute ou de l'incertitude lui soit accordé, et au plus criminel, par volonté de protéger l'industrie et de contenir les dépenses de santé. Ce scandale a donné lieu à un véritable mouvement social, où les collectifs représentant les malades se sont engagés dans une action déterminée tout en demeurant toujours dans l'insatisfaction des décisions et de la chose jugée. Par sa dimension épidémique et sa menace sur l'ordre et les valeurs de notre société, le sida représentait bien une maladie emblématique. C'est probablement la raison pour laquelle la mise en accusation de l'État a, d'une part, engendré l'indignation publique, et, d'autre part, suscité une telle mobilisation.

Certes, les risques sanitaires ne font pas défaut, mais — et c'est bien là le paradoxe — même lorsqu'ils sont de grande ampleur épidémiologique, ils ne donnent pas forcément lieu à une politique vigoureuse et structurée. Ou alors le temps de latence pour les

prendre en compte et agir sur eux est beaucoup plus long que dans l'affaire du sang contaminé. Que l'on pense par exemple au traitement de la menace sanitaire représentée par l'amiante, tant en France que dans des pays occidentaux censés être très sécuritaires, comme l'État du Québec qui se refuse encore actuellement à renoncer au traitement industriel et à l'utilisation de ce matériau, au motif que ceux-ci peuvent être dénués de danger s'ils sont correctement réalisés, ou que les dangers du tabac seraient bien plus importants, le tabagisme étant un comportement individuel qui permet de porter le blâme sur le fumeur. Et on ne peut s'empêcher de penser que le fait que le Québec soit le deuxième producteur mondial de ce matériau soit indépendant de cette position.

Des inégalités de traitement des risques sanitaires liées à l'émotion

Les raisons de cette prise en charge inégalitaire des risques de santé, sur un agenda politique où tous les problèmes ne peuvent être de fait abordés, faute de temps et de place, sont multiples et complexes. Des facteurs semblent déterminants : la pression exercée par les associations ; le retentissement médiatique et, partant, les réactions du public ; la disponibilité d'une forme narrative exemplaire jouant sur les éléments éthiques, émotifs, dramatiques ; la montée en généralité du problème ; la publicité donnée aux controverses scientifiques ; une situation de crise qui affaiblit le pouvoir politique. Ces facteurs ont bien sûr été présents dans les risques liés au sang contaminé, mais aussi, paradoxalement, dès les premières mobilisations contre les risques liés à l'amiante, dans les années soixante-dix. Pourtant, ce n'est que récemment que le risque de l'amiante a reçu un véritable traitement politique, tant au niveau national que supranational, et la Communauté européenne vient d'en interdire le traitement et l'utilisation à partir de janvier 2005. Entre-

Geneviève Paicheler
Directrice
de recherche
au CNRS, Cermes
(Centre de recherche
médecine sciences
et société)



temps, des risques dont l'ampleur épidémiologique était beaucoup plus restreinte, voire très limitée, ont connu une publicité sans précédent et ont donné lieu à des réglementations très sévères, voire à des mesures graves au plan économique, comme dans le cas de la variante humaine de l'encéphalite spongiforme bovine, voire enfin dangereuses au plan sanitaire, pour le coup d'arrêt brutal donné à la vaccination généralisée des nourrissons contre l'hépatite B.

La dénonciation des pouvoirs publics et des autorités médicales du fait de l'utilisation de sang dont la dangerosité était supposée connue, et le fait de traiter la santé, non comme un bien en soi, au-delà de toute considération de rentabilité, mais comme un bien négociable et soumis à des impératifs de coût-efficacité, a provoqué l'opprobre d'un public dont l'opinion était largement déterminée par la vague d'indignation provoquée par des médias friands de scandales. L'affaire du sang contaminé venait à point nommé pour dénoncer toutes les tentatives de calcul et de restriction de ressources vis-à-vis de la prise en charge de cette maladie. Du fait de la faute originelle qu'elle représentait, il devenait impossible aux pouvoirs publics de restreindre l'accès aux prises en charge, ou de se permettre de juger de la moralité des personnes infectées par le VIH, car c'était d'abord et avant tout la machine étatique qui avait fait preuve de son immoralité. De ce fait, il devenait impossible, si on avait été tenté de le faire, d'opérer une distinction entre les « victimes innocentes » — les hémophiles et les transfusés, et particulièrement les enfants, innocents parmi les innocents, contaminés jusque dans le giron de leur mère — et les personnes qui avaient pris une « part active » dans leur contamination, du fait de comportements alors réprouvés : la consommation par voie intraveineuse d'héroïne, ou la multiplication de partenaires sexuels sans utilisation de protection par des hommes homo ou bisexuels. Toutes les personnes atteintes du sida devenaient des victimes innocentes et le seul coupable était l'État, calculateur cruel. Et c'est bien du fait de cette rhétorique que les politiques de réduction des risques en toxicomanie ont été mises en place, alors qu'auparavant la seule cure admise, y compris par les psychiatres, était le sevrage. Et aussi que l'État s'est engagé dans une politique de communication ciblée et dirigée vers le grand public de grande envergure, puisque les sommes consacrées à la communication de prévention du sida ont été, entre 1990 et 1998, environ équivalentes aux sommes dépensées pour tous les autres thèmes de promotion sanitaire.

Ces moyens mis dans la communication préventive du sida, l'implication des acteurs politico-administratifs ont engendré une réflexion sans précédent sur les stratégies, les méthodes et les outils de la communication préventive, ce qui a permis un progrès notable dans ce domaine. S'éloignant des méthodes habituelles de la publicité, la préparation des actions de communication impliquait des chercheurs en sciences sociales, des

spécialistes de l'épidémiologie et de la santé publique, ainsi que des représentants des associations, dont le savoir sur l'expérience intime de la maladie devenait aussi important que le résultat de recherches. Ces « forums hybrides » ont ensuite servi de modèles pour la mise en place d'actions de prévention dans d'autres domaines.

Ainsi, il est devenu impossible de se livrer à des calculs économiques qui élimineraient certaines catégories de personnes de l'accès aux soins. Au moment de l'apparition des trithérapies, une polémique largement médiatisée a notamment concerné les critères de l'accès au traitement en fonction de la charge virale. Il s'est avéré hors de question de limiter cet accès, le critère d'inclusion se fondant sur les avis conjoints du médecin et de son patient. La même décision a présidé aux directives données pour la prise en charge des accidents d'exposition sexuelle au VIH, ouverts à tous et dépendant de la concertation entre médecin et patient, en fonction de critères de transmissibilité dépendant des pratiques sexuelles et de l'exposition au risque des partenaires impliqués.

Il est difficile d'évaluer le rôle qu'a joué l'affaire du sang contaminé sur la prise en charge de plus en plus sécuritaire d'autres risques sanitaires, notamment des risques émergents, quel que soit leur ordre de grandeur. Cette prise en charge a donné lieu, dans un contexte international, à la formulation du principe de précaution, principe permettant d'agir politiquement sur des périls sanitaires caractérisés par une très grande incertitude. L'adoption de principes de précaution supranationaux nous prouve bien que, si les pays occidentaux ont vécu l'affaire du sang contaminé avec un degré de virulence divers, tous se sont accordés pour se prémunir dès l'émergence de risques très incertains, à un moment où il est encore impossible de savoir s'ils vont atteindre de plus en plus de personnes ou pas.

Par conséquent, il est possible de poser que l'affaire du sang contaminé a augmenté la sensibilité politique aux risques sanitaires, notamment aux risques émergents. En effet, les périls auxquels les populations sont accoutumées leur semblent bien moins effrayants, même s'ils sont de grande ampleur. Et c'est bien ce qui se manifeste aujourd'hui à travers la « banalisation » du sida. Néanmoins, cette sensibilité politique accrue s'inscrit dans un contexte plus général où le risque est devenu un moyen privilégié de se représenter les dangers d'un monde industrialisé, dans un contexte paradoxal où, à la fois la sécurité sanitaire est de plus en plus grande, mais où les technologies, y compris médicales, engendrent des périls soit difficiles à cerner ou à prévoir, donc plus effrayants de ce fait, soit aux retentissements importants, comme dans les histoires exemplaires de la science effrayante qui s'emballe. C'est donc bien une crise de confiance dans la science et la technologie qui s'exprime à travers cette sensibilité exacerbée aux périls qui menacent une santé qui n'a jamais été si protégée. 🌿

Des priorités aux programmes

L'élaboration de politiques de santé cohérentes et pragmatiques repose sur la détermination de priorités et d'objectifs. La réduction des inégalités sociales de santé en est un élément clé.

Du bon usage des priorités de santé

Le système de santé français vit depuis de nombreuses années au gré des réformes dans une course éperdue au comblement des déficits accumulés, désormais sans cesse reportés sur les générations futures. Si la contrainte financière est omniprésente depuis le premier choc pétrolier dans les années soixante-dix, la nécessité de donner un autre sens aux mesures prises s'est progressivement imposée, notamment sous la pression des professionnels de santé. Mais les difficultés financières n'en sont pas le seul élément explicatif. D'autres aspects, notamment l'irruption du sida, l'importance des inégalités de santé et du niveau de la mortalité prématurée souligné par le Haut Comité de la santé publique au début des années quatre-vingt-dix ou encore des problématiques comme la iatrogénie ou la résistance aux antibiotiques, ont progressivement « popularisé » les interrogations de quelques spécialistes de santé publique sur la pertinence des modalités d'allocation de ressources du système de santé. Rationalisation des choix budgétaires, maîtrise comptable, maîtrise médicalisée et maintenant priorités de santé, autant de concepts qui marquent les étapes de cette évolution.

Pour analyser et comprendre comment ces priorités sont définies et utilisées, il faut d'abord commencer par s'interroger sur les fondements de cette notion. Avant le comment, s'intéresser au pourquoi. Il sera alors plus

facile de déterminer quelles limites la réalité française impose au bon usage des priorités de santé.

Quels fondements contextuels pour la définition des priorités de santé ?

S'il n'existait aucune limite en termes de ressources, en particulier humaines ou financières, pour répondre aux besoins de santé de la population, la notion même de priorité n'aurait guère de sens ou du moins d'intérêt. L'existence de la rareté en constitue donc le premier fondement. Parce que nous ne pouvons pas tout faire en même temps, nous sommes dans l'obligation de choisir. D'un point de vue économique, ce constat n'est guère nouveau. Dans le domaine de la santé, les conditions d'organisation de l'assurance maladie en 1945 (mécanisme de solvabilisation collective avec droit de tirage individuel sans réelle restriction), associées aux « Trente Glorieuses », ont pu faire croire pendant un temps à l'existence de ressources illimitées. Nous savons à nouveau qu'il n'en est rien, même s'il n'est facile ni aux professionnels, ni à la population de l'admettre au motif que la santé n'a pas de prix. Un partage équitable des ressources collectivement disponibles est donc indispensable pour réduire les inégalités de santé et à tout le moins ne pas les aggraver. Aujourd'hui, la tension entre ressources et besoins n'est plus seulement financière. Elle est aussi humaine en raison de l'évolution démo-

Bertrand Garros
Directeur des stratégies de santé à la Mutualité française, ancien membre du Haut Comité de la santé publique



graphique des professionnels de santé, de leur volonté de travailler moins d'heures, des règles à respecter en termes de sécurité et de qualité des soins.

Pour effectuer des choix, il ne suffit pas d'y être contraint. Il faut aussi être en mesure de hiérarchiser les problèmes. Formuler des priorités nécessite donc de disposer d'informations et de critères permettant d'opérer un classement, d'apprécier qu'un problème est plus important qu'un autre. Il n'y a donc pas de priorités sans ces critères, même implicites. Il existe différentes références pour définir ces critères : gravité vitale ou fonctionnelle, nombre de personnes concernées, dépenses engagées, etc. La plupart du temps, les priorités de santé sont définies en combinant ces critères. Leur choix, leur pondération respective sont donc un élément essentiel de la construction des priorités. Elles ne relèvent pas uniquement d'une logique scientifique.

Dernier fondement de la notion de priorités, la possibilité d'agir. Il ne servirait en effet à rien de considérer comme prioritaire un problème de santé sans donner une suite opérationnelle à ce constat. Il n'y a donc pas de priorité sans plan ou programme d'actions. Pour autant, il ne s'agit pas de réduire la finalité à son moyen, comme cela est trop souvent le cas. Un plan ou un programme de santé constituent une manière de répondre à une priorité. Selon les acteurs en présence, des plans différents peuvent être élaborés pour une même priorité.

En définitive, la notion même de priorité de santé et son utilisation reposent sur un triptyque associant niveau des ressources disponibles, critères de choix retenus et possibilités d'agir. Jusqu'à présent, ces trois dimensions ont surtout été articulées pour définir des priorités en termes d'organisation de l'offre de soins ou d'allocations de crédits consacrés à la prévention. Désormais, elles sont aussi au cœur des problématiques de la protection sociale. Apprécier le service médical rendu, l'utilité des produits et prestations, c'est clairement affirmer que certains remboursements sont plus prioritaires que d'autres, et que les ressources de l'assurance maladie doivent être consacrées à ce qui présente le plus d'utilité. La création de la Haute Autorité de santé est symbolique de cet élargissement.

Quels processus d'émergences des priorités de santé ?

Pour faire face aux déficits des comptes sociaux à la suite du premier choc pétrolier dans les années soixante-dix, différentes mesures financières ont été mises en place à plusieurs reprises, consistant essentiellement à augmenter les cotisations et à diminuer les remboursements. Des tentatives ont également été effectuées pour mieux encadrer l'activité et les tarifs des professionnels libéraux, mais aussi les dépenses hospitalières avec l'introduction de la planification hospitalière, puis du budget global. Au-delà de leurs éventuels aspects « comptables », ces démarches obéissent en fait à deux priorités. La première est le recentrage des remboursements de l'assurance maladie sur le

plus utile médicalement. La seconde est une meilleure adéquation entre la variation géographique de l'offre et celle des besoins de la population.

Dans le secteur ambulatoire, avec l'arrivée de « références médicales », éventuellement opposables, on parle de « maîtrise médicalisée ». L'idée n'est pas d'établir ainsi des priorités de santé, mais d'améliorer la qualité et la pertinence des soins, et par-là même d'aboutir à une meilleure utilisation des ressources de l'assurance maladie. Certains professionnels estiment même, plus ou moins explicitement, que les marges dégagées par un succès de cette maîtrise médicalisée pourraient permettre d'échapper à toute mise en œuvre de priorités, c'est-à-dire de choix. D'un point de vue conceptuel, cette approche se fonde sur la notion de « médecine fondée sur des faits » (*evidence based medicine*), qui cherche à faire reposer la décision médicale moins sur l'art des professionnels que sur des preuves scientifiquement démontrées.

L'offre de soins hospitalière a fait l'objet d'une planification de plus en plus contraignante depuis les années soixante-dix. Avec une volonté identique d'organisation géographique de l'offre, la carte sanitaire a précédé le schéma régional d'organisation sanitaire. Les indicateurs de besoins initiaux du type nombre de lits pour 1 000 habitants, d'une application au mieux arithmétique, ont été complétés en essayant d'appréhender de façon moins grossière les besoins de santé. Fonder l'allocation des ressources sur des critères plus rationnels et objectifs s'inscrit dans une convergence associant économie de la santé et santé publique. Travaux américains, anglais, canadiens, québécois marquent fortement les réflexions françaises. Faute de données de morbidité suffisamment complètes, les données de mortalité sont l'objet d'une utilisation de plus en plus intensive.

En 1977, Romeder a ainsi proposé de s'intéresser aux années potentielles de vie perdues entre 1 et 70 ans pour définir des priorités dans l'allocation budgétaire. En France, au début des années quatre-vingt, la Direction des hôpitaux engage les premières réflexions pour renforcer la dimension médicale des indicateurs de la carte sanitaire, en s'inspirant des méthodes élaborées en Angleterre, utilisant des indicateurs de besoin fondés sur la variation d'indicateurs de mortalité. En 1988, la Commission des Communautés européennes, dans le cadre de son programme « Recherches sur les services de santé », publiait un premier atlas européen de la mortalité évitable portant sur la période 1974-1978.

Toutes ces démarches ont en commun l'objectif d'aboutir à une utilisation plus pertinente de l'allocation des ressources, soit dans le cadre des prises en charge individuelles, soit dans un cadre plus collectif de planification ou de dotation budgétaire. Nous sommes dans des priorités plutôt statiques d'amélioration du fonctionnement, pas encore dans une logique beaucoup plus volontariste et offensive de priorités de santé. La logique curative dominante n'est pas remise en cause, ni encore véritablement les conditions de financement

ou l'organisation du système. La progression du vieillissement de la population, l'irruption du sida, la montée de la précarité vont conduire à de profondes remises en cause en matière d'organisation, de place laissée aux stratégies non curatives ou encore de lacunes de la protection sociale, aussi bien obligatoire que complémentaire. Ces interrogations sont d'autant plus ressenties que, dans son rapport de 1994, *La santé en France*, le Haut Comité de la santé publique soulignait la persistance des inégalités de santé sociales et géographiques, ou encore le haut niveau de la mortalité prématurée et évitable en France. Pour améliorer la situation, le Haut Comité proposait pour la politique

de santé des priorités et des objectifs résultant d'une analyse épidémiologique et d'une consultation d'acteurs de la santé.

Cette vision de santé publique allait converger rapidement avec celle des pouvoirs publics confrontés à l'aggravation des déficits de l'assurance maladie et à l'obligation d'y faire face. Ayant l'ambition de sortir de la simple logique de déremboursement, les ordonnances de 1996 vont établir pour la première fois en France le principe d'un lien entre financement et priorités de santé. Elles fixent un cadre pour l'utilisation des priorités plus que pour leur élaboration. Au niveau national, le Parlement adopte chaque année un objectif national

Les propositions de priorités et d'objectifs dans le rapport du HCSP *La santé en France* en 1994

S'inscrivant dans la continuité de la réflexion initiée en 1992 dans un premier rapport « Stratégie pour une politique de santé », le HCSP a proposé conjointement avec la direction générale de la Santé, en 1994, une démarche susceptible « d'orienter les actions non seulement du système de santé, mais aussi de l'ensemble de la collectivité vers des objectifs de réduction à moyen terme des problèmes de santé qui apparaissent les plus importants pour la population française ».

Cette initiative s'inspirait de la démarche de l'OMS « Les buts de la santé pour tous », et bénéficiait des expériences récentes d'une politique de santé au Québec et en Angleterre.

Quatre grands buts ont orienté les objectifs et les principales mesures de la politique proposée :

- réduire les décès évitables,
- réduire les incapacités évitables,
- améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades,
- réduire les inégalités face à la santé.

L'élaboration des propositions a résulté d'une démarche participative à laquelle ont collaboré plus de trois cents personnes.

- Un premier groupe d'une centaine d'experts « généralistes de

santé publique », interrogé par une enquête de type Delphi, a proposé une sélection de problèmes et de déterminants prioritaires sur la base de critères de choix explicites. Ce groupe a également identifié les obstacles à une organisation efficiente de la santé et proposé les modalités permettant de les surmonter. La liste des problèmes et des déterminants retenus a été arrêtée par le comité de pilotage de l'enquête composé du vice-président du HCSP, du directeur général de la Santé, du directeur des Hôpitaux, du directeur général de l'Inserm, du directeur de l'ENSP et du président de la SFSP.

- Seize groupes d'experts de chacun des domaines prioritaires ont ensuite formulé des propositions d'objectifs spécifiques et de moyens.

Enfin, un dernier groupe de travail a rassemblé les indicateurs relatifs à chaque domaine selon des critères de pertinence (dans une logique de suivi des objectifs annoncés) et de disponibilité...

À l'issue de ce processus, vingt et un objectifs d'amélioration de la santé ont été retenus :

- Quatorze problèmes de santé
 - critères de sélection : gravité (décès prématuré et/ou incapacité majeure et/ou souffrances importantes), fréquence (ou rythme de croissance important), impact

socio-économique, faisabilité (possibilités d'intervention, notamment de prévention), perception sociale (perçus comme essentiels par la population) ;

- problèmes prioritaires : accidents de la voie publique, de la vie courante, du travail, cancers (poumon, VADS, sein, col de l'utérus, colon, rectum), sida et MST, maladies cardio-vasculaires (infarctus, maladies des coronaires, AVC), santé mentale (suicide, troubles mentaux chroniques, dépression), handicap et dépendance, toxicomanie, périnatalité, iatrogénicité et infections nosocomiales, sévices à enfants, douleur, mal de dos.

- Quatre déterminants de santé

– critères de sélection : impact sur la santé (existence d'une relation démontrée avec un ou plusieurs problèmes de santé), faisabilité (possibilité d'intervention sur le déterminant), fréquence du déterminant dans la population ;

- déterminants prioritaires : consommation d'alcool, usage du tabac, précarité insertion et santé, difficultés d'accès aux soins et à la prévention.

- Trois recommandations pour conforter les acquis dans les domaines suivants : maladies infectieuses, environnement, nutrition. 🌿



des dépenses d'assurance maladie dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale dont le projet élaboré par le gouvernement doit tenir compte des priorités de la politique de santé et des orientations pour la prise en charge des soins proposées par la Conférence nationale de santé. Deux rapports, émanant de la Conférence nationale de santé et du Haut Comité de la santé publique, sont transmis parallèlement au Parlement. Ces priorités doivent être prises en compte dans les conventions d'objectifs et de gestion conclues ensuite entre le gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie, mais aussi dans la répartition des enveloppes régionales constituées pour les dépenses hospitalières avec pour objectif la réduction progressive des inégalités entre régions.

Au niveau régional, l'ordonnance de 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins confiait aux conférences régionales de santé le rôle d'établir les priorités de santé de chaque région et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population au regard de l'ensemble des moyens sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Les agences régionales d'hospitalisation et les caisses d'assurance maladie, en particulier les unions régionales, devaient également tenir compte de ces priorités dans leurs actions ou leurs contractualisations, notamment avec les hôpitaux. La même ordonnance précisait que les priorités de santé pouvaient faire l'objet de programmes d'actions dont l'élaboration et la coordination relevaient des préfets de région.

La formulation de priorités de santé repose sur la combinaison de trois logiques : une logique médicale et scientifique, une logique économique et une logique sociale. Dans l'absolu, le schéma proposé par les ordonnances de 1996 prend bien en compte ces trois dimensions. Il s'agit bien de partir d'un bilan épidémiologique, l'allocation des ressources doit tenir compte des priorités et les conférences de santé sont là pour permettre une expression organisée de la demande sociale. De fait, les premières conférences de santé se sont appuyées sur le bilan établi par le Haut Comité de la santé publique mais aussi par l'ensemble des observatoires régionaux de la santé. En s'inspirant de la méthodologie des conférences de consensus, leur composition et leur fonctionnement avec présence d'un jury devaient faciliter la tenue d'un débat entre tous les acteurs de la santé.

Heurts et malheurs de l'utilisation des priorités de santé

En consacrant la notion de priorités, les pouvoirs publics nourrissaient l'espoir de pouvoir formuler des choix, rendus nécessaires par la situation financière, sur des bases « rationnelles » les moins discutables possibles. D'une certaine manière, il s'agissait de s'inscrire au niveau collectif dans une logique « *evidence based* » comparable à celle promue dans le domaine clinique. Les priorités de santé pourraient ainsi se dégager au

nom d'une sorte de rationalité supérieure s'imposant à tous. Cette vision est celle d'une élaboration des priorités de santé fondée avant tout sur l'expertise. En pratique, c'est elle qui s'est imposée dans le cadre des conférences de santé. Le discours des experts a été souvent dominant, les autres acteurs ne disposant pas suffisamment de la maîtrise des outils culturels pour intervenir dans le débat, sinon sous une forme passionnelle. C'est cette logique qu'ont bousculée les États généraux lancés par Bernard Kouchner en 1998-1999, en donnant d'abord la parole aux usagers et à leurs préoccupations, opposant souvent la vérité du vécu, de l'émotion à celle du réfléchi, du rationnel. Mais cette réaction, si elle a permis la remise en cause de la prépondérance de l'expertise scientifique, n'a pas permis non plus de lui trouver sa « juste » place.

Le concept de priorités de santé a également été victime de son succès. Aux priorités du Haut Comité, se sont ajoutées celles des conférences de santé, nationale ou régionales, ou encore celles de l'assurance maladie, chaque année ajoutant souvent son lot aux précédentes. Cette relative prolifération pose le problème de la légitimité de l'émetteur des priorités. Elle débouche aussi sur la symbolique attachée à cette notion. La priorité devient la marque d'une reconnaissance sociale du problème. Dès lors, faire apparaître un problème comme prioritaire constitue une façon pour qu'il ne soit pas (ou plus) laissé pour compte. D'où l'inflation progressive des priorités, de manière souvent à n'oublier ni rien, ni personne. Pour reprendre la formule consacrée, au final trop de priorités tuent les priorités.

Par ailleurs, les ordonnances de 1996 ont prévu la formulation de priorités aussi bien par la Conférence nationale que par les conférences régionales de santé, mais elles restent muettes sur la manière dont elles doivent s'articuler. Priorités nationales et régionales se sont juxtaposées sans que l'on puisse distinguer clairement de hiérarchie, les régions privilégiant leurs propres priorités. Les acteurs locaux ont alors plus de mal à se mobiliser sur des priorités nationales.

La loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions marque, de ce point de vue, une innovation. Elle fait de l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies un objectif prioritaire de la politique de santé et instaure la mise en œuvre systématique dans toutes les régions d'un programme régional d'accès à la prévention et aux soins, le « Praps ». En prévoyant que ce programme s'appuie sur des diagnostics départementaux, elle tente même d'articuler échelons régional et départemental.

Au-delà du flou conceptuel qui entoure la notion de priorités, la principale lacune des ordonnances de 1996 est sans doute d'avoir aussi peu précisé les modalités à mettre en œuvre pour que l'allocation des ressources, hospitalières ou ambulatoires, s'effectue véritablement en fonction de priorités de santé. L'essentiel des budgets n'a en rien été distribué sur de telles bases. Il n'y a pas eu de réorientation du système

de santé, comme cela a pu être le cas dans d'autres pays. De la même manière, rien n'a permis de réduire le décalage entre la portée pluriannuelle des priorités retenues et la dimension annuelle des budgets. Des enveloppes ont néanmoins été dégagées, qui ont permis la réalisation de programmes nationaux et régionaux, associant actions et développement d'offres. Ces programmes ont permis un certain décloisonnement des acteurs et des financements.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique tire de façon radicale la leçon de ces difficultés d'utilisation en supprimant toute référence aux priorités de santé pour parler d'« objectifs de la politique de santé publique ». Au nombre de 100, ces objectifs sont complétés par des plans stratégiques : cancer, violence routière, handicap et santé environnementale, ainsi que maladies rares. Ces 100 objectifs ne sont pas hiérarchisés, mais simplement classés. Leur nombre ne permet pas de parler de priorités. Il s'agit davantage de repères pour l'action et, quand ils sont quantifiés, pour l'évaluation de l'action. On peut néanmoins considérer que les plans stratégiques qui figurent dans la loi constituent de *facto* des programmes prioritaires d'actions, accompagnés d'un effort financier significatif. Par ailleurs, la remise en cause du rôle des régions dans la formulation de priorités de santé est également totale. Il s'agit désormais de mettre en œuvre les objectifs de la politique nationale en tenant compte des spécificités régionales. Cette déclinaison s'exprime au moyen d'un plan régional de santé publique.

On ne discutera pas, dans ce texte, de la pertinence des changements introduits par la loi de santé publique. Au flou conceptuel des ordonnances de 1996, elle répond

par une démarche le plus possible fondée sur des faits, privilégiant l'expertise scientifique. À l'absence d'articulation organisée entre priorités nationales et régionales, elle répond par la suprématie des objectifs nationaux, tempérée par des possibilités d'adaptation locale. Mais l'essentiel n'est sans doute pas là. Si elle définit des objectifs, la loi n'établit aucun lien avec les moyens pour les atteindre, en particulier d'un point de vue financier. De la même manière, aucune véritable articulation n'est tentée avec l'organisation ou le champ de la protection sociale, ni avec l'organisation et la structuration de l'offre de prises en charge. Pourtant, pour être atteints, nombre d'objectifs nécessitent non seulement des moyens, mais une amélioration profonde de nos modalités de protection sociale et d'offres, par exemple pour des prises en charge actuellement non financées par l'assurance maladie. Le hasard des calendriers parlementaires a voulu que la loi de santé publique et la loi sur l'assurance maladie soient votées à quelques jours d'intervalle. On pourrait y voir le signe d'une élaboration commune. Il n'en a rien été. C'est au travers de véritables priorités que cette articulation doit s'effectuer. Il faut alors user des priorités de santé, non pas de façon statique, mais de façon dynamique. Une priorité de santé ne peut pas se définir uniquement comme le produit d'une démarche scientifique, aussi rigoureuse soit-elle. Elle est au centre de gravité d'un champ de forces associant logiques économique, médicale et scientifique, sociale. Cet équilibre est par nature instable. Il varie dans le temps et dans l'espace. C'est le fruit d'un compromis social qui doit résulter du débat. Faute de cette transparence, les priorités resteront implicites au détriment de la solidarité et de l'égalité, sociale ou géographique, d'accès à la santé. ✎

*Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 69.*

La lutte contre les inégalités dans les politiques et les programmes nationaux de santé

Des inégalités sociales de santé importantes existent aujourd'hui dans l'ensemble des pays d'Europe [44, 63]. En France, qui est le pays d'Europe où les différences sociales de mortalité prématurée sont les plus fortes [44], un cadre de 35 ans a encore en moyenne 44,5 ans à vivre, contre seulement 38 ans pour un ouvrier, d'après les estimations de Mesrine [50] réalisées sur la période 1982-1996. L'écart est encore plus marqué entre les professions intellectuelles qui ont une espérance de vie à 35 ans de 46 ans, et les personnels de services directs aux

particuliers pour qui celle-ci n'est que de 36,5 ans. En outre, ces inégalités ne se sont pas réduites sur longue période, le risque de décès des cadres ayant diminué plus vite que celui des ouvriers entre les années cinquante et les années quatre-vingt-dix [22, 23, 50].

Bien que ce phénomène soit connu depuis le *xix*^e siècle et régulièrement mesuré depuis 1955, ces inégalités ne constituent véritablement un enjeu de santé publique que depuis une vingtaine d'années. En effet, en 1985, la France, comme tous les pays européens, signait le principe de santé pour tous, défini par l'OMS-Europe,

Florence Jusot
Chargée de recherche
Dominique Polton
Directrice
Institut de recherche
et de documentation
en économie
de la santé (Irdes)



selon lequel, à l'horizon de l'an 2000, les différences d'état de santé entre pays et entre groupes au sein des pays devaient être réduites de 25 %.

Quelle a été la traduction de ce principe dans les politiques et les programmes nationaux de santé ? Ces politiques sont-elles en accord avec les résultats de la recherche sur les mécanismes explicatifs des inégalités sociales de santé ?

Une politique principalement tournée vers l'accès aux soins et la lutte contre les exclusions

En 1994, le Haut Comité de la santé publique nouvellement créé évoquait la réduction des inégalités sociales de santé comme l'un des quatre objectifs à moyen terme proposés¹. Deux objectifs intermédiaires ont alors été envisagés pour réduire ces inégalités : assurer des conditions de vie décentes aux personnes en situation très précaire et favoriser leur réinsertion sociale, et améliorer l'accès aux services médicaux et sociaux des populations défavorisées.

Dans ce rapport, les inégalités sociales de santé sont donc envisagées, d'une part, comme un problème lié à la précarité et d'autre part comme un problème d'accès aux soins. Ce point de vue correspond en fait au fondement de l'ensemble des politiques mises en œuvre en France depuis le début des années quatre-vingt-dix pour réduire les inégalités de santé.

L'accès aux soins des plus démunis a d'abord été abordé au travers de la réforme de l'aide médicale gratuite (AMG) par la loi du 29 juillet 1992. Une aide minimale a été définie pour des bénéficiaires de plein droit (par exemple les bénéficiaires du RMI), alors qu'antérieurement les barèmes d'admission étaient totalement à la discrétion des départements, l'AMG prenant en charge les cotisations d'assurance personnelle, pour les personnes non couvertes par l'assurance maladie de base, ainsi que le ticket modérateur et le forfait journalier, pour les personnes affiliées à un régime d'assurance maladie.

La même année, l'activité des centres d'examen de santé des caisses d'assurance maladie est réorientée vers les populations précaires.

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 aborde à nouveau le problème de la précarité. Elle vise à garantir un accès réel pour tous aux droits fondamentaux, parmi lesquels figure le droit à la santé. En dehors de l'amélioration des conditions de vie au travers du renouvellement urbain et de la lutte contre le saturnisme, qui sont davantage envisagés dans une perspective de droit au logement, la question du droit à la santé est toujours essentiellement posée sous l'angle de l'accès aux soins.

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) destinés à améliorer l'accès aux

soins curatifs, mais aussi préventifs, des personnes en situation de précarité, en ont été la traduction opérationnelle. Concertés et coordonnés au niveau régional et local entre les différents acteurs intervenant dans le secteur sanitaire et social, ils se sont efforcés de rechercher et de mettre en œuvre les adaptations au système de santé permettant d'en faciliter l'accès aux populations précaires. Les évaluations faites de ces dispositifs en tirent un bilan mitigé, malgré des actions innovantes et l'apport des dispositifs d'accueil spécifiques mis en place [5, 26]. Des recommandations ont été faites pour les faire évoluer.

En 2000, la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) a constitué une avancée significative dans l'équité d'accès aux soins, en généralisant la couverture maladie de base à l'ensemble des personnes résidant en France de façon stable et régulière² et en offrant une couverture complémentaire gratuite, sous conditions de ressources. Au 31 décembre 2003, on comptait 1 500 000 bénéficiaires de la CMU au titre de la couverture de base et 4 650 000 bénéficiaires de la CMU complémentaire [7].

Ce dispositif a permis de réduire fortement les différences sociales de consommation de soins et de limiter le renoncement aux soins pour raisons financières [58].

Ces bénéficiaires de la CMU complémentaire ont, à état de santé comparable, une consommation moyenne peu différente de l'ensemble de la population couverte par une complémentaire, même si l'on constate encore des différences de structure des soins [58]. Il est en revanche plus difficile d'évaluer l'efficacité de cette mesure sur les inégalités sociales de santé, car on ne dispose aujourd'hui pas de résultats de l'effet de la CMU sur l'évolution de l'état de santé des bénéficiaires. Toutefois, à la fin de l'année 2000, les bénéficiaires déclaraient plus fréquemment que les non-bénéficiaires que leur état de santé s'était amélioré au cours de l'année, toutes choses égales par ailleurs [58].

Vers une politique de réduction des inégalités sociales de santé ?

Pour importantes qu'elles soient, ces avancées s'inscrivent donc dans la poursuite d'une vision qui, d'une part, centre la question des inégalités sur le seul problème de la précarité et, d'autre part, la considère essentiellement sous l'angle de l'accès aux soins.

Pourtant, ce schéma a fortement été remis en cause par les nombreuses recherches menées sur les inégalités sociales de santé à la suite au rapport Black en Grande-Bretagne [6], y compris en France dans le cadre du programme de recherche lancé par l'Inserm à partir de 1997³.

2. L'Aide médicale d'État a été mise en place pour les personnes ne remplissant pas les conditions de stabilité et de régularité de résidence. Au 31 décembre 2003, 170 000 personnes en bénéficient.

3. Ce programme de recherche a abouti à deux ouvrages : *Précarisation, risques et santé* [40], *Les inégalités sociales de santé* [48]. Ces deux ouvrages proposent plusieurs voies d'explication des inégalités de

D'une part, on sait aujourd'hui que les inégalités sociales de santé se sont uniquement liées à la précarité. En effet, elles ne se réduisent pas en une opposition entre pauvres et non-pauvres ou manuels et non-manuels. Il s'agit en fait d'un véritable gradient social de santé, le risque de décès se réduisant tout au long de la hiérarchie sociale.

D'autre part, on sait qu'elles ne peuvent pas être intégralement expliquées par des difficultés d'accès aux soins, puisque, en dépit de l'instauration en Grande-Bretagne du National Health Service offrant à partir de 1948 un accès égalitaire aux soins, les inégalités sociales de mortalité n'ont pas disparu et ont même eu tendance à s'aggraver entre 1931 et 1981. Le Haut Comité de la santé publique a d'ailleurs conclu sur le rôle limité de l'accès aux soins dans son rapport de 1998 *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*.

La communauté scientifique propose aujourd'hui de nombreuses hypothèses explicatives indiquant que la réduction des inégalités de santé ne se limite pas à des politiques de santé, mais renvoie pour beaucoup à des politiques générales visant, en amont du système sanitaire, une réduction des inégalités économiques et sociales [15, 18]. Ainsi, les premiers facteurs explicatifs proposés ont été les différences de conditions de vie

santé, en dehors de l'accès aux soins, et le deuxième ouvrage met l'accent sur l'existence d'un gradient social de santé, au-delà de la question de la précarité.

et de travail et des différences d'adoption de comportements à risque. Par ailleurs, les recherches ont mis en évidence un effet de causalité inverse selon laquelle les écarts d'état de santé sont à l'origine des différences de revenus. Enfin, un courant de recherche plus récent oriente l'analyse vers l'effet direct de la hiérarchie ou de la structure sociale sur la santé [27].

Ce décalage entre les résultats de la recherche et les politiques mises en place amène donc à penser que les inégalités sociales de santé, en tant que telles, n'ont en fait pas constitué, jusqu'à très récemment, un élément majeur du débat public. En outre, on peut remarquer que cette question n'a pas été retenue parmi les priorités des États généraux de la Santé en 1999⁴, contrairement à l'accès aux soins [46].

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique marque donc une rupture puisque la question des inégalités de santé en tant que telles apparaît dans le rapport d'objectifs de santé publique annexé à cette loi. Ce rapport met en avant, parmi les neuf principes qui sous-tendent la politique de santé publique, celui de réduction des inégalités : « *principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les*

4. Toutefois, il convient de souligner que certaines propositions retenues à l'issue des débats peuvent participer à la poursuite de cet objectif. Il s'agit de l'amélioration des conditions de travail et de la médecine du travail, en faveur notamment des travailleurs temporaires, et de favoriser l'accès aux soins pour tous.

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

	Objectifs	Objectifs préalables	Indicateurs
Objectifs concernant le thème : Précarité et inégalités [1]	33. Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenus est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.	Analyser les conséquences d'un effet « seuil » lié aux revenus sur le recours aux soins.	
	34. 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 9 ans.	Identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liées à l'origine.	Probabilité de décès et espérance de vie selon les catégories professionnelles, le statut dans l'emploi, le lieu de naissance (à partir d'enquêtes longitudinales de cohorte).

Selon les thèmes, les objectifs ont été classés en différentes catégories : les objectifs quantifiables avec les données disponibles, ceux dont la quantification nécessite au préalable la production d'informations d'ordre épidémiologique ou d'autres connaissances scientifiques, enfin les objectifs qui

seront quantifiés après évaluation de programmes en cours ou de programmes pilotes. Ceux définis pour le thème « Précarité et inégalités » sont tous des objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.



groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques».

Parmi les 100 objectifs définis, deux concernent directement les inégalités (cf. encadré). D'autres les concernent indirectement en visant des facteurs de risque ou de vulnérabilité qui touchent plus les catégories sociales défavorisées (alcoolisme, obésité, santé au travail), ou mentionnent explicitement les catégories sociales à forte prévalence (par exemple du tabagisme).

L'objectif 33 est de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU. De ce point de vue, même si sa portée effective reste limitée, l'aide à la mutualisation, prévue dans la loi d'août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie, constitue une avancée dans le sens souhaité. L'objectif 34 est de réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires. Ce deuxième objectif peut s'analyser comme la première étape vers une politique de réduction des inégalités de santé — l'objectif préalable étant de travailler sur les instruments de mesure de ces inégalités.

La question est alors aujourd'hui de savoir si cet objectif est amené à être traduit en une stratégie volontariste de réduction des inégalités comparable à celle menée au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède [14].

Ces pays se sont en effet fixé pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé depuis le début des

années quatre-vingt. En cohérence avec les résultats de la recherche, ils ont élaboré des stratégies comportant à la fois des volets visant à agir sur les déterminants sociaux des inégalités de santé, en amont du système sanitaire, mais aussi des actions mobilisant le système de santé, notamment au travers des dispositifs de prévention et de la médecine de soins primaires. Même s'il est encore trop tôt pour juger de l'efficacité de ces politiques, les premières évaluations, dont notamment les résultats des expérimentations menées aux Pays-Bas, semblent montrer que les deux types d'actions peuvent être efficaces pour lutter contre les inégalités.

L'expérience de ces pays indique donc que l'orientation des politiques et des programmes nationaux de santé vers la lutte contre les inégalités sociales de santé est un élément important. En effet, même si l'essentiel des recherches s'accordent sur un rôle limité du système de santé et des soins, plusieurs mécanismes peuvent expliquer l'existence des différences d'accès effectif, en dépit d'un accès formel égalitaire, qui peuvent aussi sans doute contribuer à renforcer des inégalités existantes [15]. Toutefois, il semble également essentiel d'accompagner ces politiques de santé de politiques menées hors du système de santé visant à réduire les inégalités économiques et sociales. Il s'agirait donc aujourd'hui de coordonner les actions des différents ministères et les services publics à différents niveaux, du local au national, au service d'un objectif consensuel de réduction des inégalités de santé. Or cela n'est pas le moindre des défis, au regard des difficultés rencontrées par les Pays-Bas et la Suède lors de la phase d'opérationnalisation des politiques de lutte contre les inégalités [49, 55].

L'impact de l'Europe sur les programmes nationaux de santé publique

Emmanuelle Jean
Chargée de mission,
direction générale
de la Santé

Après un bref rappel du contexte juridique communautaire en vigueur, les aspects majeurs des programmes de santé publique communautaires et nationaux seront étudiés, ainsi que les liens entre ces instruments.

Contexte juridique

Des compétences d'attribution récentes

«Une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé», telle est l'action dévolue à la Communauté européenne¹. Dotée de compétences d'appui, complémentaires à l'action des États membres

depuis l'entrée en vigueur du traité de Maastricht, la Communauté ne dispose pas d'outils normatifs permettant la mise en œuvre d'une vraie politique européenne de santé publique. De tels outils peuvent être élaborés dans les champs spécifiques des normes sanitaires applicables aux produits dérivés du corps humain² et aux domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique³. Toutefois, les prérogatives régaliennes en «matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux»⁴ limitent le développement

² La mise en œuvre de normes nationales plus strictes ne peut cependant être empêchée.

³ Article 152.4.

⁴ Article 152.5 TCE.

¹ Article 3p TCE.

d'une politique sanitaire européenne y compris dans ces domaines.

Une structuration de l'Europe de la santé intégrant le principe de libre circulation

Ces prérogatives ne dégagent cependant pas les États membres de l'Union européenne de leur obligation de se conformer aux dispositions des traités et de l'acquis communautaire, en particulier celles visant la réalisation du marché intérieur. La libre circulation des biens de santé peut être entravée pour des raisons motivées par « la protection de la santé et de la vie des personnes »⁵. La santé publique peut être un obstacle à la libre circulation des travailleurs⁶. Un régime spécial peut s'appliquer à la liberté d'établissement des professions libérales du secteur de la santé, pour des raisons de santé publique⁷. Les limites de ces entraves au principe de libre circulation reposant sur des impératifs nationaux de santé publique ont été fixées par la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes. Une ébauche de l'Europe de la santé se dessine. De contours encore incertains, celle-ci inclut un marché intérieur encore limité des produits de santé, la possibilité pour les professionnels de santé d'exercer et de s'installer au sein de l'Union européenne et la prise en charge des soins des patients d'un État membre à l'autre sauf raison impérieuse de santé publique.

L'impact considérable des politiques sectorielles

La protection de la santé publique est par ailleurs une des composantes de nombreuses politiques sectorielles, sources conséquentes de droit dérivé communautaire : la politique agricole commune, la politique de recherche et de développement technologique encourageant la recherche biomédicale, la politique sociale *via* en particulier la protection de la santé des travailleurs, la politique en matière d'environnement, de protection des consommateurs (par exemple : sécurité générale des produits), la politique commerciale commune, indirectement la politique en matière de transports...

Les liens entre programmes nationaux et programmes communautaires de santé publique

Les programmes communautaires de santé publique

L'élaboration de programmes communautaires de santé publique s'est développée en dehors de toute compétence communautaire spécifique formelle à la fin des années quatre-vingt, traduisant la volonté politique des chefs d'État et de gouvernement de lancer des actions concertées à un échelon supranational pour lutter contre les principales causes de la morbi-mortalité des citoyens européens. Information, prévention, formation des professionnels de santé, promotion de la santé sont les axes principaux de ces programmes⁸.

5. Article 30 TCE.

6. Article 39.2 TCE.

7. Article 46.1 TCE.

Ultérieurement, les compétences conférées par le traité de l'Union européenne permettent le financement de huit programmes sectoriels : promotion de la santé, sida et autres maladies transmissibles, cancer, maladies rares, accidents et blessures, toxicomanie, surveillance de la santé et maladies liées à la pollution. Près de 290 millions d'euros sont attribués à un peu plus de 1 100 projets, de 1996 à 2002.

Sur la base des compétences plus précises conférées par le traité des Communautés européennes, la Commission a proposé en mai 2000 une nouvelle stratégie de la Communauté européenne en matière de santé. Celle-ci repose sur la mise en œuvre d'un programme d'action articulé selon trois volets⁹ :

- a) améliorer l'information et les connaissances en vue d'une meilleure santé publique ;
- b) renforcer la capacité à réagir rapidement et de manière coordonnée aux menaces pour la santé ;
- c) promouvoir la santé et prévenir les maladies en prenant en compte les facteurs déterminants pour la santé à travers toutes les politiques et activités.

À l'issue des deux premiers appels à propositions, environ cent cinquante projets ont été retenus, couvrant des thématiques très variées (indicateurs sanitaires, analyse et rapports sur la santé, dissémination de l'information, santé en ligne, prévention de la transmission des agents pathogènes, résistance antibiotique, réseaux de surveillance, qualité et sécurité des substances d'origine humaine, comportement personnel et style de vie ou conditions socio-économiques, culturelles et environnementales générales...). La majorité de ces projets consistent en la création de réseaux d'échange d'informations, la collecte de données et le partage d'expériences. Les prochains appels à propositions devraient être davantage ciblés sur des domaines n'ayant pas encore fait l'objet de travaux cofinancés par la Commission européenne.

Les programmes nationaux de santé publique

Cette dernière décennie a vu l'émergence de nombreux plans ou programmes de santé publique¹⁰, l'organisation

8. Décision 90/238/Euratom, Ceca, CEE, du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil du 17 mai 1990, adoptant un plan d'action 1990-1994 dans le cadre du programme « L'Europe contre le cancer » [Journal officiel L. 173 du 30 mai 1990] et Décision 91/317/Euratom, Ceca, CEE, du Conseil et des ministres de la Santé des États membres réunis au sein du Conseil du 4 juin 1991, adoptant un plan d'action 1991-1993 dans le cadre du programme « L'Europe contre le sida ». Journal officiel L. 175 du 4 juillet 1991.

9. Décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008), JOUE L 271, 9 octobre 2002, p. 1.

10. Ont été mis en œuvre sur la période 2001-2005 : le programme national de développement des soins palliatifs, le programme de réduction des risques cardio-vasculaires, le programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2, le plan de lutte contre la douleur, le plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques, le plan national hépatites C et B.



d'actions coordonnées au sein de plans ou programmes, régionaux ou nationaux, ayant été établie législativement au sein de la loi de santé publique promulguée en août 2004¹¹. Est retenu le principe de la fixation d'objectifs pluriannuels d'amélioration de la santé de la population exprimés, chaque fois que possible, en termes quantifiés. Cinq domaines prioritaires (cancer; maladies rares; maladies chroniques; santé et environnement; violence, comportements à risque et conduites addictives) font l'objet de plans stratégiques, déjà lancés ou en cours de développement.

La plupart des objectifs et outils des plans lancés antérieurement ou mis en œuvre actuellement sont repris en tout ou partie dans le rapport d'objectifs de santé publique annexé à la loi. Ces dernières années, de tels plans ont été initiés selon des thématiques spécifiques. Citons à titre d'exemple le plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2008, le plan autisme 2005-2006, le plan périnatalité 2005-2007, le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, le programme national de lutte contre le VIH-sida et les

infections sexuellement transmissibles... D'autres plans de santé publique agissant sur les déterminants de santé interviennent dans le domaine de la prévention : programme national nutrition santé 2001-2005, stratégie nationale de lutte contre le tabac 2003-2007, plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, plan stratégique national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement 2004-2008.

Soulignons l'échelon clé de la mise en œuvre de la politique de santé définie par la loi du 9 août 2004 : la région. L'instrument est le plan régional de santé publique, arrêté par le représentant de l'État dans la région, en cohérence avec les objectifs, plans et programmes nationaux.

Une absence logique de stratégie conjointe, mais des corrélations certaines

En matière de santé publique, le législateur communautaire a attribué des compétences de complément à la Communauté, celle-ci venant soutenir les États membres dans leurs politiques et actions nationales. L'accent est mis sur la valeur ajoutée de l'intervention communautaire sans qu'un lien direct, normatif ou non,

11. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JO n° 185 du 11 août 2004 p. 14277.

Financement des politiques de santé

Hier et surtout aujourd'hui, malgré un discours citant l'importance de la santé publique, la part relative des budgets dévolus aux actions de santé publique reste faible.

Depuis une dizaine d'années, les dépenses de prévention incluses dans la consommation de services de médecine préventive (CSMP, agrégat du compte de la santé) et les dépenses de missions de santé publique à caractère général représentent 2,3 % du total des dépenses courantes de santé (DCS). Dans ces dépenses de prévention, on distingue celles prises en charge par la collectivité et celles assumées par les ménages et l'assurance maladie complémentaire (mutuelles, principalement).

En 2003, la CSMP était de 2,90 milliards d'euros et était ainsi ventilée (source : *Comptes nationaux de la santé*, Drees 2002) : 2,66 milliards d'euros

pour la médecine préventive et de dépistage, 1,41 million d'euros pour la médecine du travail, 454 millions d'euros pour la médecine scolaire, 578 millions d'euros pour la PMI et le planning familial, 457 millions d'euros pour le dépistage et les vaccins, 209 millions d'euros pour les programmes spécifiques de santé publique. La part principale des 168 milliards d'euros de la DCS (2003) va au secteur curatif (79,2 %), notamment aux soins hospitaliers (64,1 milliards d'euros), soins de ville (38,8 milliards) et médicaments (30,4 milliards).

Certaines dépenses de prévention sont prises en charge par des acteurs non recensés dans les comptes (PMI) et d'autres dépenses ne sont pas comptabilisées au titre de la prévention (médecine libérale et à l'hôpital, FNPEIS).

Le Fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sani-

taires (FNPEIS), créé par la loi du 5 janvier 1988 au sein du régime général de la Sécurité sociale et dont le montant est fixé par la convention d'objectif et de gestion entre l'État et l'assurance maladie, était de 300 millions d'euros pour 2003 (source : Urcam Centre, 2004). Une partie de ces financements est utilisée pour la mise en œuvre de programmes nationaux (vaccination, dépistage, financement des examens de santé, etc.) et une autre partie pour la réalisation des actions locales des priorités nationales et la mise en œuvre de programmes régionaux de santé (PRS) et programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) en direction des personnes en situation de précarité.

Demain, les dépenses de santé continueront à augmenter sous l'effet de deux éléments fondamentaux : la démographie pour la demande et le progrès technique

Dominique Bertrand
Professeur
de santé publique
Pierre-Henri Bréchat
Service de santé
publique et économie
de la santé, groupe
hospitalier Lariboisière
Fernand-Widal (AP-HP)

soit établi entre l'action cofinancée¹² par des fonds communautaires et les stratégies nationales développées pour le même domaine. Toutefois, une telle action peut s'intégrer dans un plan national, à l'instar d'Orphanet, serveur d'informations en ligne sur les maladies rares et les médicaments orphelins destiné aux familles et aux professionnels de santé. Les différents réseaux subventionnés dans le cadre de la surveillance des maladies transmissibles s'inscrivent dans une logique similaire, et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, inauguré récemment, œuvrera selon cette même démarche¹³. Autre exemple, les programmes d'information sur les effets nocifs de la consommation de tabac financés par le fonds communautaire du tabac, qui viennent s'ajouter aux campagnes nationales ou locales¹⁴.

12. Conformément aux principes applicables aux subventions exposés au titre VI du règlement (CE, Euratom) No 1605/2002 du Conseil du 25 juin 2002 portant règlement financier applicable au budget général des Communautés européennes, *JOUE* L. 248 du 16 septembre 2002.

13. <http://www.ecdc.eu.int/>

14. Règlement (CE) n° 546/2002 du Conseil du 25 mars 2002 fixant les primes et les seuils de garantie pour le tabac en feuilles

Les premiers jalons posés pour les actions futures dans le domaine de la santé publique ouvrent des perspectives nouvelles pour la période 2007-2013¹⁵. Aux trois volets actuels, il est proposé d'adjoindre trois nouveaux axes, dont la coopération entre les systèmes de santé nationaux, renforçant de fait l'action de coordination de la Communauté. 🌿

par groupe de variétés, par État membre et pour les récoltes 2002, 2003 et 2004 et modifiant le règlement (CEE) n° 2075/92, *JOUE* L. 084 du 28 mars 2002.

15. Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, « Améliorer la santé, la sécurité et la confiance des citoyens : une stratégie en matière de santé et de protection des consommateurs » — Proposition de décision du Parlement européen et du Conseil établissant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé et de la protection des consommateurs (2007-2013), COM (2005) 115, 6 avril 2005.

pour l'offre, dans un contexte de ralentissement de la croissance économique et d'accroissement de la compétition entre les financements pour les risques santé et vieillesse.

Pourtant, les besoins de santé publique sont importants, ainsi que leurs possibilités. La santé publique et la prévention deviennent aussi un enjeu économique quand elles peuvent permettre dans l'avenir de diminuer des dépenses de santé pour une pathologie donnée (prévention versus soins) et d'améliorer l'état de santé et la longévité de nos citoyens.

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 prévoit des plans stratégiques de santé publique 2004-2008. Si leur financement par l'État et le suivi des objectifs propres à ces actions devraient être dès 2006 assurés par la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances, la mise en œuvre et le financement

des autres actions possibles restent posés pour assurer ces besoins. Le FNPEIS et son équivalent dans les autres régimes de l'assurance maladie, comme celui de la Mutualité sociale agricole, le FNPEISA, pourront sans doute y contribuer.

Comme le prévoit la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, les assurances maladie complémentaires, comme les mutuelles et les assurances privées, pourront participer au financement des politiques de santé.

Ces lois ouvrent de nouvelles marges de manœuvre pour des actions de santé publique et leurs financements. Des financements locaux pourront être disponibles auprès des mairies, des conseils généraux, dans certains contrats d'objectifs et moyens de divers schémas régionaux d'organisation sanitaire, mais aussi dans une des prestations d'hospitalisation comme les missions d'intérêt

général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

L'ensemble de ces possibilités permettront de financer les défis actuels et à venir de la santé publique. Mais cela doit être fait dans un souci de transparence des actions et de leurs financements ainsi que dans une prise en charge par l'État de certaines missions jugées indispensables, sans report de charge sur des professionnels qui n'ont pas ces missions ou qui les ont parmi de nombreuses autres. 🌿



La mise en œuvre des politiques de santé

Le niveau national doit développer des cadres de référence méthodologique utiles aux acteurs des niveaux plus décentralisés. Il doit impulser, par des mesures incitatives, les programmes et actions nécessaires pour mettre en œuvre une politique de santé publique.

Forces et faiblesses des programmes nationaux de santé

Pierre-Henri Bréchat

Médecin de santé publique, Service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP)

Marie-Christine Avargues

Médecin de santé publique, Commission européenne, Luxembourg

René

Demeulemeester

Médecin inspecteur de santé publique, chef du département programmation, Inpes

Françoise Jabot

Médecin de santé publique, enseignant-chercheur, ENSP

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 renforce les démarches de programmation nationales et régionales des actions de santé mises en place depuis la réforme de 1996. Des enseignements peuvent aujourd'hui permettre aux décideurs et promoteurs en charge des nouveaux plans de prendre en compte les facteurs déterminants de leur réussite. Cette étude fait suite à celles réalisées sur les conditions de réussite des interventions en santé publique basées sur le bilan des programmes régionaux de santé (PRS) français et d'expériences étrangères. Elle a pour objet d'analyser en quoi les programmes nationaux de santé (PNS) réunissent les conditions de réussite précédemment identifiées. Pour comprendre leurs modalités d'élaboration et de mise en œuvre, certains de ceux qui les ont construits et suivis ont été rencontrés. Ce travail met en exergue l'ampleur de l'investissement, des réalisations et des perspectives ouvertes par ces « *constructeurs et pilotes des programmes nationaux de santé* ».

Historique des programmes nationaux de santé

Le premier programme national sur le dépistage du cancer du sein a vu le jour en 1993. La politique globale de

mars 2001 met l'accent sur la prévention, la promotion de la santé et la démocratie sanitaire. Sont identifiées vingt-trois priorités devant faire l'objet de programmes nationaux. Ils concernent les pathologies chroniques et infectieuses, les maladies émergentes ou orphelines, les pratiques addictives, des thèmes spécifiques et des actions d'intérêt général.

En 2002, est dénombrée une quarantaine de programmes ou d'initiatives nationaux. La démarche de planification adoptée est le plus souvent descendante et leur gestion centralisée [38], à l'exception de la stratégie nationale de lutte contre le suicide construite à partir des programmes régionaux [16].

La loi d'août 2004 prévoit la mise en œuvre de plans stratégiques à cinq ans : cancer, violences et conduites à risque, maladies chroniques, maladies rares et santé environnementale. Des programmes se sont développés plus récemment dans le champ de la sécurité sanitaire, comme les plans canicule 2004, variole et syndrome respiratoire aigu sévère.

Les facteurs de réussite des programmes

Les travaux concernant les conditions de réussite des interventions en santé publique basés sur les expé-

riences françaises et étrangères ont identifié trois types de facteurs : la structuration et le fonctionnement de l'intervention (qualité du processus, circulation des échanges, assurance-qualité), l'implication des acteurs et les relations avec l'environnement, en particulier institutionnel et communautaire [62]. Nous postulons que ces déterminants conditionnent également la réussite des programmes nationaux de santé.

La structuration et le fonctionnement du programme

Les facteurs de succès reposent sur la prise en compte du court, moyen et long terme des déterminants de la santé, de données, méthodes et pratiques scientifiquement validées. Le thème du programme et la disponibilité des ressources humaines et financières influencent leur mode de pilotage [38]. La communication occupe une place décisive.

L'implication des acteurs

L'existence de collaborations antérieures à l'intervention, une volonté politique forte pour soutenir la démarche, l'interdisciplinarité des équipes, le partage des responsabilités et du pouvoir, la recherche de productivité, l'internalisation des valeurs d'équité, de justice, d'accessibilité, et la perception par le chef de projet de son rôle d'animateur et de fédérateur [38] sont essentielles.

Les relations avec l'environnement

La création d'environnements favorables, l'adaptation aux besoins et aux systèmes économiques, sociaux et culturels, une définition claire des rôles et du partenariat entre les niveaux national et local sont déterminants.

Forces des programmes nationaux de santé

Une démarche de programmation rationnelle

Les étapes de la programmation de santé [8] ont été plutôt bien suivies : analyse du contexte étoffée (asthme, efficacité des antibiotiques et lutte contre le VIH), détermination précise des objectifs lorsque les données existent (dépistage du cancer du sein, lutte contre l'hépatite B et C, nutrition), élaboration de stratégies d'action. Peu de programmes ont abordé la question de la réorganisation du système [13]. Leur impulsion est venue d'experts, de représentants d'usagers, de médecins, de rapports nationaux ou de crises sanitaires. La prise de décision ministérielle de lancement a parfois été retardée. La durée d'élaboration des programmes varie de quelques mois à plusieurs années. Elle s'est appuyée sur des travaux multidisciplinaires, interprofessionnels, voire interministériels. Des comités de suivi ont accompagné la mise en œuvre de certains programmes.

Une prise en compte inégale des horizons temporels

Les programmes visent en général des changements de comportement à long terme, comme par exemple les habitudes nutritionnelles. Cependant, le calendrier

politique privilégie le plus souvent la prise en compte d'enjeux à court et moyen termes.

Le poids majeur des déterminants

Les déterminants de la santé sont au cœur des programmes nationaux de santé, y compris pour ceux concernant des pathologies ou des populations.

Un appui politique fort

La légitimité conférée aux programmes par l'appui politique national est une force. La lutte contre l'illettrisme, par exemple, est devenue une préoccupation sociétale et politique et a ouvert une « fenêtre d'opportunité » politique au plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage.

La mise en synergie entre niveaux

Les PNS ont pu donner une légitimité et des marges de manœuvre aux professionnels locaux pour développer des actions dans des champs jusque-là restés marginaux. Inversement, des expériences conduites dans les régions, comme dans le cadre du programme régional « maladies cardio-vasculaires » en Nord-Pas-de-Calais, du schéma régional d'organisation sanitaire de deuxième génération en Alsace ou encore la réflexion menée en Lorraine, ont permis de construire des actions du programme national promotion de la santé par les activités physiques et sportives et prévention des conduites dopantes [1].

Les valeurs des programmes nationaux de santé

L'équité, l'accessibilité à la prévention et aux soins, la démocratie sont des préoccupations des programmes

*Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 69.*

Méthodologie

Les questions de recherche sont les suivantes. Les programmes nationaux de santé remplissent-ils les conditions garantissant leur réussite ? Si oui, dans quelle mesure ? Existe-t-il d'autres facteurs spécifiques à prendre en compte ? La stratégie de recherche s'est appuyée sur le croisement de données issues de l'analyse d'un panel représentatif de documents et d'entretiens concernant 22 programmes nationaux de santé. Ils ont été choisis selon l'approche (déterminants, pathologie, population) et le stade de développement (en émergence ou mise en œuvre). Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 51 personnes représentatives des chefs de projets décideurs et experts. La grille d'entretien validée concerne l'histoire

du programme (élaboration, mise en œuvre, fonctionnement, moyens, partenaires engagés) et les facteurs du cadre théorique. Les entretiens d'une durée moyenne d'une demi-heure ont fait l'objet d'une prise de notes suivie d'un compte rendu. La garantie de confidentialité (noms, fonctions et lieu d'exercice) a favorisé la restitution de propos libres et riches.

Pour cet article, les données de 20 entretiens regroupées selon les axes du cadre théorique ont été exploitées sur le plan qualitatif et quantitatif. Les résultats de l'analyse documentaire (documents officiels et de travail) et des entretiens ont été comparés aux éléments du cadre théorique. ✎



Politiques et programmes nationaux de santé

nationaux de santé. L'élaboration de certains programmes a recherché la participation active des usagers (maladies rares, hépatites B et C, lutte contre le VIH).

Faiblesses des programmes nationaux de santé

Une méthode à perfectionner

La recherche de données probantes concernant l'impact sur la santé, l'utilisation de méthodes scientifiquement validées, la mesure systématique du succès de l'intervention par des approches qualitatives et quantitatives ont été réalisées seulement pour les programmes disposant de référentiels ou recommandations de bonnes pratiques (lutte contre le VIH et hépatites, asthme, diabète, prise en charge de la douleur) [13]. Peu de programmes nationaux de santé ont pu bénéficier, à l'instar des programmes régionaux de santé, d'une évaluation intermédiaire.

Des articulations à rechercher

La multiplicité des plans conduit à des recouvrements préjudiciables en termes de visibilité, de cohérence et d'efficacité de l'action.

À titre d'exemple, un programme sur un déterminant tel le programme national nutrition santé sert les objectifs de plusieurs autres programmes (maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité). Inversement, plusieurs plans nationaux (nutrition, tabagisme, activités physiques et sportives) concourent à agir sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. Les travaux transversaux interprogrammes nationaux auraient gagné à être plus soutenus.

De nombreux programmes nationaux de santé ont mis en exergue la nécessité d'une coordination interministérielle et tenté de la concrétiser : avec les ministères en charge de l'Éducation nationale pour les programmes diabète, nutrition, troubles du langage, de la Jeunesse et des Sports pour le programme promotion de la santé par les activités physiques et sportives et prévention des conduites dopantes, de la Justice pour le plan santé mentale. Le lieu de la coordination n'a pas toujours été bien identifié. Les directions du ministère en charge de la Santé concernées n'ont pas toujours eu les moyens de l'exercer dans des conditions satisfaisantes. Le manque d'articulation entre les niveaux national, régional et local est à relier au manque de repérage de leurs rôles respectifs [8].

La difficulté à fonctionner selon une logique de projet

Certains chefs de projet ont bénéficié d'une nomination officielle par le ministre en charge de la Santé ou par un de ses directeurs, d'autres d'une fiche de poste. Dans l'ensemble, ils se sont succédé sans légitimité affichée.

Ils ont eu des difficultés à fonctionner en mode projet. Cette démarche, qui est encore récente pour cette administration, devrait se développer avec la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances.

Des décalages entre mesures proposées et ressources nécessaires

Généralement, il n'y a pas eu de financements spécifiques prévus pour ces programmes. Rares ont été ceux qui ont pu bénéficier de crédits fléchés ou de redéploiement de crédits pour leur fonctionnement et leur mise en œuvre. Lorsque les sujets des programmes nationaux de santé ont recoupé les priorités des conférences régionales de santé, les actions de terrain ont été financées régionalement à travers les programmes régionaux de santé et les schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération. Les conséquences financières de la mise en œuvre de programmes concernant la réorganisation de l'offre de soins (insuffisance rénale chronique), le développement de réseaux (diabète, asthme, soins palliatifs), la création de structures ou de postes de professionnels (programme national nutrition santé) n'ont pas été suffisamment anticipées. L'absence d'identification des ressources nécessaires met en péril le devenir des programmes [13].

Une communication interne et externe hétérogène

Peu de programmes nationaux de santé ont bénéficié d'une communication en interne (organisation de rencontres) et en externe (logo du programme national nutrition santé) après la période de lancement. La notoriété de certains programmes n'a pas dépassé un cercle restreint de spécialistes.

Un bilan nuancé

Depuis ces dernières années, la France s'est résolument engagée dans une démarche de santé publique. Les programmes nationaux de santé les plus récents ont adopté une approche de santé globale et s'efforcent d'agir sur les déterminants, contribuant à faire évoluer, à l'instar des programmes régionaux de santé [8], les pratiques professionnelles et institutionnelles. Ils sont marqués par la volonté de s'appuyer sur des démarches de planification stratégique avec des objectifs et des actions bien dimensionnés. À cet égard, l'enrichissement du vocabulaire utilisé (plan, schéma, stratégie) traduit l'inscription de la démarche d'animation au sein de l'administration en charge de la santé. Enfin, l'expertise scientifique et le point de vue des usagers sont davantage convoqués au stade de la conception, même si les apprentissages sont encore à consolider. Plusieurs conditions de réussite sont ainsi réunies, notamment grâce aux dynamiques confluentes issues de la mobilisation d'acteurs d'horizons variés.

Cependant, la multiplicité des programmes ne va pas sans poser de problèmes. L'interpénétration de leurs champs respectifs brouille le paysage, tant pour les experts et représentants institutionnels des groupes de travail que pour les professionnels mobilisés pour la mise en œuvre des actions.

D'autre part, la faisabilité d'une évaluation de l'impact de chacun de ces programmes semble compromise. De ce point de vue, l'initiation par la loi du 9 août 2004

d'un nombre limité de plans nationaux constitue un réel progrès, même s'ils ne suppriment pas tous les chevauchements.

Pour les acteurs régionaux chargés de la construction et de l'animation de la politique de santé, la traduction en actions de priorités nationales, d'initiatives locales et de celles des différents organismes nationaux et régionaux reste un exercice difficile [8]. Il se complexifie d'autant plus qu'apparaissent régulièrement de nouvelles orientations nationales. Entre déclinaison et intégration, la distinction n'est pas que sémantique. Dans un cas, il s'agit de traduire ces orientations en actions, avec le risque d'un programme supplémentaire et d'un éparpillement des ressources. Dans l'autre, il s'agit de s'assurer de la pertinence des choix au regard de la situation nationale et de procéder à des ajustements.

Trois pistes pour accroître la qualité des programmes nationaux de santé

Adopter une stratégie globale

La construction d'une stratégie nationale globale, ce que l'addition de l'ensemble des programmes et des plans ne saurait constituer, émerge comme une condition centrale pour la réussite de la programmation nationale d'actions de santé. Elle permettrait de restaurer une cohérence d'ensemble conférant une meilleure lisibilité pour l'ensemble des partenaires et une meilleure utilisation des

ressources. Le cadre dessiné par la loi d'août 2004 esquisse une réponse à ce besoin de structuration.

Améliorer la gestion des programmes

Renforcer les compétences des responsables des programmes sur les aspects méthodologiques et la gestion de projet par des actions de formation [8] ne résout que partiellement les faiblesses relevées. L'organisation des relations transversales (coordination entre programmes nationaux de santé) et verticales reste l'exercice le plus difficile, car il repose sur un processus de négociation continu entre les secteurs impliqués et les échelons territoriaux pour lequel il requiert la volonté de l'ensemble des partenaires et un accord sur leurs rôles respectifs.

Clarifier dans chaque programme les responsabilités des différents niveaux

La clarification des responsabilités des différents niveaux devrait permettre à chacun de se recentrer plus efficacement sur ses missions : au niveau national, la production d'orientations, de références, l'organisation de la cohérence, l'attribution de ressources en veillant au respect du principe d'équité entre les régions ; au niveau local, la responsabilité de la nature, du contenu et de la stratégie des actions adaptées au plus près du contexte ; au niveau régional, le soin de garantir le bon équilibre entre les différents enjeux. 🌿

Le Programme national nutrition santé

La France s'est dotée, en 2001, d'une véritable politique nutritionnelle de santé publique, en mettant en place, sous l'égide du ministère de la Santé, le « Programme national nutrition santé » (PNNS). Programmé sur une durée de cinq ans, il constitue un des plans de santé publique les plus ambitieux dans le domaine de la nutrition jamais développés en Europe.

La base conceptuelle et les stratégies mises en place dans le PNNS s'appuient sur les conclusions du rapport du Haut Comité de la santé publique (HCSP) *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et proposition* publié en septembre 2000. Ce rapport prolongeait le travail des experts du Comité nutrition de la DGS (1998-1999), qui avait fixé les objectifs nutritionnels de santé publique à atteindre en France.

Pourquoi a été mise en place une politique nutritionnelle de santé publique en France ?

Plusieurs raisons et circonstances peuvent expliquer la mise en place, en 2001, du PNNS.

D'abord, les grands enjeux de santé publique représentés par les pathologies dans lesquelles les facteurs

nutritionnels sont impliqués : les maladies cardiovasculaires, les cancers, l'obésité, l'ostéoporose, le diabète... ont des conséquences majeures sur le plan humain, social et économique.

Il a été réalisé de grands progrès des connaissances scientifiques sur les relations entre l'alimentation et la santé. Au cours des trente dernières années, de très nombreux travaux scientifiques sur modèles cellulaires, organes, animaux, chez l'homme sain et le malade ainsi qu'au niveau de populations ont mis en évidence, avec des degrés de certitude différents, le rôle de facteurs nutritionnels (excès ou insuffisance) dans le déterminisme des maladies. Si dans de nombreux cas, les arguments disponibles ne permettent pas (encore) d'affirmer la réalité du lien entre le facteur nutritionnel suspecté et certaines maladies, dans d'autres cas au contraire, la convergence des arguments est telle qu'elle fait l'objet d'un consensus international, et permet d'être traduite en termes de recommandations de santé publique.

Ensuite, la demande sociétale est d'autant plus forte que les crises sanitaires, la médiatisation de l'augmentation de la prévalence de l'obésité, ainsi que les

Serge Herberg

Directeur, unité 557 Inserm (UMR Inserm/Inra/Cnam), Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), InVS/Cnam, vice-président du Comité stratégique du PNNS, président du comité de pilotage



Quelques actions mises en œuvre dans le cadre du PNNS depuis sa mise en place en 2001

Des campagnes médiatiques d'information (fruits et légumes, activité physique...); élaboration et diffusion auprès du grand public de 3 millions d'exemplaires du guide « La santé vient en mangeant »; diffusion de guides destinés à des publics particuliers (parents, adolescents...); large diffusion d'outils destinés aux professionnels de santé (guides

nutritionnels spécifiques, outil de dépistage de l'obésité, modules de formation); mise en œuvre progressive d'actions impliquant les professionnels de santé (réseaux ville-hôpital sur l'obésité, comité de liaison alimentation nutrition dans les établissements de soins...); élaboration de réglementations (circulaires sur la restauration scolaire, la collation à

l'école...); développement dans toutes les régions françaises d'actions locales impliquant des professionnels de la santé, du domaine social, de l'éducation, de l'alimentation... orientées vers des publics très divers (personnes âgées, écoliers, populations défavorisées et en situation de précarité...).

arguments santé mis en avant par certains industriels de l'agro-alimentaire, ont sensibilisé les consommateurs sur l'impact des aliments sur la santé.

Enfin, la volonté politique, sous l'impulsion du directeur général de la Santé de l'époque (Joël Ménard), qui a fait adopter la nutrition, comme thème marquant dans le champ de la santé de la présidence européenne de la France en 2000.

Objectifs, principes et stratégies du PNNS

Les actions mises en œuvre par le PNNS ont comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation et l'hygiène de vie en rapport avec l'alimentation, les facteurs de protection et de réduire l'exposition aux facteurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques et, aux niveaux des groupes à risque, de diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques.

Neuf objectifs nutritionnels prioritaires chiffrés (sur l'alimentation, l'activité physique et le statut nutritionnel) ont été retenus pour la période 2001-2005 prolongée à 2008 pour cadrer avec la loi du 9 août 2004. Résolument pragmatique, le PNNS ne vise en aucun cas à être exhaustif sur le plan nutritionnel. Bien qu'ambitieux, ces objectifs ne visent pas à couvrir de façon optimale l'ensemble des problèmes nutritionnels de la population française. Il s'agit de propositions « raisonnables » et ciblées, suffisantes pour permettre d'améliorer significativement la situation nutritionnelle en France. Dans l'esprit des concepteurs du programme, le fait d'atteindre ces objectifs chiffrés ne constitue pas une fin en soi, mais le niveau de réduction des facteurs de risque ou de promotion des facteurs de protection, tels qu'ils ont été retenus paraît raisonnable et surtout atteignable sur la période de temps considérée, tout en permettant un impact réel significatif à plus long terme sur la morbidité et la mortalité. À côté de ceux-ci, qui visent l'ensemble de la population, neuf objectifs nutritionnels spécifiques ont également été définis visant des populations particulières.

Sur un plan opérationnel, pour atteindre les objectifs définis, le PNNS développe un ensemble d'actions,

mesures, voire des réglementations. Ses différents axes stratégiques sont orientés vers la communication, l'information, l'environnement nutritionnel et l'offre alimentaire. Il associe la formation, la recherche, la surveillance et l'évaluation.

Multisectoriel, il associe tous les acteurs concernés : l'ensemble des ministères (santé, agriculture, consommation, éducation nationale, jeunesse et sports, lutte contre l'exclusion et la précarité, sujets âgés, intérieur, recherche), les agences sanitaires (Inpes, InVS, Afssa), la Caisse nationale d'assurance maladie, la Mutualité française, le Conseil national de l'alimentation, l'Inserm, l'Inra, l'Association nationale des industries alimentaires, les associations de consommateurs, les associations des maires de France et des départements de France et divers experts scientifiques.

Il s'articule entre le niveau national et le niveau loco-régional. Le niveau national conçoit les outils validés et offre un cadre de référence pour le développement essentiel des actions de terrain.

Les actions mises en place sont orientées vers différentes cibles : population générale, groupes à risque, professionnels de santé, professionnels de l'éducation, travailleurs sociaux, collectivités locales et territoriales, le monde associatif et les acteurs économiques.

Il repose sur un ensemble de grands principes : le respect du plaisir, de la convivialité, et de la gastronomie ; une approche positive, fortement orientée vers la promotion des facteurs de protection, ne se situant jamais dans le champ de l'interdit ; le développement de messages toujours adaptés avec les modes de vie ; la synergie, la complémentarité et la cohérence des messages et de l'ensemble des actions développées.

Critères de réussite du PNNS

La réussite d'une politique nutritionnelle de santé publique comme celle développée dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) repose sur un certain nombre de conditions de base :

- des objectifs nutritionnels pertinents et atteignables dans le temps ;

- des référentiels clairs et scientifiquement validés ;
- des stratégies de santé respectant le plaisir et la culture alimentaire française ;
- des messages pragmatiques et compréhensibles partant des situations réelles ;
- une implication forte de l'ensemble des acteurs concernés : institutionnels, scientifiques, professionnels du monde de la santé, de l'éducation, de la production, transformation, distribution, consommateurs...
- des actions multiples orientées vers le grand public et les professions relais ;
- des mesures agissant parallèlement, à la fois, sur l'offre alimentaire, sur la communication, la formation ;
- une parfaite articulation entre le niveau local et le niveau national.

Aucune action, mesure ou aucun outil du programme ne peuvent être considérés seuls, comme d'une réelle efficacité. C'est sur la complémentarité et la synergie de ces actions et sur leur cohérence que l'on peut espérer tendre vers les objectifs nutritionnels fixés.

Difficultés de la mise en place du PNNS et défis à venir

Le développement des outils du PNNS a demandé plus de temps que prévu : malgré la bonne volonté des acteurs

scientifiques, la lourdeur des procédures, notamment administratives n'a permis de disposer des repères de consommation, des guides alimentaires, des outils pour les professionnels de santé que tardivement...

Bien que disposant de moyens financiers (directs et indirects) non négligeables, le PNNS souffre de l'insuffisance de création de postes, notamment au niveau des établissements de soins (diététiciennes, praticiens hospitaliers) et des structures déconcentrées.

Si le PNNS est bien reconnu auprès des professionnels, il apparaît qu'il faut beaucoup de temps (et d'énergie) pour faire connaître le PNNS auprès du grand public et imposer les repères de consommation institutionnels comme la référence (notamment par rapport aux multiples autres émetteurs dans ce domaine).

Les premières années du Programme national nutrition santé ont permis de mettre au point les outils et les référentiels. Elles ont permis de donner un cadre de référence. Il apparaît indispensable que les acteurs de terrain s'accaparent ces outils et développent, au niveau local, les actions. La réussite du PNNS repose sur la capacité de voir se développer les actions loco-régionales. L'autre grand pari de ce programme est la capacité de maintenir la cohérence des actions quel que soit le niveau où elles sont développées. C'est seulement à ce prix que l'on peut espérer tendre vers les objectifs initialement prévus. ✎

Pour lire en détail le plan : www.sante.gouv.fr, document Nutrition. Pour consulter les outils du PNNS, site de l'INPES : www.mangerbouger.fr

Le développement des soins palliatifs en France : impact des programmes en cours

« Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement », Loi de 1999.

La reconnaissance officielle des soins palliatifs en France ne date que de 1985-1986 : sous l'impulsion du ministre de la Santé Edmond Hervé, paraît le rapport Geneviève Laroque *Soigner et accompagner jusqu'au bout* qui débouche sur la circulaire ministérielle relative à l'organisation des soins et de l'accompagnement des malades en phase terminale. En 1987, s'ouvre la première unité de soins palliatifs (USP) dans sa conception moderne.

Des enquêtes successives vont enregistrer en 1993 puis en 1998 une progression dans l'évolution des structures d'accueil, mais aussi dans l'évolution des esprits chez les soignants en formation et sur le terrain, et aussi dans la population.

Le concept même de soins palliatifs va s'élargir : les soins palliatifs ne sont plus seulement des soins

terminaux, ils concernent aussi « les personnes de tous âges atteintes d'une maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale ».

On estime que 150 000 à 200 000 personnes par an¹ relèvent en France des soins palliatifs. Sur ce nombre environ 130 000 meurent à l'hôpital. Si la France disposait de 2 000 lits de soins palliatifs, on pense y arriver bientôt, sachant que la durée moyenne de séjour en USP est de l'ordre de vingt jours, seulement 36 000 personnes pourraient y être admises.

Il faut aller plus loin. Les services hospitaliers et du domicile doivent adapter leur fonctionnement à la prise en charge des malades en fin de vie, mais aussi se préoccuper en amont des soins palliatifs, lors des phases critiques marquant l'évolution des maladies graves potentiellement mortelles.

C'est dans cet esprit qu'ont été élaborés les programmes de développement.

Jean Kermarec

Pneumologue, vice-président de l'Association pour le développement des soins palliatifs

1. Programme national de développement des soins palliatifs. 2002-2005, ministère de l'Emploi et de la Solidarité et Comité de suivi.



Programmes de développement des soins palliatifs, 1999-2001 et 2002-2005

Ces deux programmes soutenus par un effort financier important, ont comme objectif de diffuser une culture de soins palliatifs et d'améliorer la capacité de répondre aux besoins de la population.

Les chiffres recensés à fin décembre 1998, en particulier par la direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS) serviront de référence pour mesurer l'impact des programmes.

Le premier programme (1999-2001) est axé sur l'hôpital et le développement prioritaire des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) plutôt que sur les unités fixes (USP).

Le deuxième programme (2002-2005) est complémentaire du premier plan orienté vers l'hôpital. Son objectif premier concerne le domicile, mais il prévoit aussi de poursuivre l'effort dans les établissements de santé, et de sensibiliser et informer le corps social.

L'impact espéré des programmes n'est pas seulement d'ordre quantitatif, il porte aussi sur la qualité du fonctionnement des structures, ce qui nécessite de définir des normes caractérisant les différents types de structures et une démarche qui peut varier suivant les lieux.

Les moyens mis à disposition et leur évolution dans les établissements de soins [41]

L'unité de soins palliatifs (USP)

L'objectif des plans est de mettre en place de façon prioritaire une USP dans chaque région qui en est dépourvue. Encore faut-il définir les critères qui identifient une USP.

L'USP est un centre autonome comptant idéalement 10 à 12 lits et une vingtaine de personnels dont 2 médecins, 12 à 14 paramédicaux dont 7 à 8 infirmiers, 1 psychologue... de façon à pouvoir assurer une surveillance permanente et des soins 24 heures sur 24. L'USP a une triple fonction de soins, de formation et de recherche. Des unités plus petites, minimum 5 lits, ont fait la démonstration qu'elles assurent toutes leurs missions grâce à leur coopération avec un service voisin, de soins de suite et de réadaptation (SSR), par exemple, qui participe à la garde commune de nuit.

Les USP prennent en charge des malades lourds posant des problèmes complexes, généralement en fin de vie. La durée moyenne y est de l'ordre de trois semaines en hôpitaux de court séjour, sensiblement plus longue en SSR.

Des locaux d'accueil font partie de la conception de l'USP pour permettre à la famille de rester auprès de son malade.

Impact des programmes

Le nombre des USP a connu une progression initialement rapide, passant de 1 en 1987 à 22 en 1992, puis à 51 au 30 mai 1997 avec 547 lits (moyenne 10,7 lits par unité).

Au démarrage du 1^{er} plan, fin 1998, la DHOS dénom-

brait 70 unités avec 675 lits (moyenne 9,6 lits). En fin 2002, le chiffre relevé est de 91 USP avec 834 lits (moyenne 9,1) et fin 2003, on retombe à 78 USP et 782 lits (moyenne 10 lits) avec des critères plus exigeants. De ce fait, le chiffre 2002 n'apparaît pas dans la courbe présentée.

L'impact des plans a été moindre qu'espéré sur l'évolution quantitative des USP avec une augmentation de 8 USP, mais tout de même de 107 lits. L'objectif d'implantation d'une USP par région n'est pas atteint puisque 6 régions en sont encore dépourvues. Par contre, une situation ambiguë a été clarifiée en ne reconnaissant comme USP que les unités autonomes, c'est-à-dire, disposant d'un nombre de personnels soignants suffisant pour assurer une permanence des soins de jour et de nuit. C'est ainsi que des petites structures, de moins de 5 lits, recensées comme USP en 2002 se retrouvent en 2003 dans les lits identifiés de soins palliatifs.

Les services cliniques

Ils ont pour eux d'avoir suivi le malade tout au long de sa maladie, de bien connaître les complications qui le guettent et de pouvoir éventuellement y faire face. Un climat de confiance a pu s'établir avec le malade et sa famille. Mais les soignants, même les plus soucieux des soins palliatifs, peuvent être en difficulté face à des thérapeutiques et des accompagnements complexes demandant une grande disponibilité, d'autant plus que les malades en phase palliative sont nombreux, de l'ordre de 10 % dans chaque hôpital. Pour «garder les malades jusqu'au bout», les services peuvent faire appel à une EMSP ou créer à l'intérieur du service quelques lits identifiés de soins palliatifs.

Les lits identifiés de soins palliatifs [42]²

Ceux-ci correspondent à des lits occupés dans les services par des malades en phase évoluée d'une maladie potentiellement mortelle mais non obligatoirement en phase terminale, justifiant la mise en place de moyens supplémentaires en personnels. La durée de séjour de ces malades est de l'ordre de quatorze jours en moyenne, plus courte que dans les USP qui pourront éventuellement être sollicitées pour un transfert en fin de vie pour des situations complexes.

L'organisation de ces lits n'est pas univoque. Pour certains services, il s'agit de la reconnaissance d'une réalité moyenne : tel service de cancérologie de 20 lits a une moyenne de 4 malades relevant de soins palliatifs dispersés à l'intérieur du service ; 4 lits identifiés, non sectorisés, seront reconnus.

Pour d'autres, les lits identifiés seront regroupés dans un secteur du service, 3 ou 4 par exemple, d'utilisation souple, les malades en phase palliative pouvant déborder vers les lits « standard » du service ou inversement. Un local pour l'accueil des familles peut y être prévu. Dans cette configuration, le degré d'occupation est connu à

2. Guide pour l'élaboration d'une demande de lits identifiés soins palliatifs. Circulaire n° 290 du 25 juin 2004.

Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 69.

tout moment et permet de recevoir plus facilement des malades de services extérieurs.

Quelle que soit l'organisation retenue, un des médecins du service est reconnu comme référent soins palliatifs. Il a une formation complémentaire ainsi que l'infirmière. Tous les soignants du service sont sensibilisés à la démarche palliative³. Le médecin référent et l'infirmière référente soins palliatifs peuvent être sollicités par les services de l'hôpital, prélude éventuel à une équipe mobile.

Impact du programme 2002-2005

Fin 1998, les lits « dédiés » soins palliatifs existaient ici et là, mais ils n'ont été recensés vraiment qu'à partir de 2002 et de façon plus précise en 2003. Même si quelques lits classés en USP en 2002 sont comptabilisés en lits identifiés en 2003, l'accroissement est manifeste sur cette seule année d'au moins 400 lits, soit 813 lits fin 2003. Pour plus de clarté, il serait souhaitable de recenser sous deux rubriques les lits identifiés : les lits identifiés non sectorisés réservés aux malades du service, et les lits identifiés sectorisés ouverts également à des malades venant d'autres services ou de services extérieurs à l'hôpital. Les lits sectorisés devraient donc concerner des services ouverts sur la pathologie générale, tels que les services de médecine interne, de gériatrie, de pneumologie...

La somme des lits de soins palliatifs reconnus comme tels, lits en USP et lits identifiés, passe ainsi de 1 187 lits fin 2002 à 1 615 lits fin 2003.

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) [47]

Il s'agit d'une équipe comportant au minimum un médecin et un infirmier titulaires du diplôme universitaire de soins palliatifs ou équivalent, d'un psychologue et d'une secrétaire à mi-temps.

Elle dispose de locaux spécifiques professionnels et pour l'accueil des familles.

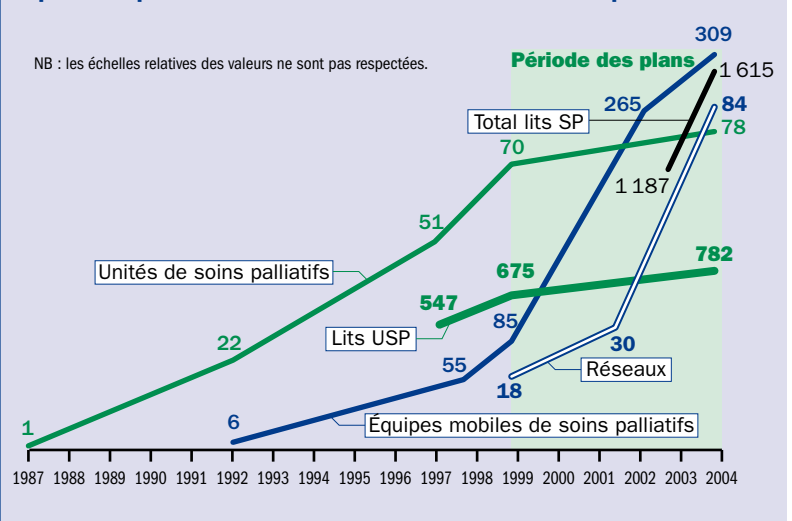
À la demande de tous les services de l'hôpital, et parfois de l'extérieur, elle intervient pour des conseils : conseils cliniques et thérapeutiques après examen par le médecin soins palliatifs, conseils touchant à la réalisation de certains gestes techniques par l'infirmière soins palliatifs. L'équipe mobile joue ainsi un rôle fondamental dans la formation des soignants qui se traduit au fur et à mesure du temps, par une modification de la nature des demandes : plus orientées au démarrage vers des problèmes somatiques, puis de plus en plus axées sur des préoccupations psychologiques et d'accompagnement des malades et de leurs familles (figure 1).

Impact des programmes

Dès avant les programmes, la progression des EMSP a été rapide passant de 6 en 1992 à 55 à mi 1997 (10 par an), 85 fin 1998 (20 par an). Cette progression s'accélère à partir de 1998 comme le voulait le premier plan dans des proportions considérables : 60 nouvelles

figure 1

Impact des plans sur l'évolution des structures de soins palliatifs



équipes naissent chaque année si bien qu'en fin 2001 le nombre d'EMSP atteint 265. Avec le 2^e plan, l'augmentation se ralentit : 291 fin 2002, 309 fin 2003.

La situation s'est totalement modifiée dans un sens favorable et dans un temps record avec cependant des décalages suivant les régions. Par ailleurs, la composition des équipes n'est pas toujours adaptée aux besoins et souvent éloignée de celle préconisée par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) [47]. La présence d'au moins deux infirmiers est nécessaire pour que l'équipe puisse avoir une disponibilité suffisante pour répondre rapidement aux appels des services et ainsi faire la démonstration de son évidente utilité et lever les réticences de certains cliniciens.

Avec des EMSP plus étoffées, la question se pose de les voir sortir davantage de leur établissement. D'ores et déjà, des EMSP desservent d'autres établissements de soins : hôpitaux, cliniques, services de gériatrie de leur secteur... Certaines EMSP vont même au domicile quand il n'existe pas de réseaux de proximité de soins palliatifs, officiellement appelés réseaux de santé de soins palliatifs.

À domicile

Les réseaux de santé de soins palliatifs

Pour reprendre l'expression de G. Poutout : « Un réseau de soins palliatifs ne se décrète pas, il ne peut naître que si les professionnels de ville trouvent la motivation pour s'engager dans cette action ». C'est souvent à leur initiative que naît le réseau, parfois à l'initiative de l'hôpital.

Les réseaux de proximité de soins palliatifs sont donc apparus, en général, après une première étape qui a vu se réunir en association des soignants libéraux de toutes disciplines : médecins, infirmiers... suivie d'une

3. Guide de bonnes pratiques de démarches palliatives en établissements. Circulaire n° 257 du 9 juin 2004.



deuxième étape faisant émerger une équipe de coordination compétente en soins palliatifs comportant : 1 ou 2 médecins, 2 ou 3 infirmiers, 1 psychologue et 1 secrétaire.

L'équipe de coordination, parfois appelée « équipe mobile de ville », disponible idéalement 7 jours sur 7, en déplacement ou au téléphone suivant les horaires, intervient sur un territoire bien délimité, se rend au domicile du malade à la demande du médecin traitant. Elle ne participe pas directement aux soins mais, après expertise, les coordonne, et recherche des maillons manquants pour le maintien à domicile : assistante sociale, kinésithérapeute, aides-soignantes (en relation avec les services de soins infirmiers à domicile et les centres communaux d'action sociale) et aussi aides ménagères, auxiliaires de vie... Le médecin traitant, affilié au réseau, peut, par convention avec les hôpitaux de proximité, avoir accès au dossier du malade. L'équipe a par ailleurs, un rôle fondamental dans la formation des soignants libéraux, et aussi des familles.

Impact des programmes

La progression des réseaux est rapide : de 18 en fin 1998, le nombre atteint 30 en 2001 et 84 en fin 2003. Les réseaux de soins palliatifs, dès lors qu'ils fonctionnent bien, ont modifié de façon fondamentale la prise en charge globale du malade et favorisé ainsi son choix de rester au domicile. En parallèle s'est développée une relation d'estime entre tous les personnels impliqués et aussi les bénévoles accompagnants, unis dans un même projet et le même souci de formation dans un contexte de convivialité.

À côté de ces services spécifiques, d'autres structures se trouvent impliquées dans les soins palliatifs.

Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) [64]

Coordonnée par un médecin (conseil technique) et une surveillante (planification de l'action), l'HAD projette ses équipes hospitalières sur différents secteurs du domicile sur une région donnée. L'HAD a pour mission de poursuivre à la sortie de l'hôpital, en collaboration avec le médecin traitant libéral qui a la responsabilité du malade, des soins lourds et continus. Parmi les malades pris en charge par l'HAD, on estime qu'environ 30 % sont en phase palliative.

Pour un secteur donné, une surveillante coordinatrice de l'HAD représente l'interface entre les hôpitaux où elle intervient et le domicile. Dès lors qu'un service hospitalier sollicite l'HAD, la surveillante coordinatrice est la première personne de l'HAD qui voit le malade : elle est là pour le rassurer, préparer tous les éléments nécessaires à son suivi, mettre en place les matériels à domicile.

Une infirmière surveillante de secteur de l'HAD prend le relais, assure la liaison avec le médecin traitant, organise les soins à domicile, met en place les infirmiers et les aides-soignantes qui interviendront tous les jours au domicile. L'assistante sociale de l'HAD peut être sollicitée et le médecin traitant s'entretenir à tout moment avec

le médecin coordinateur de l'HAD. L'HAD peut, en cas de besoin, avoir recours à une infirmière libérale.

Les HAD sont des structures majeures pour la prise en charge des malades graves à domicile. Pour les accompagner jusqu'au bout, elles possèdent la compétence et disposent de moyens matériels importants, sans frais pour les malades. Mais elles connaissent des contraintes importantes de temps, compte tenu du nombre de malades à voir et de la durée de soins complexes.

De ce fait, certaines HAD ont isolé, au sein même de leur structure, une équipe référente de soins palliatifs à la disposition des surveillants du secteur, comportant un médecin, une infirmière et un psychologue...

Impact du programme

Le nombre des HAD publiques et privées a augmenté de façon rapide, mais dans des proportions difficiles à évaluer. Le point de départ, fin 1998, se situe de façon différente suivant les sources d'information : 52 dont 32 publiques pour la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), seulement 30 pour la DHOS correspondant sans doute aux publiques. Les chiffres retenus par la FNEHAD sont en septembre 2004, de 121 HAD, dont 64 publiques.

Au plan du fonctionnement, si une certaine complémentarité peut se trouver entre le réseau et l'HAD concrétisée dans certains cas par une convention, il reste à trouver une articulation entre l'HAD et le système libéral. Le médecin libéral, qui reste dans tous les cas de figures le responsable du malade, n'est pas en cause. Par contre, les infirmières soignantes libérales, référentes du malade depuis longtemps « se sentent exclues... par l'HAD », comme l'écrit une infirmière [64], dans la mesure où les infirmières de l'HAD se substituent à elles, « sans l'avis du patient », alors que la formule de réseau leur permet de garder toute leur place. Cette situation est en voie d'évolution.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et coordinations gériatriques

Le SSIAD est placé sous la responsabilité d'une infirmière coordinatrice qui encadre une équipe d'aides-soignantes. Une ou deux aides-soignantes passent au domicile jusqu'à une ou deux fois par jour, pour assurer les soins d'hygiène, pour aider à la toilette et à l'habillage de la personne âgée.

La coordination gériatrique correspond à la formule la plus élaborée du centre local d'information et de coordination (CLIC). Elle est organisée par une assistante sociale le plus souvent. Celle-ci évalue la situation au domicile de la personne âgée et fait appel aux acteurs nécessaires et en particulier au SSIAD, éventuellement aux HAD ; et collabore avec les réseaux existants. Il existe plusieurs CLIC par département, mais leurs moyens sont variables.

Les équipes de bénévoles d'accompagnement

Le rôle des bénévoles d'accompagnement, sélectionnés et formés, a été reconnu par la loi de 1999 et les condi-

tions requises pour leur intervention déterminées par un décret de l'an 2000. Elle nécessite que l'équipe de bénévoles soit rattachée à une association de soins palliatifs reconnue, qu'une convention soit signée avec un établissement de soins ou pour le domicile avec un réseau de santé soins palliatifs ou une structure de soins.

Des équipes de bénévoles accompagnants sont présentes de façon quasi systématique dans les USP, de façon optionnelle auprès des EMSP, dans certains services cliniques, dans les services de gériatrie et les EHPAD et au domicile en particulier auprès des réseaux de soins palliatifs de proximité.

Les accompagnants bénévoles, intervenant en équipe coordonnée ont été mis en place en France à partir de 1986. Les conséquences de la loi de 1999 peuvent être perçues au travers de l'évolution des chiffres de bénévoles d'accompagnement formés tels qu'ils ont été recensés par la SFAP : 2 436 en 1997, 3 700 en 2000, 4 321 fin 2003.

L'organisation des soins palliatifs, une complémentarité des intervenants et des structures qui se cherchent

Le désir de la majorité des Français est de terminer ses jours à la maison. Mais le peuvent-ils ? La question se pose le plus souvent à l'hôpital, lors de sa sortie. C'est souvent à ces moments que se joue une orientation que l'on voudrait adaptée.

Un souhait du programme 2002-2005 : une concertation médico-sociale favorisant le retour du malade à domicile

On aimerait voir se généraliser ce type d'organisation où le service social joue un rôle si important. C'est ainsi que, dans certains hôpitaux, des concertations hebdomadaires réunissent médecin, infirmière et assistante sociale. Les uns et les autres connaissent le malade, ont vu la famille. L'assistante sociale a pu avoir connaissance des conditions de vie du malade et des aides possibles pour le maintien à domicile par l'intermédiaire de sa collègue travaillant dans le secteur du malade. À titre d'exemple, cette relation est pratiquement institutionnalisée entre un hôpital et une coordination gériatologique.

Au terme de cette concertation et en fonction du désir du malade et de sa famille, plusieurs options sont possibles :

1. Maintien du malade jusqu'au terme, dans le service hospitalier, qui peut assumer soins palliatifs et accompagnement, avec l'aide d'une EMSP, si elle existe, éventuellement dans un lit identifié.

2. Transfert dans une USP de court ou de moyen séjour (surtout pour les personnes âgées). Après préparation du malade et de la famille, et avec son accord, ce transfert peut être envisagé à court terme, ou à plus long terme, si une prise en charge satisfaisante s'avérerait n'être plus possible.

3. Retour au domicile. Là aussi, il doit être préparé. Avec l'accord du médecin traitant libéral qui prendra la responsabilité du malade, différentes solutions seront envisagées : il peut faire face avec ses propres moyens, en s'appuyant sur un SSIAD, une HAD, ou suivant les possibilités locales, en travaillant avec un réseau de soins palliatifs. La possibilité d'aller-retour sur le service hospitalier d'origine permettra, le cas échéant, des ajustements thérapeutiques.

Les difficultés rencontrées tiennent à des problèmes psychologiques, structurels et financiers.

- Faire des réunions de concertation médico-sociale nécessite de la part des soignants et des assistantes sociales, une estime réciproque, une organisation du temps et une habitude de travailler ensemble qui est encore loin d'être la règle.

- Jouer la complémentarité entre les services cliniques et structures spécifiques de soins palliatifs sous-entend non seulement de reconnaître les atouts des uns et des autres, mais aussi de reconnaître ses limites.

- Le nombre de lits de soins palliatifs reste insuffisant, avec par ailleurs, une grande disparité suivant les régions. Les 5 régions les mieux loties totalisent 66 % des lits de soins palliatifs et 53,5 % des réseaux, les 17 autres régions et les Dom Tom : 33 % et 46,5 %. Il faut pourtant se garder de faire un parallèle entre les moyens et la qualité de la prise en charge des malades.

- Le système de tarification à l'activité « T2A », actuellement pénalisant pour les USP, paraît en voie de règlement.

Conclusion

Les soins palliatifs connaissent une évolution très favorable dans trois domaines : la très rapide progression à l'hôpital des EMSP, et au domicile des réseaux de soins palliatifs et des HAD.

Le nombre de lits de soins palliatifs reste insuffisant, avec un déficit en USP. Certes, les lits identifiés sont en nette augmentation, mais leurs indications sont différentes et ils restent encore peu accessibles aux malades extérieurs au service dans lequel ils sont implantés. L'organisation se met en place, il reste encore beaucoup à faire :

- augmenter les moyens en gériatrie en favorisant les lits identifiés et les EMSP ;

- améliorer la coordination médico-sociale lors de la sortie d'hôpital et la complémentarité entre les réseaux de soins palliatifs, les HAD, les équipes mobiles extra-hospitalières et les coordinations gériatologiques.

Tout cela demande motivation de la part des soignants et une formation qui s'inscrive dans le concept de médecine globale et l'esprit humaniste qui ont marqué la médecine française. Il faut aussi que l'ensemble du corps social soit informé et sensibilisé à la philosophie de l'accompagnement et des soins palliatifs et des moyens à sa disposition ; c'est l'objet de l'axe 3 du programme. 



Pour un cadre général de suivi des politiques de santé

Alain Bérard

Médecin de santé
publique

et économiste
de la santé,

groupe hospitalier
Lariboisière Fernand-
Widal (AP-HP)

Pierre-Henri Bréchat

Médecin de santé
publique, groupe

hospitalier

Lariboisière Fernand-
Widal (AP-HP)

Assurer le suivi et l'évaluation d'une politique de santé, c'est se prononcer sur les résultats des actions définies (à partir de l'écart entre ce qui est observé et ce qui était attendu) et réalisées à partir d'objectifs (loi relative à la politique de santé publique), tout en tenant compte des financements investis (loi organique relative aux lois de finances). Des actions correctrices peuvent être élaborées, puis mises en œuvre et enfin évaluées jusqu'à la disparition de l'écart (roue de Deming¹). Selon ce principe, le seul critère d'efficacité d'une politique de santé devrait être sa disparition, les objectifs étant atteints, les problèmes de santé étant résolus.

En pratique, la situation est plus complexe : les facteurs interagissant sont multiples², le lien de causalité entre action menée et résultat observé n'est pas toujours prouvé ou démontrable statistiquement, les résultats sont obtenus à un horizon temporel largement supérieur à un ou plusieurs cycles d'évaluation, etc. Or, du fait de la rareté des ressources face aux besoins en santé quasi illimités de la population, le décideur est sur-sollicité par de nombreux promoteurs de politiques de santé en situation de concurrence. Il doit financer les projets rapportant le plus de résultats (*a priori*) par rapport aux investissements consentis (maximisation des ressources consommées), mais également être capable à tout moment d'argumenter ses choix (face aux coûts d'opportunité).

Le suivi d'une politique de santé nécessite :

- une information permettant d'effectuer un état des lieux à une période pré-déterminée après la mise en place des actions de santé,
- une information permettant d'effectuer des évaluations spatiales et temporelles³ dans un souci d'aide à la décision,
- une information éclairant l'environnement et le contexte de la politique de santé.

La première étape consiste à faire un instantané, la deuxième à interpréter ce cliché à partir de filtres d'analyse variant selon les objectifs de l'évaluateur, et la troisième à affiner l'analyse et la portée des résultats. Or, selon le point de vue de l'observateur, les critères

d'analyse vont différer selon les objectifs et priorités de chacun. Sur la simple notion d'efficacité, les critères retenus par l'État ne seront pas forcément les mêmes que ceux de l'assurance maladie, des producteurs de soins, des élus, des représentants des associations d'usagers, etc. Cependant, des critères peuvent être retenus sur la base d'un minimum commun : le point de vue de la société (*a minima*).

L'obtention de résultats : jugement de l'efficacité

Une action de santé est efficace dès lors que le problème initial a disparu ou a diminué de manière statistiquement significative, et qu'un lien de causalité a pu être prouvé. Puisqu'il n'existe pas de norme en la matière, c'est la recherche évaluative (mesurer l'écart entre résultats observés et résultats initiaux) qui est utilisée. Les critères et indicateurs étudiés sont des données épidémiolo-socio-démographiques. D'autres éléments donnent une vision indirecte de la situation : diminution du recours à l'hôpital (modification des flux de patients), augmentation des dépenses de ville, etc.

Obtenir des résultats n'implique pas une réussite de la politique de santé. Selon la frilosité ou la témérité des promoteurs de la politique de santé, la réussite peut être artificiellement obtenue. Dès lors que les objectifs quantifiés sont très modestes, la probabilité de réussite augmente. Il est difficile, sur cette seule information, de juger une politique et de la comparer à d'autres.

La juste réponse aux justes besoins de la population : jugement de la pertinence

La politique de santé doit juste répondre au juste besoin de la population, ni plus ni moins (rareté des ressources). Il s'agit de mesurer la réduction de chemin à parcourir entre les résultats obtenus et la situation en santé désirée. Le besoin en santé est la différence entre état de santé initial et état de santé désiré. De là sont définies les politiques et actions de santé, et pour ce qui concerne les déterminants extra-sanitaires de la santé : des politiques de promotion de la santé.

Il est également possible de déterminer le besoin en biens et services (différence entre les biens et services consommés et les biens et services requis pour obtenir l'état de santé désiré), et le besoin en ressources humaines, financières et structurelles.

Il est utile de mesurer le chemin à parcourir entre état de santé observé et état de santé désiré, la vitesse de réalisation programmée des politiques en cours et l'horizon temporel de réussite à cette vitesse de croisière.

En plus de ces éléments permettant d'étudier les politiques de santé de manière individuelle, d'autres

1. La roue de Deming (ou PDCA) se caractérise par la séquence répétitive : Plan (planifier), Do (mettre en œuvre l'action de santé), Check (évaluer l'action de santé) et Act (agir pour corriger les effets de l'action de santé).

2. Notamment les déterminants de santé extra-sanitaires dont l'impact sur l'état de santé d'une population est important.

3. Comparatifs spatiaux : comparaison entre une région et la nation ou encore entre deux régions. Comparatifs temporels : comparaison sur deux périodes données pour une même région.

données doivent être prises en compte comme le pourcentage de convergence entre priorités et programmes régionaux : une région met en œuvre en moyenne 4 PRS pour 10 priorités identifiées par région. Y aurait-il trop de priorités régionales ?

La qualité du processus de priorisation est un élément important qui doit être intégré à l'évaluation dès la conception des actions retenues.

À partir de ces critères portant sur le besoin, il est possible de décliner les mêmes ratios et indicateurs pour les ressources humaines, financières et structurelles.

Maximisation des ressources sanitaires : jugement de l'efficacité et de la productivité

L'efficacité est la recherche du meilleur résultat aux moindres coûts. La productivité est le rapport entre les résultats obtenus et les ressources consommées. En prenant la valeur nationale comme norme, ce système permet à une région de se situer par rapport à la moyenne nationale et par rapport aux autres régions. Plusieurs niveaux de ratios sont possibles :

- donnée régionale/donnée nationale : ratio simple,
- ce ratio pondéré par la démographie (*per capita*),
- ce ratio pondéré par le *per capita* et par tranche d'âge,
- ce ratio pondéré par le *per capita*, par tranche d'âge et par des indicateurs de mortalité (indice comparatif de mortalité) et/ou de morbidité (ALD 30, qualité de vie, etc.),
- ce ratio pondéré par le *per capita*, par tranche d'âge et par des indicateurs de mortalité évitable imputable au système de santé,
- ce ratio pondéré par le *per capita*, par tranche d'âge et par des indicateurs de mortalité évitable imputable au système de santé, de vulnérabilité sociologique (personnes âgées dépendantes vivant seules...) et économique (perception de minima sociaux...).

Ces ratios permettent de faire la part des choses entre le global et ce qui relève de la démographie, ou encore du système de santé.

Il serait intéressant de connaître initialement et lors de l'évaluation :

- la représentativité des acteurs du programme de santé (État, assurance maladie, producteurs de soins, élus, etc.) : l'effectif et la part relative de chacun ;
- les structures créées pour la mise en œuvre et le suivi de la politique de santé ;
- les structures supprimées du fait de leur inutilité ;
- les moyens humains et financiers disponibles et ceux utilisés ;
- la part des politiques de santé non menées à terme...

Environnement

Plusieurs éléments sont à rechercher au niveau régional et national :

- des indicateurs contextuels

– pourcentage de programmes en cours d'élaboration,

– pourcentage de programmes écrits et mis en œuvre en regard des domaines investis (au niveau national, entre 1985 et 2002, il y a eu 44 domaines investis, dont 40 ont bénéficié d'éléments de programmation : soit 91 %),

– pourcentage de programmes écrits et non mis en œuvre,

- pourcentage de programmes suivis,
- pourcentage de programmes abandonnés...

● des indicateurs de prise en compte des programmes nationaux en programmes régionaux

– pourcentage de convergence et rapport entre priorités nationales et régionales : sur les 40 domaines qui ont bénéficié d'éléments de programmation, une vingtaine de priorités ont été globalement retenues : soit 50 % de convergence. Chaque région a en moyenne 10 priorités : les régions ont trois fois moins de priorité que le national. Le national a-t-il trop de priorités ?

– pourcentage de convergence entre programmes nationaux et régionaux,

– pourcentage de convergence entre priorités et programmes.

Cependant tous les éléments listés n'expliquent pas le pourquoi d'un échec ou d'un retard dans la mise en place des mesures correctrices ou dans les résultats, ni le ressenti de la population et des acteurs. D'où l'impossibilité de dégager des pistes d'amélioration. Des enquêtes ponctuelles ciblées sur des dysfonctionnements et s'appuyant sur des interviews (enquêtes sociologiques) pourraient être réalisées en complément.

L'addition de ces critères d'évaluation donnerait une liste excessivement longue. Or le suivi et l'accompagnement d'une politique de santé nécessitent une mise à jour fréquente de ces données.

Du fait de la diversité des objectifs de chacun des acteurs de la politique de santé, la construction d'un tableau de bord type est difficile et se ferait sur la base du plus petit dénominateur commun. La vision de ce que l'on voulait découvrir devient dénaturée et faussée.

D'où l'intérêt d'une banque d'indicateurs régulièrement mise à jour. Chaque partenaire peut alors y puiser les informations qui lui paraissent utiles pour la construction de son propre tableau de bord de suivi.

Afin de maintenir l'homogénéité des données et de permettre une agrégation nationale et/ou une comparaison interrégionale, il serait utile que le niveau national définisse des règles communes (contenu minimal, périodicité des mises à jour, circuit des informations) dans un cahier des charges : c'est la procédure descendante. L'objectif est que les régions s'approprient ce dispositif et l'alimentent. À terme, chaque région complète cette base d'indicateurs en intégrant de nouvelles données propres à ses spécificités. Lorsqu'un critère est fréquemment retrouvé, se pose alors la question de son intégration dans le cahier des charges national : c'est le rétro-contrôle ascendant. 🌱



Les expériences étrangères

En Grande-Bretagne et au Québec, la gouvernance par programmes en fonction de priorités est expérimentée depuis quelques années. Leurs enseignements sont contrastés, mais un constat s'impose : un trop grand nombre de programmes ou de priorités est un facteur de confusion et entraîne des difficultés de mise en œuvre.

Priorités de santé publique et gouvernance par programmes au Royaume-Uni

Karine Chevreul
Médecin de santé
publique, Institut
de recherche et de
documentation en
économie de la santé
(Irdes)

Actuellement, un nombre défini de programmes nationaux oriente la réforme des services de soins anglais.

Après 1997, avec l'arrivée au pouvoir du gouvernement travailliste, le système national de santé (NHS) a connu des remaniements importants. « Sauver le NHS » fut l'un des thèmes piliers de la campagne électorale du parti de Tony Blair.

En effet, à l'encontre de la plupart des pays d'un niveau économique comparable, le Royaume-Uni avait particulièrement bien réussi à contenir la croissance de ses dépenses de santé¹. Cependant, ce fut au point que le faible investissement dans le système fut à l'origine de dysfonctionnements importants en termes d'accès et de qualité des soins (déficit en offre de soins, listes d'attente importantes, mortalité périnatale élevée...).

1. La dépense totale de santé représente 7,2 % du PIB en 1999 alors qu'en France elle atteint 9,3 % et 10,6 % en Allemagne (source Eco-santé OCDE, 2004).

Ainsi, l'une des priorités du gouvernement fut d'augmenter de façon considérable les ressources allouées au NHS (En sept ans, le budget du NHS anglais est passé de 33 à 67 milliards de livres en 2004, soit de 680 à 1 345 livres par habitant). En 2000, une stratégie de réforme a été développée dans le NHS Plan (lire encadré). Elle réorganise la délivrance des soins en prenant en compte les priorités de santé publique définies dans le livre blanc *Saving Lives : Our Healthier Nation* publié l'année précédente, qui exposait la stratégie du gouvernement pour améliorer la santé de la population dont nombre d'indicateurs étaient en dessous de la moyenne européenne.

D'une part, il s'agit de réduire la mortalité prématurée dans la population dans son ensemble en se concentrant en particulier sur les « grandes tueuses », soit quatre priorités pour lesquelles sont fixés des objectifs quantifiés de réduction des taux de mortalité à moyen terme (2010). D'autre part, l'amélioration de la santé des plus pauvres devient un axe d'action transversal prioritaire.

Elle illustre la préoccupation de ce gouvernement pour la réduction des inégalités sociales.

Les priorités

Ainsi, l'objectif est de réduire de 300 000 le nombre de décès prématurés en ciblant les quatre priorités et objectifs suivants d'ici 2010 :

- Maladies cardio-vasculaires : diminution de 40 % du nombre de décès chez les moins de 75 ans (soit 200 000 décès évités),
- Cancers : réduire le taux de décès par cancer de 20 % (soit 100 000 décès évités),
- Accidents : diminuer le nombre d'accidents d'au moins 20 % (soit 12 000 décès évités),
- Maladies mentales : diminuer la mortalité par suicide de 20 % (soit 4 000 décès évités).

Ces priorités étaient mises en exergue dès 1992 dans le livre blanc *The Health of The Nation* qui faisait suite à l'initiative de définitions d'objectifs par l'OMS dans *La santé pour tous en 2000*. Certaines concernant les facteurs de risques comportementaux, retenues alors, n'étaient cependant pas reprises mais allaient faire l'objet de programmes de santé publique spécifiques ou être prises en compte dans les autres programmes (le tabac, les maladies sexuellement transmissibles, l'obésité, l'alcool...).

Quant aux inégalités sociales de santé, le rapport Black en rapportait l'existence dès 1982. Cependant, elles n'avaient pas été prises en compte de façon opérationnelle par le gouvernement conservateur. Le NHS Plan le fera pour la première fois. Il oriente la réforme avec une attention particulière pour la réduction des inégalités de santé, en commençant par poser comme objectif pour 2010 une réduction de 10 % de

l'écart de mortalité infantile entre la classe des travailleurs manuels et la population générale ainsi que de l'écart d'espérance de vie à la naissance entre le quintile des zones les plus défavorisées et la moyenne nationale.

De plus, des objectifs opérationnels des programmes concernant les quatre priorités de santé sont spécifiquement destinés à réduire les inégalités sociales dans ces domaines. Ils s'attachent à diminuer la prévalence des facteurs de risques comportementaux, dont le gradient économique peut expliquer en grande partie les inégalités sociales de santé. Dans le cadre du cancer, par exemple, un des objectifs est de faire passer la prévalence du tabagisme, chez les travailleurs manuels, de 31 % en 2002 à 26 % en 2010.

Divers rapports et investigations sont à l'origine d'évolutions après la publication du NHS Plan. Depuis juillet 2004, les priorités et objectifs nationaux du NHS pour améliorer la santé de la population sont les suivants :

- Améliorer la santé de la population : d'ici 2010, faire passer l'espérance de vie à la naissance à 78,6 ans chez les hommes et 82,5 ans chez les femmes.
- Réduire les taux de mortalité d'ici 2010 :
 - Par maladies cardio-vasculaires de 40 % chez les moins de 75 ans, avec une réduction de 40 % de la différence entre le quintile des zones les plus défavorisées et la population générale ;
 - Par cancers d'au moins 20 % chez les moins de 75 ans, avec une réduction d'au moins 6 % de la différence entre le quintile des zones les plus défavorisées et la population générale ;
 - Par suicides et traumatismes sous-jacents d'au moins 20 %.

Le NHS Plan, 2000

Le NHS Plan, publié en 2000, est un plan d'action pour dix ans. Il définit des mesures visant à mettre les patients au centre du service de santé et promettant 6,3 % d'augmentation annuelle des ressources dévolues au NHS sur une période de cinq ans (jusqu'en 2004 compris)¹.

Il promet :

- Une augmentation du rôle et de l'information des patients,
- Une augmentation du nombre d'hôpitaux et de lits,
- Une augmentation du nombre de médecins et d'infirmières,
- Une diminution du temps d'attente avant l'obtention d'un

rendez-vous de consultation d'hospitalisation,

- Des services plus propres, une amélioration de la nourriture et des prestations non médicales à l'hôpital,
- Une amélioration des soins aux personnes âgées,
- Des standards plus stricts pour les institutions du NHS et de meilleures récompenses pour les meilleurs d'entre eux.

Pour la mise en œuvre, il a été décidé :

- de cibler les maladies les plus tueuses telles que le cancer et les maladies cardio-vasculaires,

- de pointer les changements qui sont les plus rapidement nécessaires pour améliorer la santé et le bien-être de la population et pour dispenser des services modernes, justes et adaptés aux besoins.

Cependant, cette restructuration des services s'est majoritairement focalisée sur l'accès aux soins curatifs. En juin 2004, le NHS Improvement Plan modifie le plan original et donne une plus grande importance à la santé publique et aux soins de prévention. 🌿

¹. Augmentée en 2002 à 7,4 % par an et étendue jusqu'en 2007 compris.



- Réduire les inégalités de santé de 10 % d'ici 2010 (par rapport à la période 1997-1999) mesurées par la mortalité infantile et l'espérance de vie à la naissance.

- S'attaquer aux déterminants de la santé et des inégalités en :

- réduisant le tabagisme chez les adultes (de 26 % en 2002) à au plus 21 % en 2010 avec une réduction de la prévalence chez les travailleurs manuels (de 31 % en 2002) à au plus 26 % ;

- stoppant la croissance de l'obésité infantile chez les moins de 11 ans d'ici 2010, dans le contexte d'une stratégie plus large de réduction de l'obésité dans la population générale (objectif commun au ministère de l'Éducation et au ministère de la Culture, des Médias et du Sport) ;

- réduisant de 50 % le taux de grossesses chez les moins de 18 ans (par rapport à 1999) dans le contexte d'une stratégie plus large d'amélioration des habitus sexuels (objectif commun au ministère de l'Éducation).

La mise en œuvre

Des priorités nationales en matière de santé sont ainsi définies et des objectifs opérationnels leur sont assignés. Afin de les atteindre, des programmes nationaux sont mis en œuvre, comme par exemple le programme « Smoking Kills » (fumer tue), mis en place dès 1998. Certains, tel le développement de l'éducation nutritionnelle par la distribution de fruits pour les 4 à 6 ans dans les écoles, sont communs à plusieurs ministères et demandent la collaboration des services sociaux et/ou scolaires.

La réorganisation des services relatifs aux domaines définis par les priorités de santé respecte les autres priorités de la réforme en matière d'accès aux soins et de raccourcissement des délais d'attente. À cet effet, des programmes cadres nationaux, les National Service Frameworks (NSF), définissent les grandes lignes de l'organisation des services.

Les National Service Frameworks

Ils définissent des standards et des objectifs nationaux à respecter pour l'organisation des soins dans un champ spécifique et proposent des stratégies pour aider au développement et à l'amélioration des services de santé

curatifs comme préventifs dans le champ qu'ils traitent. Le plus souvent, ils impliquent une collaboration avec les services sociaux.

Ils couvrent les thèmes relatifs aux grandes priorités de santé et, dans le cadre de la réduction des inégalités, ils développent également une approche populationnelle en ciblant des groupes particulièrement fragiles : personnes âgées et enfants.

Cependant, d'autres thèmes sont abordés pour l'organisation des soins pour la population porteuse de pathologies chroniques et pour des pathologies spécifiques : diabètes et maladies rénales (lire encadré).

Les plans locaux : Local Delivery Plans

Ce sont les institutions sanitaires locales, en l'occurrence les Primary Care Trust (PCT), qui ont en charge d'organiser les services dans le cadre des NSF en collaboration avec leurs partenaires locaux (services sociaux, services de l'Éducation nationale, services de l'aménagement urbain, associations...) et les équipes de soins.

En effet, l'une des composantes importantes de la réforme fut de transférer la responsabilité de l'organisation du NHS au niveau local : 303 PCT gèrent 80 % du budget du NHS et sont responsables de l'organisation des services de soins primaires, de l'accès aux soins secondaires et de l'amélioration de la santé pour la population qu'ils couvrent (en moyenne, 150 000 personnes). À ces fins, ils doivent élaborer des Local Delivery Plans (plans locaux d'organisation des soins) qui prennent en compte, d'une part, les objectifs de santé publique et les standards d'organisations des soins définis au niveau national et, d'autre part, les particularités locales en matière de besoins de santé.

Ils peuvent être aidés à cet effet par les Regional Public Health Observatories qui, comme les observatoires régionaux de la santé français, publient des données locales sur la santé et la consommation de soins de la population, mais s'avèrent également être un support méthodologique à la déclinaison locale des mesures imposées par les NSF.

À un niveau intermédiaire, les NHS Strategic Health Authorities (SHA) (au nombre de 28 et couvrant en moyenne 1,5 million de personnes) travaillent en collaboration avec les PCT pour l'élaboration des plans

Les National Service Frameworks

Première vague

Maladies coronariennes (2000)
Cancer (2000)
Santé mentale (1999)
Réanimation néonatale (1999)
Personnes âgées (2001)
Diabète (1999)

Deuxième vague

Services de néphrologie (2005)
Maladies chroniques (2005)
Enfants (2004)

d'action locaux, s'assurent de la bonne articulation de ces plans sur le territoire qu'elles couvrent et surveillent la performance des PCT pour ce qui concerne les objectifs et standards fixés dans leur plan.

Parallèlement au NHS, des organes de l'État relaient la politique de santé publique du ministère aux niveaux régional (9 groupements régionaux de santé publique) et local. Ils s'assurent, entre autres, du développement d'actions intersectorielles ciblées sur les déterminants de la santé et des inégalités les plus importants.

Les résultats et les évolutions

Début 2005, le Kings Fund a publié une évaluation externe des premières années de la réforme du NHS depuis l'arrivée des travaillistes. Il rapporte que la progression du nombre de lits, d'équipements et de personnel pour traiter les cancers, maladies cardio-vasculaires et les maladies mentales correspond aux objectifs. La mortalité pour ces mêmes pathologies décroît de façon substantielle, mais cette tendance existe depuis plusieurs décennies et la part attribuable aux programmes existants est difficile à mesurer. Le programme d'arrêt du tabac semble en bonne voie pour remplir ces objectifs. Cependant, dans les statistiques, les personnes sont considérées sevrées après seulement quatre semaines d'arrêt (un taux de succès moins important est donc

à prévoir à plus long terme). Le programme visant à modifier les consommations de fruits et légumes mis en place dans les écoles ne montre pas de résultats tangibles en termes de consommation ; l'obésité ne semble pas reculer et la population ne paraît pas avoir augmenté son niveau d'activité physique.

En fait, il apparaît que la décentralisation de la mise en œuvre avec gestion des budgets au niveau local est extrêmement encadrée par des politiques nationales. Le trop grand nombre des objectifs et standards nationaux limite l'adaptation des PCT aux besoins locaux. En effet, ces institutions n'ont souvent pas la masse critique nécessaire en ressources humaines pour, d'une part, y répondre et, d'autre part, définir des priorités locales à intégrer en plus dans leur plan d'action. De plus, la réduction des listes d'attentes avant traitement fut rapidement l'objectif principal de la réorganisation des services faisant passer les actions de prévention au deuxième plan. C'est pourquoi, en 2004, le NHS Improvement Plan réoriente la mise en œuvre de la réforme en proposant un nombre moins important de standards et objectifs nationaux, pour laisser la place aux priorités locales, et insiste sur le développement des actions de prévention et de réduction des inégalités de santé visant à faire du NHS un service de santé à part entière et non un service réduit aux soins aux malades. 🌿

La programmation sanitaire au Québec : trop de cuisiniers gâchent le potage

Le Québec, comme les autres provinces canadiennes, en disposant de son propre parlement, du pouvoir de légiférer et de lever des impôts et taxes, jouit d'une forte décentralisation politique face au gouvernement fédéral. En regard du domaine de la santé, compte tenu de son interprétation des dispositions de la Constitution canadienne, il estime pouvoir assumer seul la pleine responsabilité de son système de santé. Ainsi, les différents gouvernements qui se sont succédé à la tête de l'État québécois ont régulièrement remis en cause les actions du gouvernement fédéral dans ce domaine au Québec.

Après avoir esquissé comment sont mises en œuvre les interventions du gouvernement fédéral en matière de santé, l'article décrit la manière dont, depuis le début des années quatre-vingt-dix, les différents gouvernements du Québec ont planifié et mis en œuvre la programmation sanitaire.

Les programmes fédéraux au Québec

En matière de santé, les programmes proposés par le gouvernement fédéral font souvent l'objet d'après

négociations avec les gouvernements des provinces, particulièrement avec celui du Québec. À titre d'exemple, dans le cas du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) proposé en 1992, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec exige tout d'abord un transfert inconditionnel de fonds de la part de son homologue fédéral, considérant la présence du fédéral incompatible avec ce que lui reconnaît la Constitution en matière de santé. Le ministre évoque aussi le fait qu'il vient d'élaborer son propre plan Action jeunesse (1992) et que la Politique de la santé et du bien-être, adoptée en 1991, identifie quatre objectifs prioritaires concernant directement la question de l'enfance, objectifs qui ne sont pas les mêmes que ceux figurant au programme fédéral. Après des négociations qui auront duré plus d'une année, les deux gouvernements signent un protocole d'entente le 13 mai 1993. Le gouvernement fédéral accepte d'inscrire son action dans le respect des orientations et priorités du Québec, de ses lois et des règlements régissant l'organisation de ses services. Il consent également à éviter les chevauchements et à ne pas réduire les sommes allouées

Jean Turgeon

Professeur titulaire,
École nationale
d'administration
publique, Québec
Olivier Choinière
Assistant de
recherche à l'Enap



Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 69.

à d'autres programmes fédéraux existants. Enfin, il accepte une implication des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec (RRSSS) à différents moments du processus décisionnel, une première pour le gouvernement fédéral. Le protocole d'entente du PACE au Québec a servi de modèle à ceux des autres provinces et ultérieurement à la mise en place d'autres programmes fédéraux, notamment le Programme canadien de nutrition prénatale [61].

Ce *modus operandi* est assez représentatif de la manière dont les choses se passent lorsque le gouvernement fédéral propose de nouveaux programmes dans des champs de compétence des provinces, programmes qu'il désire (ardemment...) similaires « d'un océan à l'autre ».

Les propositions d'actions et les initiatives *made in Québec*

Le début des années quatre-vingt-dix

En août 1991, en écho au rapport de la Commission québécoise d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1985-1987), le gouvernement du Québec adopte la loi sur les services de santé et les services sociaux. Les principaux objectifs de cette législation sont de pousser plus loin le processus de décentralisation vers les régions, de s'assurer que le système sociosanitaire va mieux répondre aux besoins changeants de la population en recourant à de nouvelles pratiques et en s'appuyant sur les progrès de la technologie, de réorganiser le système en fonction de services davantage intégrés, continus et complémentaires sur des bases locale et régionale, de mettre l'accent sur la prévention et la promotion de la santé, d'accentuer le virage ambulatoire et enfin d'améliorer l'efficacité du réseau sociosanitaire public. Les grands paramètres de la réforme à venir et d'une nouvelle programmation sanitaire sont dorénavant connus.

Dès l'année suivante, le ministère adopte la loi sur le Conseil de la santé et du bien-être et fait connaître sa Politique de la santé et du bien-être (PSBÉ). Cette dernière est alors considérée comme avant-gardiste, étant l'une des premières politiques à être élaborées dans la foulée du mouvement international « Santé pour tous », lancé sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé vers la fin des années soixante-dix. La PSBÉ identifie dix-neuf problèmes prioritaires de santé et de bien-être et fixe, pour chacun d'eux, un objectif de résultat à atteindre d'ici 2002. Elle définit six grandes stratégies à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs. Ces stratégies consistent à agir sur les principaux déterminants de la santé, à intensifier les efforts auprès des groupes vulnérables, à harmoniser les politiques publiques et à orienter le système vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses. Ces stratégies sont assorties de quatre-vingt-onze engagements ministériels. Le ministre indique également vouloir concevoir des programmes de façon à intégrer

l'ensemble des activités destinées à une clientèle ou à une problématique particulières pour lesquelles sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières. Durant les années quatre-vingt-dix, des efforts ont été entrepris pour mettre en place une telle approche, notamment pour élaborer des programmes-clients, pour développer des systèmes d'information clientèle et pour déterminer des enveloppes budgétaires régionales sur la base de ces programmes-clients. Dans l'ensemble, cependant, cette nouvelle approche de gestion n'a pas connu, concrètement, d'avancées majeures durant cette période.

Tout comme ce fut le cas au niveau fédéral, les initiatives prévues à la PSBÉ concernant l'inventaire et la diffusion de données sur la santé des Québécois ont été celles qui ont le plus progressé durant la décennie 1990. En effet, selon une récente évaluation de la mise en œuvre de la PSBÉ, « c'est du côté du suivi des indicateurs de santé et de bien-être, des enquêtes de Santé Québec et du développement de la recherche que les actions prévues à la Politique ont sans doute été le plus complètement réalisées et ont été maintenues de la façon la plus constante durant toute la période observée » [51]. Cependant, tout ne s'est pas déroulé aussi bien en ce qui concerne les autres éléments de la programmation contenus à la PSBÉ.

La multiplication des initiatives ministérielles en matière de programmation sanitaire

Un contexte difficile a tôt fait de contrecarrer la mobilisation initiale des acteurs régionaux et locaux autour de la Politique et des plans d'action régionaux qu'ils avaient élaborés. En fait, par vagues successives et au gré des changements de ministres, d'autres initiatives sont venues s'ajouter et court-circuiter, pour ainsi dire, la mise en œuvre de la Politique de 1992, tout cela sur fond de résorption drastique du déficit budgétaire du Québec.

Identifions tout d'abord dès 1994 le « Défi Qualité-Performance », une opération stratégique en trois volets. Un premier document ministériel, le Plan triennal d'orientations 1994-1997, définissait pour le réseau la direction à prendre afin de consolider les fondements de la réforme, d'actualiser la PSBÉ et d'accroître la performance de l'ensemble du système. Second volet : une série sans précédent de compressions budgétaires, évoquée sous le titre sibyllin « améliorations d'efficacité et de performance ». Le troisième volet était contenu dans un document d'orientation portant sur les cibles budgétaires à atteindre et les réductions d'effectifs à réaliser pour la période 1994-1997.

Par la suite, un autre plan d'action ministériel a conduit à l'élaboration, dans chacune des régions, des plans de transformation 1995-1998. Au terme de ces plans, le ministère demanda à chacune des régies régionales d'élaborer un nouveau plan triennal 1998-2001, afin de faire le pont entre les mesures mises en place au cours des trois années précédentes et de nouvelles

mesures destinées à consolider le réseau de services de santé et sociaux.

L'adoption en 1997 des Priorités nationales de santé publique (PNSP) représente pareillement un important exercice de programmation venu s'ajouter à celui de la PSBÉ. À partir de janvier 1995, le ministère et les directions régionales de santé publique situées dans les régions régionales entreprirent l'élaboration des PNSP. Cette démarche, parallèle à la mise en œuvre des plans d'action régionaux de santé et de bien-être, réussit à prendre forme en s'inspirant des priorités et des stratégies énoncées dans la PSBÉ, tout en formulant des objectifs plus précis sur les résultats intermédiaires à atteindre.

En 2000, le gouvernement du Québec met sur pied la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux en évoquant l'obligation de réajuster le tir face aux défis qui s'annoncent à l'aube du *xxi*^e siècle. La Commission réaffirmera l'importance de la prévention, la responsabilité du citoyen à prendre en charge sa propre santé et recommandera quatre-vingt-quinze avenues de solution visant principalement à établir une distinction nette entre la régulation politique et administrative, à renforcer les soins de première ligne et à offrir une prestation de services globale et intégrée [4].

La même année, une importante réforme de l'administration publique québécoise est initiée avec l'adoption de la loi sur l'administration publique (LRQ, chapitre A-6.01). Cette législation affirme la priorité accordée par l'administration gouvernementale, dans l'élaboration et l'application des règles d'administration publique, à la qualité des services aux citoyens. Elle instaure pour ce faire un cadre de gestion par résultats et sur le respect du principe de la transparence.

En 2001, dans la foulée de cette initiative, une loi propre au domaine sociosanitaire est adoptée (LRQ, chapitre 24, loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux). Concernant la programmation sanitaire, la loi prévoit l'obligation pour une région régionale de soumettre au ministre, pour approbation, un plan stratégique triennal d'organisation des services et la conclusion d'ententes de gestion et d'imputabilité entre la région régionale et le ministre, et entre la région régionale et les établissements publics.

En 2002, le Québec adopte la loi sur la santé publique. L'année suivante, le Programme national de santé publique 2003-2012 est adopté à son tour. Ce programme identifie six domaines d'intervention : le développement, l'adaptation et l'intégration sociale ; les habitudes de vie et les maladies chroniques ; les traumatismes non intentionnels ; les maladies infectieuses ; la santé environnementale ; la santé en milieu de travail. Enfin, le gouvernement a confié en décembre 2003 à des agences régionales, qui succèdent aux régions régionales, le mandat d'organiser sur leur territoire des services intégrés par la création de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dont chacun coordonnera, pour sa portion du territoire régional, les

activités des producteurs de services qui sont destinés à la population de son territoire en créant des liens au moyen d'entente ou d'autres modalités avec les producteurs de services de première ligne du territoire, dont les médecins de famille et les producteurs de services spécialisés et surspécialisés [28].

Conclusion

Une certaine confusion prévaut actuellement au sein du réseau québécois de la santé en ce qui concerne la programmation sanitaire. En effet, la Politique de la santé et du bien-être de 1992 constitue toujours une référence de premier plan dans la planification et l'orientation de services sociosanitaires. Toutefois, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a toujours pas statué sur le renouvellement de la Politique. De plus, le ministère s'appuie également sur le Programme national de santé publique 2003-2012 pour répondre aux différents besoins de la population. À ce titre, les régions sociosanitaires sont tiraillées entre deux orientations ministérielles, et ce, dans un contexte de réforme majeure les pressant de restructurer l'offre de services sociosanitaires de première ligne autour de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. En somme, il semble qu'au fil des années et des ministres qui se sont succédé à la tête du ministère, ces nombreuses initiatives de programmation sanitaire ont produit un grand nombre de priorités sans trop de souci d'éviter les chevauchements. 🌿



tribunes

Le pouvoir, les incitations, la confiance

**Pourquoi
les politiques
de santé sont-
elles si difficiles
à mettre en œuvre ?
Quel doit être le rôle
du pouvoir politique ?
Comment obtenir
l'adhésion des acteurs
aux propositions
de réforme ?**

*Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 69.*

Pierre-Gerlier Forest
Ph. D., expert scientifique en chef,
titulaire invité de la chaire G. D. W.
Cameron, Santé Canada

Le rapport Lalonde de 1974 était porteur d'une nouvelle perspective, fondée sur une vision globale de la santé humaine connue sous le nom d'approche des « déterminants » : un idéal où l'intégration des pratiques, la continuité des soins et l'étendue des services offerts permettaient de venir à bout des inégalités de santé [45]. La mise en œuvre de cet idéal a été tentée un peu partout, grâce au double relais de la charte d'Ottawa et des prises de positions des organisations internationales, notamment l'OMS. Trente ans plus tard, le bilan est partagé, sans être négatif. Aucun pays ne peut prétendre que son système de santé réalise les objectifs du rapport Lalonde. Mais on s'en approche bien, ici ou là, grâce à un long processus d'ajustement et surtout, d'apprentissage.

L'influence des politiques

Le rapport Lalonde reconnaissait l'influence primordiale des politiques publiques sur la santé d'une population. Cela semble si évident aujourd'hui qu'on mesure mal le caractère novateur de cette idée. La découverte était pourtant remarquable : de l'affirmation que la santé ne se limitait pas aux soins médicaux découlait que la politique de santé ne s'arrêterait pas non plus à l'organisation des soins et des services, fussent-ils orientés vers la prévention. Il fallait désormais passer au crible chaque intervention gouvernementale, de la politique fiscale à la politique agricole, pour en soupeser les effets sur la santé. Il fallait surtout inventer des instruments qui permettent d'agir efficacement sur les déterminants, dans le but de réduire les inégalités à la source.

Or, pendant longtemps, on a cru qu'il

existait un lien univoque et simple entre un déterminant et un instrument de politique. Pour changer les habitudes de vie, par exemple, on suggérait l'usage massif et systématique de la « persuasion », ce qui nous a valu nombre de campagnes d'information et de promotion. On ne voyait pas d'autre cible, pour la recherche, que le substrat biologique des états de santé, créant du même souffle un déficit important dans nos connaissances sur les organisations et les systèmes chargés de prendre en charge les avancées scientifiques et techniques. Les réformes des services de santé furent imposées à des professionnels et à des usagers que nul ne prenait le soin de former ou d'informer, sous le prétexte qu'on savait ce qu'il fallait faire et qu'il suffisait donc d'agir pour réussir. On usa peu des lois et de la réglementation, se bornant à intervenir quand menaçait un risque évident et attesté.

En réalité, la pratique était plus complexe que ne le prévoyait une théorie encore un peu fruste. Certains instruments avaient des effets multiples, permettant de cibler non pas un, mais plusieurs déterminants du même souffle. Le recours généralisé à la régionalisation de l'action sanitaire et sociale est indissociable de cette découverte, qui fait maintenant comparer la régionalisation à un « couteau suisse » de la politique de santé. On réalisa aussi que la maîtrise des interactions entre différents instruments n'allait pas de soi et ne se limitait jamais à une simple addition — dans quelques cas limites, comme on l'a vu à des moments de l'histoire de la lutte antitabagique, l'effet combiné de deux instruments pouvait s'annuler et même, chez certains groupes, produire des résultats contraires aux attentes. On réalisa

enfin que le choix et l'usage des instruments de politique ne pouvaient pas être abandonnés à la bonne volonté des acteurs de santé publique, mais exigeaient des mécanismes de gouvernance appropriés, faisant une large place à l'expression du leadership politique, y compris dans l'appréciation des risques.

Une fois encore, on peut voir cette idée comme une évidence, mais il y a trente ans, le point de vue dominant tenait la politique pour un obstacle au bon progrès de la santé publique. Chaque initiative avortée, chaque échec, chaque réforme ratée étaient mis au compte d'une « intervention politique », réputée avoir troublé la bonne marche d'un projet guidé par la meilleure expertise. Dans un monde où l'on rêvait de changement « planifié » et de consensus « large », la politique était spontanément associée au désordre et aux divisions sociales, quand ce n'était pas tout simplement à une sorte de vaste conspiration des ignorants contre la raison. Or dans bien des cas, il en fut tout autrement : seul le pouvoir politique était à même de briser les barrières professionnelles, de déborder les habitudes bureaucratiques, de viser au cœur de puissants groupes d'intérêt. Même le public avait besoin parfois d'être bousculé ou d'être placé devant des choix difficiles, qu'il aurait spontanément évités [24].

Bien faire et comment ?

Un détour par la théorie des organisations peut nous donner des moyens de tirer profit de l'expérience acquise [3]. La conscience des dimensions politiques de l'action sanitaire devrait ainsi se traduire par une approche plus directe des phénomènes de pouvoir. Il importe aussi de rechercher les incitatifs qui pousseront les acteurs à accompagner le changement plutôt qu'à s'y opposer. On s'intéressera enfin à la question de la confiance, sans laquelle l'action collective est vouée à l'impasse. Car il ne suffit pas d'appeler au leadership des élites politiques ; il faut aussi qu'elles soient écoutées et suivies...

À l'inverse du point de vue traditionnel, hostile à la politique, l'approche nouvelle encourage donc l'expression du pouvoir à tous les niveaux du système de santé. La dévolution des responsabilités vers de nouveaux centres d'autorité est d'ailleurs une tendance universelle — les régions, par exemple, mais cela va jusqu'aux unités de soins dans les organisations de santé. Cette dévolution amène pourtant son lot de paradoxes et de complications [25]. Ainsi l'expérience a montré qu'une décentralisation réussie requiert un pouvoir central fort, capable de briser les résistances et de contrer

les forces centralisatrices : on n'accorde pas la dévolution des pouvoirs, on l'impose, dans le pays et dans l'hôpital ! Quant au changement lui-même, il est vrai qu'il se produit volontiers dans des structures plus petites et dont l'environnement limité est plus facile à maîtriser, mais en revanche, il se diffuse alors moins aisément et s'expose donc à être éphémère.

Considérons aussi la question des incitatifs. Longtemps on a cru que les acteurs obéissaient à des motivations assez simples, parmi lesquelles figuraient au premier chef les questions d'argent. Mais les patients, les professionnels de la santé ou même les administrateurs ne sont pas des êtres moins complexes que les lecteurs de cette publication. Ils répondent donc à un large spectre d'incitations, parmi lesquelles les considérations économiques cèdent le pas à d'autres préoccupations : la générosité, la solidarité, la curiosité, l'inquiétude face à l'avenir, la quête de résultats tangibles, le sentiment qu'un comportement donné devrait être sanctionné. Dans cette optique, inventer des façons de faire moins simplistes et moins brutales pourrait bien faire toute la différence dans les efforts de mobilisation entrepris par les pouvoirs publics.

Une fois réformées les structures et définis les nouveaux incitatifs, un problème pourrait continuer à paralyser les efforts de transformation du système de santé. Tant de promesses d'amélioration ont été trahies dans le passé qu'il ne faut pas en vouloir aux professionnels ou à la population de ne pas s'enthousiasmer pour le dernier virage à la mode. De plus, dans le public, la méfiance est nourrie par ce qu'il faut bien appeler de l'incompétence ou de la négligence. Partout où l'évaluation a été possible elle a révélé des écarts dans la qualité des soins et la sécurité des patients, et ce, indépendamment des ressources matérielles ou humaines disponibles. On peut aussi mentionner l'hostilité à peine voilée que manifestent certains ordres professionnels à l'égard de tous ceux qui se mêlent de leur demander des comptes ; dans une culture politique qui se passionne pour la transparence et l'ouverture, c'est pourtant une mauvaise façon de se faire des amis ou des alliés.

La confiance peut revenir. Elle suppose des engagements crédibles et des services dont la qualité clinique est attestée par des moyens modernes, mis en œuvre à grande échelle — des comparaisons systématiques, des analyses scientifiques, des audits sans complaisance. Elle demande l'adhésion des responsables politiques et administratifs à ce qu'on appelle une éthique de réciprocité, dans laquelle les comportements

attendus des patients ont une contrepartie exacte en matière d'information et d'imputabilité. Certains éthiciens, notamment dans le monde anglo-saxon, n'hésitent pas à parler ici d'une éthique de « canot de sauvetage », pour marquer l'obligation faite à tous de se soumettre aux mêmes règles et de partager ensemble les conséquences de toute décision.

La confiance peut revenir. Mais elle repose en dernière instance sur le consentement actif de la population. Il s'agit de l'accord qui vient en réponse à l'engagement des gouvernements de changer les politiques, les responsables administratifs et les façons de gouverner, si telle est la conséquence de la participation publique. Par une sorte de vice de fonctionnement dans nos démocraties, nos dirigeants cèdent plus volontiers aux sautes d'humeur de l'opinion publique qu'aux demandes sagement pesées issues des consultations. Des centaines d'expériences ont montré de manière probante qu'il est possible de fonctionner d'une autre manière et qu'un consensus profond et durable peut en résulter.

Un dernier mot

Dans le contexte qui vient d'être évoqué, de nouvelles sortes de ressources politiques et sociales deviennent importantes pour assurer la participation de tous à l'avenir de nos sociétés. Une redistribution de l'autorité et une inscription claire du principe de solidarité dans nos institutions devraient assurer la pérennité d'une certaine forme d'équité. Le fonctionnement démocratique est pour sa part plus menacé, car la méfiance et l'insécurité (réelle ou perçue) n'encouragent pas la participation. Le caractère central des programmes et des systèmes de santé dans le contrat social, qui définit nos sociétés libérales, nous crée l'obligation de mettre tout en œuvre pour utiliser les leviers disponibles pour briser la méfiance et pour rassurer les citoyens sur leur avenir.

Réciproquement, il est utile de rappeler aux dirigeants politiques et aux responsables économiques que l'autorité qu'ils exercent n'est rien si le tissu social se défait et si les conflits entre groupes d'âge, entre groupes sociaux ou entre groupes ethniques en viennent à mettre en cause le fonctionnement des institutions. La santé en ses multiples aspects joue ici à son tour le rôle d'un déterminant. C'est d'ailleurs ce qu'avait pressenti Marc Lalonde dans le rapport qui porte désormais son nom : « *La santé est l'assise du progrès social. Les citoyens d'un pays ne peuvent tirer pleinement partie de la vie et n'être heureux que dans la mesure où ils jouissent d'une bonne santé.* » 🌿

Les médecins généralistes et la mise en œuvre de la politique de santé publique

Un ensemble de tâches de santé publique pourraient être réalisées par les professionnels de santé libéraux dans le cadre d'un « contrat sanitaire ».

Richard Bouton
Médecin généraliste,
ancien président de MG-France,
consultant dans le domaine de la
santé et de l'assurance maladie

Les médecins généralistes, dans leur mission de soins primaires auprès des individus qui s'adressent à eux, assument de fait collectivement un rôle essentiel dans l'organisation des soins et la sécurité sanitaire de la population.

L'importance de cette présence sanitaire se remarque d'ailleurs quand elle fait défaut, soit de façon permanente, comme cela est observé dans certaines zones rurales, soit de façon épisodique, en l'absence de permanence des soins.

Mais, outre le fait que cette présence sanitaire participe en soi à la santé publique, les médecins généralistes contribuent concrètement à un ensemble d'actions dans le domaine de la prévention.

Cette contribution est cependant très hétérogène, à l'image de l'ensemble de la pratique des médecins généralistes insuffisamment formatée par un enseignement initial peu spécifique, en dépit de la création d'un 3^e cycle de médecine générale.

Il est d'ailleurs assez surprenant de constater qu'en France ce 3^e cycle ne comporte justement pas de module consacré à la santé publique, à l'inverse de ce qui est observé dans la plupart des pays développés.

La contribution des médecins généralistes à la santé publique

Les actions de santé publique individuelles qui entrent dans le cadre du paiement à l'acte

Celles-ci sont réalisées par l'ensemble des médecins généralistes car elles contribuent de manière significative à l'équilibre économique

des cabinets médicaux en dehors des épisodes épidémiques :

- les vaccinations,
- le dépistage de certains cancers (utérus, colorectal, sein, prostate),
- parfois, la réalisation de frottis de dépistage,
- le dépistage du VHC, VIH,
- le suivi à long terme de pathologies chroniques et donc la prévention tertiaire du diabète, de l'asthme, de la bronchiolite, de l'hypertension artérielle, etc.,
- les examens systématiques de la petite enfance et les renseignements du carnet de santé,
- les certificats prénuptiaux,
- parfois la surveillance de la femme enceinte,
- les certificats d'aptitude à la pratique du sport.

Les actions de santé publique en périphérie du colloque singulier médecin/malade

Celles-ci ne sont réalisées que par une partie des médecins généralistes, car elles ne sont pas directement rémunérées. Elles interviennent à l'occasion d'une consultation, de surcroît, en quelque sorte à un acte forfaitairement rémunéré :

- dépistage et prise en charge de l'obésité, notamment chez l'enfant,
- dépistage et prise en charge des troubles du langage chez l'enfant,
- écoute des adolescents (dépistage des conduites addictives, sexualité et contraception),
- santé mentale, dépistage et prise en charge de la dépression,

- accompagnement du sevrage tabagique,
- dépistage et prise en charge de la consommation excessive d'alcool,
- conseils alimentaires,
- lutte contre la sédentarité, recommandations d'activité physique,
- écoute des personnes âgées.

La participation à ces différentes actions nécessite un investissement particulier en termes de temps et de formation, peu compatible avec les conditions d'exercice actuelles des médecins généralistes. Pour les raisons que l'on devine, elles sont désertées par les médecins généralistes à forte activité et qui, de surcroît, exercent seuls.

Elles reposent donc, pour l'essentiel, sur la motivation personnelle des médecins généralistes, dépendent d'une « appétence » particulière pour certains thèmes et d'une certaine conception éthique de leur fonction.

Les actions de santé publique hors du colloque singulier médecin/malade

Ces activités, qui s'adressent à des populations spécifiques, nécessitent un travail en réseaux ou à tout le moins en équipes formalisées. Elles concernent aujourd'hui une minorité de médecins généralistes, car elles sont faiblement rémunérées ou bénévoles :

- les soins palliatifs et la prise en charge à domicile des patients en fin de vie,
- la prise en charge de patients toxico-manes,
- l'observation de la santé de la population et la veille sanitaire (réseau Grog),
- l'éducation pour la santé, l'information, la promotion de la santé,
- l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer,
- l'amélioration de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes.

Les actions de santé publique totalement incompatibles avec les conditions d'exercice actuelles de la médecine générale

Les médecins généralistes représentent l'essentiel de notre infrastructure sanitaire de base et, à ce titre, contribuent de façon non négligeable à la politique de santé publique.

Comme détaillée précédemment, leur implication est d'autant plus importante qu'elle s'inscrit directement dans leur cadre

d'exercice rémunéré que constitue le paiement à l'acte.

Mais, dans tous les cas, leur action ne concerne que les patients qui s'adressent à eux ou, à tout le moins, les populations de malades identifiés et pris en charge par le système de soins.

En effet, leur statut professionnel actuel leur interdit de prendre des initiatives de santé publique à l'égard de leurs propres patients hors de leur demande et *a fortiori* à l'égard de personnes qu'ils ne connaissent pas.

Ils sont donc dans l'incapacité :

- de faire des relances pour les rappels de vaccination (contrairement aux vétérinaires), ce qui constitue un sérieux obstacle à la conduite d'une politique vaccinale cohérente, voire à la gestion de certaines situations de crise (épidémies locales de méningite) ;
- de rappeler aussi à leurs patients ou patientes certains examens de dépistage périodique, ce qui constitue aussi un sérieux obstacle pour les campagnes de prévention de masse ;
- d'intervenir en amont par des conseils d'hygiène ou de prévention dans certaines circonstances de crise sanitaire. On a pu mesurer les effets de cette incapacité lors de la crise de la canicule. Plusieurs centaines de décès auraient sans doute pu être évités si les généralistes étaient intervenus auprès de leurs patients les plus âgés ou fragiles pour leur apporter les conseils nécessaires afin de prévenir ou lutter contre l'hyperthermie et adapter, le cas échéant, leurs traitements ;
- plus largement de participer à la chaîne des secours en cas de crise sanitaire majeure, comme on a pu s'en rendre compte lors de la catastrophe de l'usine AZF.

Ainsi, paradoxalement, on a confié de fait l'essentiel de notre maillage sanitaire de base aux médecins généralistes, alors que ceux-ci sont dans l'incapacité statutaire d'apporter leur concours en cas de péril sanitaire national.

Un contrat sanitaire pour les médecins généralistes libéraux

Face à ce constat et compte tenu des dispositions de la loi du 9 août 2004, une étude a été diligentée par la direction générale de la Santé intitulée : *Participation des médecins généralistes à la mise en œuvre de la politique de santé publique*.

Dans le cadre de cette étude ont été explorées les autres professions libérales pour lesquelles l'État avait explicitement délégué des tâches d'intérêt général.

Il apparaît en effet qu'il sera difficile d'impliquer davantage les médecins généralistes dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique ambitieuse tant que les éléments de leur statut professionnel (mode de rémunération, organisation de leur activité) n'auront pas été adaptés en conséquence et tant que ces tâches ne leur auront pas été explicitement déléguées.

En cela, l'étude des professions de notaires et surtout de vétérinaires libéraux est riche d'enseignements et peut être d'une certaine façon modélisante.

Les vétérinaires libéraux assurent en effet depuis 1960 la quasi-totalité de la politique de santé publique vétérinaire à travers un « mandat sanitaire » conclu avec les directions départementales des services vétérinaires (DSV).

Les activités réalisées au titre de ce mandat sanitaire sont rémunérées avec la participation du ministère de l'Agriculture sur la base de tarifs négociés et encadrés.

L'adhésion à ce mandat sanitaire est volontaire mais compte tenu des retombées financières directes ou indirectes qu'il induit, il a été conclu par 8 000 vétérinaires libéraux sur les 10 000 en exercice.

Les DSV modulent évidemment le contenu du mandat sanitaire compte tenu des priorités locales de santé vétérinaire et celui-ci est logiquement plus important pour les vétérinaires d'exercice rural. Ainsi, les activités liées au mandat sanitaire induisent encore près de 30 % des revenus des vétérinaires ruraux.

Au cours des différentes rencontres organisées lors de l'étude réalisée pour la DGS (organismes d'assurance maladie, agences sanitaires, représentants professionnels, etc.), il est apparu que le concept consistant à déléguer aux médecins généralistes libéraux un ensemble de tâches de santé publique en s'inspirant du mandat sanitaire des vétérinaires rallie une rare unanimité.

L'intérêt de confier, sous forme de « mandat » ou « contrat », la réalisation d'un ensemble cohérent de tâches de santé publique aux professionnels de santé libéraux a en outre été expressément souligné par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

En prenant en compte les remarques et suggestions des différentes institutions rencontrées, les souhaits des médecins généralistes ou de leurs représentants, tout en s'inspirant du mandat sanitaire des vétérinaires et de son actuelle évolution, on peut esquisser les objectifs et le contour de ce que pourrait être le « contrat sanitaire » des médecins.



Les objectifs du contrat sanitaire

La mise en place d'une infrastructure de santé publique

La loi du 9 août 2004 définit le champ d'application de la santé publique et les conditions de son élaboration. Elle précise également quels sont ses instruments d'intervention pour les actions de prévention et pour la veille sanitaire, ainsi que pour la réponse aux situations d'urgences sanitaires. Dans ses différents articles, s'il est fait mention de la participation des professionnels de santé; la loi n'en précise pas les modalités.

Pourtant, sauf à imaginer la mise en place d'une lourde infrastructure d'effecteurs de santé publique, salariés de l'État, la réussite de la politique de santé publique est directement assujettie à la participation des professionnels de santé libéraux.

Le principe du contrat sanitaire, en apportant une réponse à cette question, rendrait opératoires les dispositions de la loi du 9 août 2004.

La réponse à une crise professionnelle profonde

Décrite depuis plusieurs années déjà, cette crise atteint aujourd'hui son paroxysme en termes de démotivation de certaines catégories de professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes. Elle s'est d'abord manifestée par le mouvement de grève des gardes de nuit et jours fériés lors de l'hiver 2001-2002. Les fortes revalorisations tarifaires accordées à cette occasion n'auront pas permis de résoudre au fond le malaise de la profession, comme en témoignent les difficultés persistantes dans l'organisation de la permanence des soins.

D'après toutes les structures de généralistes rencontrées au cours de cette étude, les deux causes profondes de cette crise professionnelle sont justement la perte de sens de leur profession ainsi que l'inadaptation de leur statut professionnel et de leurs conditions d'exercice.

L'instauration d'un contrat sanitaire pour les généralistes permettrait de résoudre en partie ces problèmes.

L'aménagement sanitaire du territoire et la permanence des soins

Plus préoccupant encore : quand finalement les jeunes franchissent le pas de l'installation, ils ne remplacent pas les anciens à leur poste. C'est ainsi que, bien que la démographie des généralistes soit stable depuis ces cinq

dernières années, on observe la constitution de zones de désertification médicale en milieu rural, atteignant parfois des régions entières, ainsi que dans certaines banlieues de grandes agglomérations.

Plusieurs dispositifs d'aide à l'installation ou au maintien dans certaines zones ont déjà été expérimentés avec peu de succès, n'étant pas considérés comme suffisamment attractifs et surtout fiables et pérennes par les médecins.

L'intérêt d'intégrer ces aides dans le contrat sanitaire des généralistes concernés est évident. L'importance au plan de la santé publique de la présence de médecins généralistes sur l'ensemble du territoire serait ainsi reconnue et l'outil utilisé pour y parvenir beaucoup plus fiable car statutaire.

L'organisation de la permanence des soins qui dépend directement de la démographie médicale locale s'en trouverait ainsi grandement facilitée.

Les conditions d'adhésion au contrat sanitaire

Adhésion volontaire

S'agissant d'une délégation par l'État de tâches de santé publique, dont la responsabilité incombe à celui-ci, conformément à la loi du 9 août 2004, les médecins libéraux devront les réaliser dans un cadre et des conditions strictement définis. L'essence même de leur statut libéral justifie en conséquence qu'ils adhèrent volontairement à ce cadre et à ces conditions établis par les organismes habilités par l'État. Ce même principe du volontariat est retenu concernant le mandat sanitaire des vétérinaires libéraux.

Des garanties de formation

L'actuel cursus de formation initiale des médecins ne comporte pas de module spécifiquement consacré à la santé publique. L'adhésion au contrat sanitaire pourrait donc être conditionnée à la participation régulière à des formations spécifiques conçues et réalisées par des organismes agréés par le Conseil national de la formation médicale continue. Il est d'ailleurs à noter que cette condition de formation continue est actuellement envisagée dans le cadre de la réforme du mandat sanitaire des vétérinaires.

La mise en œuvre et le pilotage du contrat sanitaire

Dans la logique de la loi du 9 août 2004, il appartiendrait à l'État, par l'intermédiaire du ministère de la Santé, de négocier, avec les représentants des généralistes, la structure

du contrat sanitaire, les avantages associés et les différentes situations de modulation de son contenu ou de sa rémunération. Il est d'ailleurs à souligner que cette éventualité correspond au souhait d'une majorité de

1 Un État garant de la politique de santé publique.

Garant de l'intérêt général, l'État l'est, par conséquent, de la protection de la santé et de la cohérence des initiatives des acteurs de santé (y compris les siennes) entre elles et avec les attentes des citoyens. Cette cohérence est d'abord garantie par les institutions que la loi met en place pour la bonne réalisation de chacune des étapes décrites, tant au niveau national, de sa responsabilité, qu'au niveau régional, défini comme le niveau territorial optimal de la coordination des acteurs de santé.

Dans ce cadre, sur proposition du gouvernement et après concertation avec les représentants des médecins libéraux, la loi définit le champ général du contrat sanitaire.

2 Le ministère de la Santé précise les différentes rubriques du contrat sanitaire et en négocie les modalités de réalisation.

Avec l'expertise du HCSP et après consultation de la CNS, le ministre de la Santé définit, au sein du champ général du contrat sanitaire, les rubriques qui concerneraient tous les médecins généralistes adhérents et les rubriques d'adhésion volontaire. Il en négocie les conditions de réalisation avec leurs représentants.

3 Le conseil régional définit les objectifs particuliers de la région en matière de santé publique.

Avec l'expertise de la conférence régionale de santé, le conseil régional arrête les objectifs prioritaires pour la région et adapte en conséquence le contrat sanitaire des médecins généralistes.

4 Le groupement régional de santé publique met en œuvre le contrat sanitaire ainsi adapté et en assure le suivi.

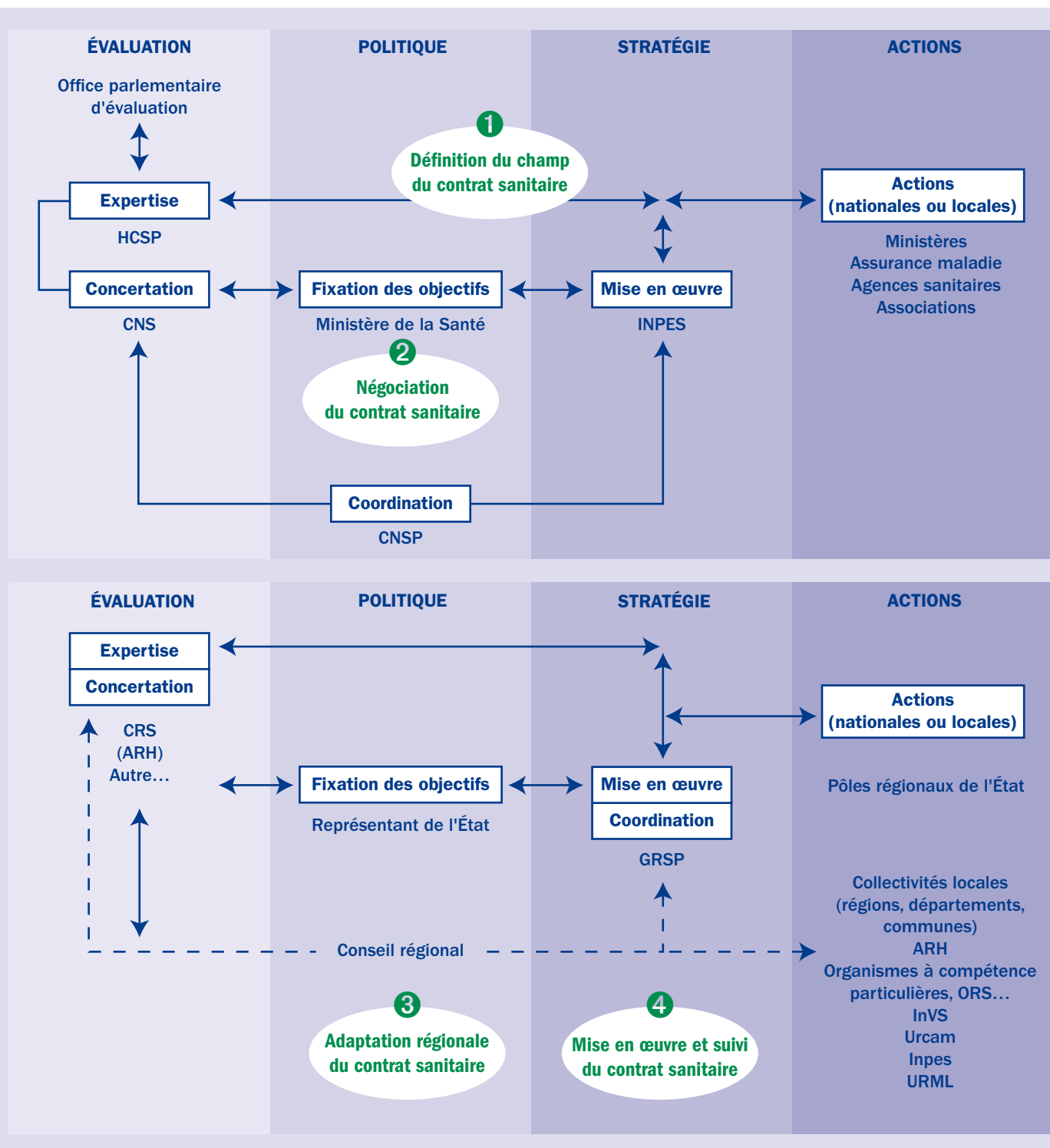
médecins généralistes ayant répondu à l'enquête réalisée.

Mais ces éléments n'étant pas sans rapport avec les autres activités des médecins entrant dans le cadre conventionnel, l'État pourrait

déléguer cette négociation à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Dans les deux cas de figure cependant, il serait nécessaire de créer une nouvelle enveloppe financière au sein du budget de l'assu-

rance maladie affectée au contrat sanitaire. Les différents organismes de santé publique pourraient assurer la gestion et le pilotage du contrat sanitaire suivant les schémas ci-dessous. 🌿



tribunes

La réglementation de l'usage du tabac, bilan et perspectives

La politique de lutte contre le tabac a près de trente ans. Bien qu'ayant fait l'objet d'attaques régulières, les mesures prises ont nettement contribué à la diminution du nombre de fumeurs.

Capucine de Bérard
Juriste
Albert Hirsch
Vice-président
Ligue nationale contre le cancer

La consommation de tabac est la première cause de décès prématurés évitables. Elle tue chaque année 66 000 personnes en France. Aucun produit de consommation courante, lorsqu'il est utilisé comme le prévoit le fabricant, n'est plus dangereux, ni ne tue autant que le tabac.

Les lois et règlements concernant ce produit témoignent depuis 1976 d'une incontestable audace politique à l'encontre d'une industrie puissante de dimension multinationale... Dans la continuité de ce mouvement, le Président de la République a déclaré, en mars 2003, la « guerre au tabac », inscrivant la lutte contre le tabagisme dans le cadre de la mobilisation nationale contre le cancer. En effet, plus de dix ans après l'adoption d'une législation pionnière en 1991, la loi « Evin »¹, la situation en France impose de rester vigilant.

Après les interdictions pionnières mais partielles formulées par la loi Veil votée en 1976, ouvertement contournées et violées par les cigarettiers, la loi Evin a marqué un tournant dans la lutte contre le tabagisme.

Les apports de la loi Evin

Le premier volet de ce texte fondamental² instaure une protection des non-fumeurs par la réglementation stricte de l'usage du tabac dans les lieux publics. Ces dispositions entendent limiter l'exposition des personnes au tabagisme passif. Ainsi un principe général d'interdiction de fumer dans tous les lieux

affectés à un usage collectif et tous les moyens de transports collectifs est posé, exception faite de la possibilité de réserver des lieux pour les fumeurs. Un décret en conseil d'État³ en précise les conditions d'application avec en particulier la description des lieux affectés à un usage collectif (lieux fermés et couverts accueillant du public, lieux de travail, lieux fréquentés par les élèves, etc.). Le décret prévoit également les conditions auxquelles doivent répondre les emplacements mis à disposition des fumeurs (signalisation, volume, ventilation, aération, nécessité d'assurer la protection des non-fumeurs, etc.).

Le second volet de la loi⁴ interdit et sanctionne par principe toute propagande et publicité en faveur du tabac : « *la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac ou des produits du tabac ainsi que toute distribution gratuite sont interdites* ». Le bien-fondé de l'interdiction générale de publicité du tabac a été contesté au moment du vote du texte par ses adversaires, qui dénonçaient l'atteinte au droit de propriété ainsi qu'à la liberté d'entreprendre. Le Conseil constitutionnel s'est donc prononcé et a décidé que les limitations dénoncées trouvaient leur fondement dans le principe constitutionnel de protection de la santé publique. Une victoire importante, tant il est évident que la publicité encourage la consommation de tabac. Quelques rares exceptions sont néanmoins mentionnées : dans un premier temps au profit des débitants de tabac (affichettes)

1. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991.

2. Codifié à l'article L. 3511-7 du Code de la santé publique.

3. Repris aux articles R. 3511-1 et suivants du CSP.

4. Articles L. 3511-1 et suivants du CSP.

puis au profit de la presse professionnelle, de la télévision et des sports mécaniques.

Enfin, la loi encadre le commerce et la production des produits du tabac⁵ avec en particulier des règles concernant les mentions obligatoires de conditionnement du produit, destinées à l'information des fumeurs. Le dernier volet de la loi a permis de sortir le tabac de l'indice des prix à la consommation.

Afin que la législation soit correctement appliquée, la loi Evin a prévu le recours à la sanction pénale et civile. Concernant l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les transports collectifs, l'article R3512-2 du Code de la santé publique (CSP) sanctionne d'une contravention de cinquième classe⁶ les exploitants de locaux et moyens de transport qui ne respectent pas leurs obligations. Quant aux fumeurs, ils sont punis d'une contravention de 3^e classe⁷ en cas d'infraction à la législation. Enfin, les violations des dispositions relatives à la publicité et à l'information du consommateur sont réprimées par l'article L3512-2 du CSP. Il s'agit d'une peine principale pouvant aller jusqu'à 75 000 euros d'amende, dont le maximum peut être porté à la moitié des dépenses consacrées à l'opération illégale. De surcroît, en cas de récidive, le tribunal a le pouvoir d'interdire la vente des produits ayant fait l'objet de l'opération illégale pendant une durée allant de un à cinq ans.

En plus de ces différentes sanctions pénales, la loi Evin a prévu⁸ la possibilité, pour les associations dont l'objet statutaire comporte la lutte contre le tabagisme, d'exercer les droits reconnus à la partie civile pour les infractions aux dispositions de la loi.

Les mesures récentes

Depuis 2003, soit plus de dix ans après l'entrée en vigueur de la loi, sous l'influence des directives européennes et dans le cadre du plan cancer, plusieurs modifications importantes sont intervenues et ont permis l'amélioration réelle du dispositif.

Au niveau européen, une directive⁹ du 5 juin 2001 a permis notamment la mise

en place d'avertissements sanitaires standard, uniformisés entre les États membres, ainsi que l'interdiction des appellations trompeuses (du type cigarettes légères, «mild»...). Cette directive a notamment été transposée par un arrêté du 5 mars 2003 et a entraîné la modification des articles L3511-1 du CSP (sur la définition des ingrédients, incluant le papier) et L3511-6 du CSP. La nouvelle réglementation des avertissements sanitaires standardisés (caractère Helvetica gras noir sur fond blanc, entourés d'un bord noir, couvrant une surface minimum du paquet, textes spécifiques, etc.) a permis notamment de mettre un terme aux tentatives insidieuses de contournement par les fabricants des avertissements sanitaires : dénaturation du message sanitaire par adjonction de la mention «selon la loi», ou encore reproduction des avertissements sanitaires en caractères non contrastant avec le fond du paquet de cigarettes rendant la mention illisible et inefficace.

Plus récemment, une directive¹⁰ européenne du 26 mai 2003 a permis une avancée importante dans la lutte contre la publicité du tabac. Cette directive est destinée à remplacer la directive du 6 juillet 1998¹¹ interdisant «toute forme de publicité ou de parrainage» en faveur du tabac dans la communauté, annulée par la Cour de justice¹² pour des raisons d'ordres techniques après un lobbying très efficace de l'industrie. La nouvelle directive, bien que constituant une avancée dans la protection de la santé publique au sein des États membres, demeure moins protectrice que la législation française. Cette directive a même entraîné la création d'une nouvelle exception à l'interdiction générale de publicité formulée à l'article L. 3511-3 du CSP au profit des services de communication en ligne destinés aux professionnels du secteur ou des services mis à disposition du public par des personnes établies dans un pays n'appartenant pas à l'Union européenne et non principalement destinés au marché communautaire.

Au niveau national, la loi¹³ du 31 juillet

2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes a modifié le Code de la santé publique en interdisant la vente et l'offre gratuite de tabac aux moins de 16 ans, ainsi que les paquets dit «enfants» de moins de 19 cigarettes. Des sanctions spécifiques sont prévues pour les infractions à ces dispositions.

Enfin, la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004¹⁴, en plus des modifications susmentionnées transposant la directive de 2003, a essentiellement modifié les dispositions relatives au volet publicité de la loi ainsi que les dispositions pénales dans le sens de la sévérité. Il a également été prévu une mise en place d'un dispositif de contrôle de l'interdiction de fumer dans les lieux de travail. Une première depuis le vote de la loi Evin.

Le premier alinéa de l'article L3511-3 du CSP énonçant l'interdiction générale de la propagande et de la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac a ainsi été complété par l'interdiction de la vente «d'un produit du tabac à un prix de nature promotionnelle contraire aux objectifs de santé publique».

Concernant les dispositions pénales et allant vers une plus grande liberté d'action des associations, les droits reconnus à la partie civile (initialement réservés aux associations dont l'objet statutaire comporte la lutte contre le tabagisme) ont été étendus aux associations de consommateurs ainsi qu'aux associations familiales. Les sanctions des infractions aux dispositions des articles L. 3511-2, L. 3511-3 et L. 3511-6 du CSP ont été alourdies, passant de 75 000 euros à 100 000 euros. Enfin, le législateur a décidé que les personnes morales pourraient être déclarées pénalement responsables des infractions à la loi. Il s'agit probablement de la mesure susceptible d'entraîner les principaux succès, ces prochaines années, dans la lutte judiciaire engagée contre l'industrie du tabac, et il convient de féliciter les pouvoirs publics de cette mesure très attendue.

Malgré ces avancées incontestables, plusieurs carences persistent

L'interdiction de fumer dans tous les lieux affectés à un usage collectif et tous les moyens de transport collectifs prévus dans la loi n'est toujours pas uniformément et correctement appliquée. À l'heure où l'Irlande et la Norvège

5. Articles L. 3511-1 et suivants du CSP.

6. Article 131-13 du Code pénal, amende d'un montant maximum de 1 500 euros et 3 000 euros en cas de récidive.

7. Article R. 3512-1 du CSP, amende d'un montant de 450 euros maximum.

8. Article L. 3512-1 du CSP.

9. Directive 2001/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juin 2001 relative au rapprochement

des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac.

10. Directive 2003/33/CE du Parlement européen et du Conseil du 26 mai 2003 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de publicité et de parrainage en faveur des produits du tabac.

11. Directive n° 98/43/CE du 6 juillet 1998.

12. CJCE arrêt du 5 octobre 2000, affaire n° C-376/98.

13. Loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003.

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



ont interdit de fumer dans les cafés et les bars, la protection des non-fumeurs n'est toujours pas assurée à France.

Concernant l'interdiction de toute propagande et publicité en faveur du tabac, le constat est également très nuancé. Malgré la quasi-disparition de la publicité directe, des phénomènes promotionnels efficaces persistent [53], encourageant les jeunes à fumer et les entraînant vers la dépendance. Ces nouveaux procédés publicitaires utilisent des voies détournées, aux limites de la loi, pour passer leurs messages (paquets de cigarettes décorés, en « série limitée », soirée parrainée par les fabricants, mécénat citoyen, etc.). Il convient donc de rester extrêmement vigilants sur ces pratiques en constante évolution. Face à ces nouvelles techniques, la jurisprudence demeure trop variable et incertaine. L'inertie des parquets ne facilite pas la prévention des infractions.

La réduction de l'offre des produits du tabac, par l'interdiction de la promotion et l'augmentation du prix de vente, et de leur demande, notamment à l'aide des campagnes, ont fait la preuve de leur efficacité : réduction de 13,5 % des ventes de 2002 à 2003. Si ces mesures sont maintenues, le bénéfice sur la santé de la population est assuré.

Il n'est donc pas question de revenir sur le dispositif législatif, mais au contraire de le renforcer en attaquant en justice les infractions de l'industrie du tabac notamment dans le domaine de la publicité et en assurant la protection de tous, non-fumeurs et fumeurs, par l'interdiction complète de fumer dans les lieux publics clos.

Compte tenu de la puissance financière et de la dimension mondiale de l'industrie du tabac, de la nécessité de maintenir sur le long terme un dispositif global de contrôle, de la spécificité de l'usage d'un produit nécessairement licite compte tenu de la fréquence de son usage, enfin des contraintes européennes de la réglementation, nous proposons la création d'une agence française du tabac pour mettre en place les dispositions prévues par la Convention cadre de lutte antitabac de l'OMS¹⁵ que la France a été la première à ratifier dans l'Union européenne. 🌿

*Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 69.*

15. Organisation mondiale de la santé, Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac du 21 mai 2003.

Histoire et avenir de la santé publique

La santé publique, dans sa conception sociale et collective, n'a jamais été suffisamment prise en compte dans notre pays et sa mise en œuvre a rencontré de nombreux obstacles.

François Grémy
Professeur de santé publique

Il n'est jamais de mauvais ton d'invoquer Hippocrate, dont nous citons à l'envi le premier aphorisme : « *La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile.* » Admirable description de l'art médical ! Mais lisons la suite, trop ignorée : « *Il faut non seulement faire soi-même ce qui convient, mais encore faire que le malade, l'entourage, et les choses extérieures y concourent.* » Ne nous indique-t-il pas la place qu'il convient d'accorder à des acteurs et facteurs extérieurs à l'acte médical : le patient et son environnement social et physique ? C'est-à-dire la dimension désormais symphonique de la médecine : il n'est plus possible aujourd'hui, dans le contexte dominé par les pathologies chroniques, souvent invalidantes, et par la place croissante des dépendances liées au vieillissement, d'isoler le soin de l'individu malade de son environnement, et en particulier du contexte populationnel : les déterminants de la santé collective, l'organisation et l'efficacité des moyens mis en œuvre pour faire face aux problèmes de santé. Naguère, la santé était seulement individuelle, elle devient *aussi* systémique, sociale et citoyenne. Inévitable dédoublement du regard, il ne faut pas oublier que le malade d'aujourd'hui a toute chance d'être le malade de demain.

La « santé publique » est donc l'un de ces regards : nous entendons par là les actions de prise en charge de la santé de la population à titre collectif, par complémentarité avec la prise en charge à titre individuel des seules personnes malades. Les deux approches, ou plutôt les deux stratégies, diffèrent par le point

d'observation, mais sont indissolublement liées. Tout praticien de santé doit « zoomer » en permanence.

Les raisons de cette nécessaire révolution culturelle sont multiples :

- Les considérables et insoutenables *inégalités* sociales et géographiques en santé.

- La dimension économique de la santé : elle ne se résume pas aux problèmes budgétaires (apparemment incurables) que posent les soins aux finances nationales (10 % chez nous, de 8 à 14 % ailleurs, du PIB des nations occidentales). Le fait économique le plus important, et le plus oublié, est que la santé d'une population est sans aucun doute *sa ressource* (sa richesse) principale.

- Le poids sans cesse croissant, que l'on attribue aux *déterminants sociaux*, des affections chroniques (et du vieillissement prématuré), qui dominent le paysage pathologique des nations dites développées. Ces déterminants sociaux ne concernent pas seulement les échanges moléculaires que les individus ont avec leur environnement (toxiques, alimentation, polluants divers), mais aussi les échanges symboliques et relationnels : rapports de domination, intensité et qualité des rapports sociaux. Dans sa conférence d'Ottawa, en 1986, l'OMS faisait de la *cohésion sociale* le déterminant positif majeur de la santé d'une population. Je ne suis pas loin d'adopter cette vision.

- La participation croissante de la population et des malades aux décisions de santé les concernant (les Américains ont un mot excellent : l'*empowerment*), qu'il faut encourager. Les citoyens sont de plus en plus instruits et conscients, par ailleurs



l'explosion d'Internet ne peut que favoriser cette évolution.

– Enfin, il est de plus en plus clair que les soignants ne sont plus les seuls « professionnels » de santé : des techniciens, des ingénieurs, des chercheurs en sciences biologiques et en sciences humaines, des gestionnaires, des industriels, des politiques, des philosophes entrent dans la tribu de tous ceux qui œuvrent pour la santé de la population et de ses membres les plus démunis : les malades.

Des espoirs et des obstacles

Bref, la médecine n'est plus une île. Le « dieu médecin » a de plus en plus besoin des (autres) hommes. La médecine n'est plus un temple sacré : les profanes refusent de rester cantonnés sur les parvis. Même si son statut intellectuel lui laisse un rang et des responsabilités de premier ordre, le médecin traditionnel fait désormais partie d'un grand service public de santé, dont la finalité est la promotion, la protection, la restauration éventuelle de cette richesse nationale qu'est la santé de la population.

Par service public, il faut entendre le service du public, « ardente obligation collective » qui s'impose à tous les professionnels, quel que soit leur statut au regard du droit du travail. Pour ce qui est des médecins, le mode de paiement : à l'acte, à la capitation, ou salarié, ou toute combinaison de ces modes, ne change rien à des devoirs collectifs tels que la permanence des soins ou la répartition géographique équitable des divers modes d'exercice.

Tel est donc l'objectif de cette nouvelle manière d'être de la prise en charge de la santé. Cette formidable révolution culturelle, organisationnelle et éthique est nécessaire et elle est en marche. Mais rien n'est acquis, car les obstacles demeurent nombreux et importants. En voici deux :

● En premier lieu, les médecins français dans leur ensemble y sont-ils prêts ? Par contraste avec ce qui se passe pour leurs confrères étrangers, britanniques et allemands par exemple, l'histoire révèle une longue *tradition de combats d'arrière-garde* contre l'évolution vers une conception sociale et collective de la médecine et de la politique sanitaire :

– Au XIX^e siècle, refus, au nom de la liberté, du caractère obligatoire de la vaccination anti-variolique (elle ne l'est devenue qu'en 1902,

alors qu'elle l'était dès 1820 dans plusieurs États allemands).

– Au XIX^e encore, refus de la mise en place d'une politique de lutte contre la mortalité urbaine et de structures sanitaires centralisées (en 1880, 8 000 agents en Angleterre contre 9 en France).

– Émasculaton de la grande loi de santé publique de 1902, pourtant obtenue de haute lutte, et dont Clémenceau disait en 1907 : *« de cette loi, personne ne réclame la mise en vigueur. Que dis-je ? Chacun s'ingénie à la paralyser »*.

– En 1927-1928, combat forcené contre les assurances sociales, et création en guise de ligne Maginot de la Charte de la médecine libérale.

– En 1945, puis en 1958, il a fallu des événements politiques majeurs, extérieurs à la médecine, pour imposer l'assurance maladie puis le salariat de la médecine hospitalière.

● En deuxième lieu, la faiblesse et l'impérité de l'État dans le domaine sanitaire :

– Tout au long du XIX^e siècle, sa faiblesse vis-à-vis des autorités communales, contrôlées par la bourgeoisie en pleine expansion, avides de se protéger contre le centralisme « jacobin ».

– Plus précisément, dans les débuts de la III^e République, cette résistance s'est incarnée dans le Sénat, issu des collectivités territoriales.

– La reconnaissance tardive de la Santé et de l'Hygiène comme département ministériel (1921).

Bien entendu, le corps médical et l'État, l'un et l'autre évoqués, peuvent se renvoyer les responsabilités. Il faut remarquer que les médecins étaient très bien représentés dans les collectivités communales et départementales, et aussi nationales pendant la III^e République : plus de 100 membres du Parlement étaient médecins. L'État républicain, impuissant en matière de santé, s'est montré assez fort pour imposer aux collectivités locales une politique routière et une politique d'instruction publique...

En fait, sauf quelques hauts fonctionnaires et politiciens lucides et courageux, l'État n'a jamais fait preuve, en matière de santé, d'imagination, de réflexion, ni de courage. Depuis le début de la V^e République, après le remue-ménage de la réforme Debré, sa préoccupation majeure a été l'équilibre comptable du budget de l'assurance maladie, sans interrogation véritable sur les finalités, sur la validité des modèles, la pertinence des moyens, sur l'adaptation des structures. Enfin, l'État ne fait rien pour essayer de remédier aux innom-

brables combats des chefs, aux compétitions et conflits qui donnent de notre système de santé une image de royaume indéfiniment divisé contre lui-même. Alors que le combat commun pour la santé de notre population pourrait constituer une motivation forte et unifiante. 🌿

bibliographie

1. Aeberhard P., Bréchat P.-H. *Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes*. Rennes : Éditions de l'ENSP, juin 2003 : 303 p.
2. Aurengo A., Bérard A., Briand E., Brixi O., Colvez A., Daigne M., Delour M., Durand-Zaleski I., Gremy F. (animateur), Vinas J. *Questionnement et propositions sur la politique de santé en France*. Société française de santé publique, 2002. www.sfsp.info/
3. Baudry B. *L'Économie des relations entre-entreprises*. Paris : La Découverte, 1995.
4. Bergeron P., Gagnon F. « La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations ». In Lemieux V., Bergeron P., Bégin C., Bélanger G. *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux* (2^e éd.). Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval ; 2003 : 27.
5. Bernard Brunhes Consultants. *Évaluation nationale de la première génération des programmes nationaux d'accès à la prévention et aux soins*. Rapport pour la direction générale de la Santé, 2003.
6. Black D., Morris J. N., Smith C., Townsend P. *The Black report*. London : Pelican, 1982.
7. Boisguérin B. « Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2003 ». *Études et Résultats*, 2005, 381.
8. Bréchat P.-H., Demeulemeester R. (coord.) « Politiques et programmes régionaux de santé ». *Adsp*, 2004 ; 46.
9. Bréchat P.-H., Roger P. « Les conférences régionales de santé de 1995 à 2002 ». *Adsp*, 2003 ; 42 : 11-16.
10. Brückner G., Fasson D. (dir.). *Santé publique*. Paris : Ellipses, 1989.
11. Bury J. A., Knill-Jones R., Rougement A., Vicente R., Garry O., Gliber M. *Évaluation intermédiaire des programmes régionaux de santé-PRS 1995-1999. Rapport final*. Aspher, ENSP, novembre 1999.
12. Chaunu P. *La civilisation de l'Europe des lumières*. Paris : Arthaud, 1971.
13. Chicoye A., Touilly V., Piard A.-L., Grenèche S. *La santé publique en France. Quelle vision stratégique ? Quels financements ? L'exemple des 16 plans gouvernementaux 2001-2002*. Laboratoires internationaux de recherche, octobre 2002.
14. Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F., Polton D. *Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé*. IRDES, Questions d'économie de la santé, Série « Synthèse » 92, 2005.
15. Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F., Polton D. « *Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes*. Questions d'économie de la santé, IRDES, Série « Synthèse », 93, 2005.
16. Cœuret-Pellicer M. « Émergence d'une priorité nationale de santé publique. L'exemple du suicide ». *Adsp*, 1998 ; 23 : 2-5.
17. Dab W. *La décision en santé publique surveillance épidémiologique, urgences et crises*. Rennes : Éditions ENSP, 1993.
18. Deaton A. « Policy Implication of The Gradient of Health and Wealth », *Health Affairs*, 2002, 21, 2 : 13-30.
19. Defoë D. *Journal d'une année de peste*, 1722.
20. Department of health. *National Standards, Local Action : Health and Social Care Standards and Planning Framework 2005/06-2007/08*. Juillet 2004, www.dh.gov.uk/asset-Root/04/08/60/58/04086058.pdf.
21. Department of health. *The NHS plan : a plan for investment a plan for reform*. Juillet 2000, www.dh.gov.uk/asset-Root/04/05/57/83/04055783.pdf.
22. Desplanques G. « La mortalité des adultes. Résultats de deux études longitudinales période (1955-1980) ». *Les collections de l'Insee*, série D, 102, 1985.
23. Desplanques G. « L'inégalité sociale devant la mort ». *La Société française. Données sociales*, 1993, 251-258.
24. Forest P.-G. « La santé, pour changer » in Forest P.-G., Marchildon G. M., McIntosh T. (dir.), *Les Études de la Commission Romanow, vol. II : Les Forces du changement dans le système de santé canadien*. Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa, 2004, p. 3-17.
25. Forest P.-G. « Trois paradoxes politiques dans la réforme annoncée du secteur de la santé ». *Artère* 9, n° 7 (septembre 1991), p. 10-11.
26. Fourcade M., Jeske V., Naves P., Igas. *Synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions*. Paris : La Documentation française, rapport 2004 054.
27. Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé ». *Sciences sociales et Santé*, 2002, 20, 4 : 75-128.
28. Gouvernement du Québec. « Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Lois refondues du Québec. Chapitre 21 ». Québec : Éditeur officiel du Québec ; décembre 2003.
29. Grémy F. (éd.) *La réforme Debré, un tiers de siècle après*, actes d'un colloque tenu à Caen en décembre 1996. Rennes : Éditions de l'ENSP.
30. Grémy F. « Sang contaminé : les renoncements et l'impérialisme de l'État dans le domaine de la santé publique, une longue tradition ». *Santé publique*, 2002, vol. 14, p. 179-186.
31. Grémy F., Priolaud N. *On a encore oublié la santé !* Éditions Frison-Roche ; Paris, 2004 ; lire notamment le dernier chapitre.
32. Hassenteufel P. *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*. Paris : Presses de Sciences PO, 1997.
33. Haut Comité de la santé publique. *La santé en France 96*. Paris : La Documentation française, 1996.
34. Haut Comité de la santé publique. *La santé en France. Rapport général*. Paris : La Documentation française, 1994.
35. Haut Comité de la santé publique. *Stratégie pour une politique de santé*. Rennes : Éditions ENSP, 1993.
36. Heidegger M. « La question de la technique », in *Essais et Conférences*, Paris, Gallimard, 1958.
37. Henrard J.-C., Mallet V., Mischlich D. *Rapport du groupe de travail prospectif sur les conférences régionales de santé. Rapport de la commission « politiques régionales de santé, conférences régionales, programmes et priorités de santé*



bibliographie (suite)

- publique », à la demande du directeur général de la santé. 30 septembre 1999.
38. Jabot F., Demeulemeester R. « Les interactions entre les niveaux national, régional et infrarégional dans les programmes de santé publique ». *Santé publique* 2005, à paraître.
39. Jobert B., Muller P. *L'État en action. Politiques publiques et corporatismes*. Paris : PUF, 1987.
40. Joubert M. et al. *Précarisation, risques et santé*. Paris : Éditions de l'Inserm, coll. Questions en santé publique, 2001.
41. Kermarec J. (coord.) « Soins palliatifs et accompagnement ». *Adsp*, 1999, n° 28, 15-66.
42. Kermarec J. « Soins palliatifs : objectifs et réalisations ». *Bull. Acad. Natle. Med*, 1996, 180, n° 8, 1951-1965.
43. *King's fund, an independent audit of the NHS under labour (1997-2005)*. Mars 2005, www.kingsfund.org.uk/audit1/
44. Kunst A. E., Groenhouf F., Mackenbach J. P., EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. « Inégalités sociales de mortalité prématurée : La France comparée aux autres pays européens », in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. *Les Inégalités sociales de santé*, Paris : La Découverte/Inserm, 2000.
45. Lalonde M. *Nouvelle Perspective de la santé des Canadiens — Un document de travail*. Ottawa : ministère des approvisionnements et services, 1981 [1974].
46. Lang T., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Leclerc A. « France », in Mackenbach J. P., Bakker M. (éd.). *Reducing inequalities in Health : A European Perspective*. Routledge, 2002.
47. Le Divenah A. « Quel avenir pour les équipes mobiles de soins palliatifs ? » *Adsp*, 2004, n° 46, 4-8.
48. Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. *Les Inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte/Inserm, 2000.
49. Mackenbach J. P. et Stronks K. « The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands ». *International Journal for Equity in Health*, 2004, 3, 11.
50. Mesrine A. « Les différences de mortalité par milieu social restent fortes », *La Société française. Données sociales*, 1999, 228-35.
51. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La Politique de la santé et du bien-être : une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002*. Québec : Direction des communications MSSS ; 2004.
52. Ministère de la Santé. Site internet : www.sante.gouv.fr.htm/dossiers/palliatif/index.htm.
53. Molla A., Bass C., de Bérard C., Ratte S., Caballero F., Beguinot E., Dufour H. *La publicité et la promotion des produits du tabac : vers une amélioration de la réponse juridique face à l'ampleur du phénomène*. Pour la Ligue nationale contre le cancer et le CNCT.
54. Murard L., Zylberman P. *L'hygiène dans la République*. Paris : Fayard, 1996.
55. Ostlin P., Diderichsen F. *Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case-study. Policy learning curve series, 1*. Bruxelles : ECHP, 2001.
56. Peltzman S. « Towards a More General Theory of Regulation ». *Journal of Law and Economics*, 1976, 14 : 109-148.
57. *Questionnement et propositions sur la politique de santé en France* rapport de la Société française de santé publique, groupe de travail animé par F. Grémy Nancy, mars, 2002,
58. Raynaud D. « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins ». *Études et Résultats*, 2003, 229.
59. Setbon M. « Des politiques de santé à leur management : un sujet sans objet ou une nécessité sans capacité ? » *Revue Politiques et Management Public*, 1993, 11, n° 1, 32-49.
60. Stiegler G. « The Theory of Economic Regulation ». *Bell Journal of Economics*, 1971, 2 [1] : 3-21.
61. Turgeon J., Beaupré A., Tremblay L. *Analyse du processus d'allocation des ressources du programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) au Québec*. Québec ; Groupe d'évaluation des politiques et programmes publics ENAP ; mars 1998.
62. Turgeon J., Landry R. « Les plans régionaux d'organisation de services de santé et sociaux au Québec : un dispositif de mise en cohérence de l'action publique ? » *Politiques et management public* 1995 ; 13 [4] : 115-130.
63. Van Doorslaer E. K. A. et al. « Income-related inequalities in health : some international comparisons », *Journal of Health Economics*, 1997, 16, 1 : 93-112.
64. « Vers une meilleure prise en charge du malade grave et de sa famille. Domicile et institution. Coordinations et réseaux ». *ASP Liaisons*, 2002, n° 25.
65. Wanless D. *Securing good health for the whole population*. Février 2004. www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm.
66. Whitehead M. *Concepts et principes de l'égalité des chances en matière de santé*. Copenhague : OMS, Bureau régional de l'Europe, 1991.

L'Europe de la santé publique

Compétences et réalisations communautaires

Emmanuelle Jean
Chargée de mission,
direction générale de la Santé

**Quelle place
à la santé publique
dans la politique
de l'Union ?
Les grandes étapes
de la construction
européenne ont,
au fil des ans,
contribué
à l'émergence
de la santé publique
au plan européen.**

Au fil des révisions des traités, le domaine de la santé publique a bénéficié de compétences croissantes. Sur la base de cet acquis, ont été élaborés un certain nombre d'actes, normatifs ou non, venant petit à petit construire une Europe de la santé, face aux prérogatives régaliennes d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux. Après avoir étudié les différentes étapes de l'émergence de la santé publique au plan européen, nous envisagerons les principales réalisations reposant sur cet acquis.

L'émergence du domaine de la santé publique au plan européen

Santé publique et premiers traités

La création de la Communauté européenne du charbon et de l'acier au sortir de la Seconde Guerre mondiale est essentiellement motivée par la volonté politique d'instaurer les conditions assurant la paix entre États, via un rapprochement des intérêts économiques. Le traité de Paris, entré en vigueur en juillet 1952, jette ainsi les bases d'un marché commun économique à des fins politiques. Dans ce contexte, le domaine social n'est pas abordé, hormis par le biais de l'article 55, où la recherche et la coopération des États membres en ce qui concerne la santé et la sécurité des employés des industries du charbon et de l'acier sont encouragées.

Le traité de Rome de 1957 instituant la Communauté économique européenne (CEE) et la Communauté européenne de

l'énergie atomique (CEEA ou Euratom) persiste dans la voie de l'intégration communautaire de nature essentiellement économique. L'objectif princeps du traité de Rome est « l'établissement d'un marché commun et le rapprochement progressif des politiques économiques des États membres, de promouvoir un développement harmonieux des activités économiques dans l'ensemble de la Communauté ». Cette mission s'appuie sur la création d'un espace de libre circulation des personnes, des services, des capitaux et des marchandises, tel que défini aux articles 30 à 34 de ce traité.

Clairement, la santé publique demeure sous la seule autorité des États membres, sous réserve du respect du principe de libre circulation. Dans le cadre du traité CEE, la santé est mentionnée à l'article 36 (aujourd'hui article 30 du traité CE), qui fixe les régimes dérogatoires aux règles régissant le Marché commun. L'article 36 stipule que : « les dispositions des articles 30 à 34 inclus ne font pas obstacle aux interdictions ou restrictions d'importation, d'exportation ou de transit, justifiées par des raisons de moralité publique, d'ordre public, de sécurité publique, de protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou préservation des végétaux, de protection des trésors nationaux ayant une valeur artistique, historique ou archéologique ou de protection de la propriété industrielle et commerciale. Toutefois, ces interdictions ou restrictions ne doivent constituer ni un moyen de discrimination arbitraire, ni une restriction déguisée dans le commerce entre les États membres ». Alors qu'indis-

cutablement la libre circulation des biens s'applique aux biens et produits de santé comme les médicaments ou les dispositifs médicaux, et que la libre circulation des services concerne les activités des professionnels de santé de même que les assurances complémentaires privées, la dimension sanitaire n'est pas envisagée dans le traité. Quant à Euratom, à nouveau des compétences en matière de santé sont attribuées dans le cadre des activités professionnelles, en l'espèce la protection contre les radiations ionisantes.

Au cours des deux décennies suivantes, les progrès en vue de la consolidation du Marché commun ont été obérés par des réserves politiques, et notamment la crise de la « politique de la chaise vide » française, ayant abouti au « compromis de Luxembourg » (vote à l'unanimité requis de façon quasi incontournable pour toute décision relative à « des intérêts très importants ») au milieu des années soixante. Il a fallu attendre l'adoption de l'Acte unique européen en 1986, et en particulier l'ajout de l'article 100 A au traité CEE (introduction du vote à la majorité qualifiée et extension de la coopération avec le Parlement européen), pour qu'un nouveau souffle ravive le processus d'intégration communautaire.

L'Acte unique européen : vers l'achèvement du marché intérieur

Afin que le Marché commun, vaste zone de libre-échange, soit aussi complet qu'effectif au 1^{er} janvier 1992, de nouvelles compétences ont donc été conférées aux institutions communautaires. Une coopération renforcée entre États membres est préconisée, notamment dans les domaines économique, social et de la protection de l'environnement, dans la mesure où elle favorise l'achèvement du marché intérieur. Malgré l'absence de reconnaissance officielle de la santé publique en tant que politique communautaire, l'Acte unique étend les attributions communautaires dans le domaine social. Il incombe désormais à la Commission de veiller à assurer un niveau de protection élevée en matière de santé, de sécurité, de protection de l'environnement et de protection des consommateurs (paragraphe 3 de l'article 100 A).

Il est à noter que c'est sur la base de l'article 100 A, élément le plus novateur de l'Acte unique, que le règlement 2309/93/CEE établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance

des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments fut adopté. Autre nouveauté d'importance : une politique de recherche et de développement technologique communautaire est explicitement instaurée.

Traité de Maastricht : une attribution de compétences communautaires timide et floue

La signature du traité de l'Union européenne en 1992 marque un tournant en terme de politique sanitaire communautaire. Parmi les principales dispositions élargissant directement ou indirectement les prérogatives communautaires en matière de santé publique, on relève l'article 30) : « l'action de la Communauté comporte [...] une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé ». Mais surtout, des compétences formelles en termes de santé publique en vertu de l'article 129 sont conférées à la Communauté européenne. L'article 129 stipule :

« 1. La Communauté contribue à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine en encourageant la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action.

L'action de la Communauté porte sur la prévention des maladies, et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leur transmission ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé.

Les exigences en matière de protection de santé sont une composante d'autres politiques de la Communauté.

2. Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination.

3. La Communauté et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.

4. Pour contribuer à la réalisation des objectifs visés au présent article, le Conseil adopte :

– statuant conformément à la procédure visée à l'article 189B et après avis du Comité économique et social et du Comité des régions, des actions d'encouragement, à l'exclusion de toute harmonisation des

dispositions législatives et réglementaires des États membres ;

– statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission, des recommandations. »

La première phrase de cet article n'est pas dépourvue d'ambiguïté quant aux compétences réellement attribuées à la Communauté, l'outil communautaire préconisé étant « l'encouragement à la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action ». En matière de promotion de la santé publique, la Communauté ne peut avoir qu'une « compétence d'appoint ». Le champ d'activité de la Communauté est par ailleurs restreint au domaine de la prévention, bien que la phrase suivante indique qu'une composante « santé publique » doit être présente en tant que de besoin dans toutes les politiques communautaires. L'autonomie de la Communauté en termes de santé publique apparaît donc limitée, et ce d'autant plus que le traité de Maastricht a introduit en son article 3 B le principe de subsidiarité, la Commission n'intervenant « que si et dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être réalisés de manière suffisante par les États membres et peuvent donc, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, être mieux réalisés au niveau communautaire ». L'organisation structurelle et les modalités de financement des systèmes de santé des États membres, très disparates malgré quelques convergences, ne sont pas envisagées. À cet égard, comme souligné par P. Flynn, commissaire en charge des affaires sociales et de l'emploi en 1995 : « nous ne pouvons ignorer ces différences, mais cela ne signifie pas que nous devons interférer avec les systèmes nationaux pour le simple motif d'interférer. Nous ne devons pas viser l'harmonisation et la standardisation pour la recherche de l'uniformisation et du bon ordre structurel ».

D'un point de vue général, le libellé de cet article est assez vague, et par conséquent peut être la source d'interprétations différentes. Par ailleurs, l'absence de définition précise des objectifs à atteindre ne facilite pas la mise en œuvre concrète d'une politique communautaire de santé publique. Similairement, les priorités, les limites, les méthodes et les ressources, autres paramètres indispensables à la conception de toute politique nouvelle, ne sont pas précisées. Autres zones d'imprécision sont les « grands fléaux », ainsi que les moyens

pour entreprendre la politique de santé publique des recommandations du Conseil — dépourvues de portée normative —, mentionnées au dernier paragraphe.

Dans ce contexte, la Commission adopte en novembre 1993 une communication présentant ses propositions pour une politique communautaire de santé publique. Prudemment, ce texte prend en compte le principe de subsidiarité, en soulignant notamment les actions entreprises par les États membres dans ce domaine. Huit secteurs prioritaires, ainsi que les moyens à mettre en œuvre (création de réseaux, échange d'informations, amélioration des systèmes de données, etc.) sont identifiés. Le Conseil jugera ce programme trop ambitieux au regard des ressources allouées (30 millions d'ECU), et donnera son aval pour une action dans la promotion de la santé et l'éducation, le cancer, le sida, les toxicomanies, la surveillance des maladies et le recueil de données sanitaires. Par ailleurs, en mai 1994, une résolution du Conseil met en exergue les efforts d'action concertée à établir entre les programmes de santé publique et les programmes de promotion de la recherche, à l'heure où des projets tels que les programmes-cadres de recherche et de développement BIOMED, programme de recherche dans le domaine de la biomédecine et de la santé, ou « L'Europe contre le cancer », ont été lancés avant l'introduction de l'article 129.

L'article 129 du traité de l'Union européenne reflète implicitement les tensions entre la Communauté et les États membres quant aux compétences, au droit d'initiative et aux responsabilités en termes de politique de santé publique, aboutissant à un texte prudent et évasif. Cependant, comme souligné par C. Jackson, membre du Parlement européen : « Ce que nous avons ici est une approche minimaliste — mais au moins, le pied est fermement dans la porte. Le traité contient un chapitre sur la santé, sur lequel il est possible de construire. »

Une consolidation via le traité d'Amsterdam

L'article 129 a été remanié par le traité d'Amsterdam de 1997 entré en vigueur le 1^{er} mai 1999. La modification de cet article (nouvel article 152) intervient alors que la crise de l'encéphalopathie spongiforme bovine avait conduit en avril 1997 à l'extension de la mission de la Direction générale en charge de la protection des

consommateurs à la protection de la santé publique. Il stipule désormais :

« 1. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté.

L'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche de leurs causes, leur transmission et leur prévention, ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé.

La Communauté complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention.

2. La Communauté encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action.

Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination.

3. La Communauté et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.

4. Le Conseil, statuant conformément à la procédure visée à l'article 251, et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, contribue à la réalisation des objectifs visés au présent article en adoptant :

a. des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang, ces mesures ne peuvent empêcher un État membre de maintenir ou d'établir des mesures de protection plus strictes,

b. par dérogation à l'article 37, des mesures dans les domaines vétérinaires et phytosanitaires ayant directement pour objectif la protection de la santé publique,

c. des actions d'encouragement visant à protéger et à améliorer la santé humaine, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres.

Le Conseil, statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission, peut éga-

lement adopter des recommandations aux fins énoncées par le présent article.

5. L'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture des services de santé et de soins médicaux. En particulier, les mesures visées au paragraphe 4, point a), ne portent pas atteinte aux dispositions nationales relatives aux dons d'organes et de sang ou à leur utilisation à des fins médicales. »

À nouveau, ce texte est le résultat d'un compromis, certains États membres, à l'instar de l'Allemagne, souhaitant aller plus avant dans la construction d'un programme-cadre de la santé publique, d'autres comme le Royaume-Uni appelant à la suppression de l'article 129. Par ailleurs, la souveraineté des États membres en ce qui concerne la structure des systèmes nationaux de santé est explicitement spécifiée.

Certaines imprécisions persistent. Moins évasif quant aux attributions et responsabilités de la Communauté, l'article 152 du traité CE offre de nouvelles perspectives en termes de politique sanitaire communautaire, élargissant les compétences de l'Union (« amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines »). La nécessité d'une approche communautaire intégrée et intersectorielle en matière de santé publique est en outre renforcée à la première phrase.

Les réactions à ce texte ont traduit une certaine déception des membres du Parlement européen : « opportunité manquée d'une réévaluation réfléchie du rôle de la Communauté en terme de santé publique », « libellé prudent et timide [...] l'Europe n'est pas encore prête à assurer le rôle de protecteur de la santé de tous ses citoyens », « un certain degré de désappointement au sujet du texte adopté [...] le nouveau traité ne procure pas à la Commission les bases légales pour aborder les futures pré-occupations ». D'autres points de vue sont plus optimistes : « la politique de l'Union européenne en matière de santé publique va beaucoup plus loin que la simple continuité des politiques nationales à un niveau européen [...] "un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté." Ce libellé seul implique qu'elle — la Communauté — a tous les instruments nécessaires au niveau européen à sa disposition ».

Malgré ces désappointements, l'amendement de l'article 129 peut donc être considéré comme un pas supplémentaire vers une intégration communautaire de la santé publique, permettant à la Commission d'user de son droit d'initiative.

C'est ainsi que en avril 1998, une communication de la Commission modifie la stratégie communautaire de santé publique lancée par la communication de la Commission du 24 novembre 1993, selon un programme-cadre fondé sur une approche plus horizontale des priorités, des structures et des méthodes à employer, à l'instar du modèle développé précédemment pour la politique communautaire en matière de protection de l'environnement. Trois thèmes majeurs sont proposés :

- améliorer l'information visant à promouvoir la santé publique ;
- réagir rapidement aux menaces pesant sur la santé ;
- s'attaquer aux facteurs déterminants de santé par la promotion de la santé et la prévention des maladies.

En mars 1999, la démission de la commission « Santer » retarde la mise en place de ce programme.

Le traité de Nice et la proclamation de la Charte des droits fondamentaux

Signé fin 2000, le traité de Nice n'apporte pas de modification au libellé de l'article 152 du traité CE. Néanmoins, il n'est pas dépourvu d'impact dans le domaine de la santé. Dans le cadre de la politique commerciale commune, l'article 133 stipule que : «... les accords dans le domaine du commerce des services culturels et audiovisuels, des services d'éducation, ainsi que des services sociaux et de santé humaine relèvent de la compétence partagée entre la Communauté et ses États membres », réaffirmant les attributions communautaires en termes de santé publique, et soulignant également la dimension économique des services de santé.

Par ailleurs, c'est au sommet de Nice que la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne fut proclamée solennellement. Cette charte constitue un acte politique des Quinze, affirmant les valeurs communes des États membres afin de « renforcer la protection des droits fondamentaux à la lumière de l'évolution de la société, du progrès social et des développements scientifiques et technologiques ». Ce texte précise

notamment en son article 35 que : « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et acte de l'Union. » Reconnaissant implicitement le rôle primordial des États membres dans l'organisation et la fourniture des soins, cet article affirme avant tout le droit à la santé pour chaque citoyen européen. Il faut toutefois souligner que cette charte ne constitue qu'une déclaration d'intention et n'a pas de valeur juridique contraignante à ce jour.

Le traité établissant une Constitution pour l'Europe : la prise en compte des nouveaux enjeux

Signé le 29 octobre 2004 par les chefs d'État ou de gouvernement, le traité établissant une Constitution pour l'Europe fait actuellement l'objet d'une procédure de ratification selon les règles constitutionnelles respectives de chaque État membre (référendum : 9 pays ; voie parlementaire : 16 pays). À la mi-juin 2005, dix pays ont ratifié le nouveau traité (Allemagne, 27 mai 2005 ; Autriche, 11 mai 2005 ; Belgique, 19 mai 2005 ; Espagne, 18 mai 2005 ; Grèce, 19 avril 2005 ; Hongrie, 20 décembre 2004 ; Italie, 6 avril 2005 ; Lettonie, 2 juin 2005 ; Lituanie, 11 novembre 2004 ; Slovaquie, 1^{er} février 2005). En Slovaquie, le processus de ratification est quasiment achevé alors que la France (29 mai 2005) et les Pays-Bas (1^{er} juin 2005) se sont prononcés négativement par voie référendaire. L'entrée en vigueur de ce texte était prévue au 1^{er} novembre 2006 ou à défaut dans les deux mois suivant le dépôt du dernier instrument de ratification, une fois les 25 instruments de ratification déposés. La question de l'avenir du nouveau traité est donc posée.

Lors de la conférence intergouvernementale, la déclaration suivante avait été adoptée : « Si à l'issue d'un délai de deux ans à compter de la signature du traité établissant une Constitution pour l'Europe, les quatre cinquièmes des États membres ont ratifié ledit traité et qu'un ou plusieurs États membres ont rencontré des difficultés pour procéder à ladite ratification, le Conseil européen se saisit de la question ». Face

aux interrogations soulevées, le Conseil européen réuni les 16 et 17 juin 2005 à Bruxelles a prôné la poursuite des processus de ratification, « à la lumière de ces développements et selon les circonstances dans ces États membres ». Toute renégociation est à ce jour exclue, et un nouvel examen de la situation sera effectué au cours du premier semestre 2006.

L'avancée la plus manifeste dans le domaine de la santé publique est l'attribution de compétences partagées pour « les enjeux communs de sécurité en matière de santé publique ». En ce domaine, les États membres seront compétents pour tout ce qui ne sera pas réglé par l'Union. Ainsi, des textes communautaires normatifs pourront être élaborés dans ce vaste champ d'action qui s'ouvre, dans la mesure où les principes de proportionnalité (« le contenu et la forme de l'action de l'Union n'excèdent pas ce qui est nécessaire pour atteindre les objectifs de la Constitution ») et de subsidiarité (« les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être atteints de manière suffisante par les États membres tant au niveau central qu'au niveau régional et local ») sont respectés.

Le futur article 152 révisé (article III-278) prévoit que la loi européenne¹ ou la loi-cadre² seront les outils permettant la mise en œuvre de ces compétences approfondies et élargies. Désormais, relèvent des compétences partagées la sécurité sanitaire des produits dérivés du corps humain et les « mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique », et en outre la qualité et la sécurité des médicaments et des dispositifs médicaux et « la surveillance des menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci ». Ces nouvelles compétences visent à instaurer le cadre législatif permettant la préparation européenne aux crises résultant des menaces sanitaires telles que les maladies transmissibles et les actions de bioterrorisme. Quant aux dispositions relatives aux produits de santé, elles attestent de la volonté du législateur communautaire de souligner expressément

1. La loi européenne équivaut à l'actuel règlement, acte de portée générale directement applicable dans tous ses éléments.

2. La loi-cadre européenne correspond à l'actuelle directive, acte de portée générale liant tout État membre destinataire quant au résultat à atteindre.

la dimension sanitaire de ces produits, jusqu'à présent sous l'égide unique des règles du marché intérieur.

Les autres modifications des dispositions du futur article 152 révisé (article III-278) délimitent des domaines d'action d'appui, de coordination ou de complément, pour lesquels l'Union n'agit qu'à titre accessoire. Il s'agit des mesures de protection et d'amélioration de la santé humaine (article I-17) :

« 1. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union.

L'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique, ainsi que la prévention des maladies et affections humaines, et des causes de danger pour la santé physique et mentale. Cette action comprend également :

a) la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi

que l'information et l'éducation en matière de santé;

b) la surveillance de menaces trans-frontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci.

L'Union complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention.

2. L'Union encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action. Elle encourage en particulier la coopération entre les États membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières.

Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination, notamment des initiatives en vue d'établir des orientations

et des indicateurs, d'organiser l'échange des meilleures pratiques et de préparer les éléments nécessaires à la surveillance et à l'évaluation périodiques. Le Parlement européen est pleinement informé.

3. L'Union et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.

4. Par dérogation à l'article I-12, paragraphe 5, et à l'article I-17, point a), et conformément à l'article I-14, paragraphe 2, point k), la loi ou loi-cadre européenne contribue à la réalisation des objectifs visés au présent article en établissant les mesures ci-après afin de faire face aux enjeux communs de sécurité :

a) des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang; ces mesures ne peuvent empêcher un État membre de maintenir ou d'établir des mesures de protection plus strictes;

b) des mesures dans les domaines vétérinaires

références

1. Mossialos E., Permanand G. « Public Health in the European Union : making it relevant ». LSE Health, *Discussion paper*, n° 17, January 2000.
2. Mattera A. *Le marché unique européen, ses règles, son fonctionnement*. Jupiter, 1988, p. 133-141.
3. « Traité sur l'Union européenne, ensemble le texte complet du traité instituant la Communauté européenne », 92/C 224/01, JOCE C 224 du 31 août 1992.
4. Cayla J.-S. « La protection de la santé publique dans l'Union européenne selon le Traité de Maastricht du 7 février 1992 ». *Revue de droit sanitaire et social*, 28[2], avril-juin 1992, p. 259-263.
5. Flynn P. « The launch of LSE Health : towards a European health policy ». *Eurohealth*, Vol. 1 n° 1, juin 1995, p. 14.
6. Merkel B. « The public health competence of the European Community ». *Eurohealth*, vol. 1 n° 1, juin 1995, p. 21-22.
7. Communication de la Commission du 24 novembre 1993, concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique, COM [93] 559 final.
8. Bowe D. « European health policy: fact or fiction? ». *Eurohealth*, vol. 1 n° 3, décembre 1995, p. 25.
9. Jackson C. « European public health policy ». *Eurohealth*, vol. 1 n° 2, octobre 1995, p. 12.
10. Stein H. « Public health and public health research – the need for concerted action at European Union level ». *Eurohealth*, vol. 2 n° 2, juin 1996, p. 23-24.
11. Belcher P. « Mr. Horst Reichenbach, new Director General of European Commission DG XXIV ». *Eurohealth*, vol. 3 n° 3, automne 1997, p. 13.
12. Stein H. « Quo vadis public health? as a task of the European Union level ». *Eurohealth*, vol. 1 n° 3, décembre 1995, p. 26-27.
13. Belcher P., Mossialos E. « Health priorities for the European intergovernmental conference ». *British Medical Journal*, vol. 314, 7 juin 1997, p. 1 637.
14. Lahure J., « Public health in the European Union: under the Luxembourg Presidency ». *Eurohealth*, vol. 3 n° 2, été 1997, p. 11.
15. Belcher P. « Amsterdam 1997: new dawn for public health ». *Eurohealth*, vol. 3 n° 2, été 1997, p. 2.
16. Fisher A. « A new public health policy in the European Union ». *Eurohealth*, vol. 5 n° 1, printemps 1999, p. 2.
17. Biaudet E. « Public health at the dawn of a new Millennium ». *Eurohealth*, vol. 5 n° 2, été 1999, p. 1.
18. Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions sur l'évolution de la politique en matière de santé publique au sein de la Communauté européenne, COM (1998) 230 final.
19. Traité de Nice modifiant le traité sur l'Union européenne, les traités instituant les Communautés européennes et certains actes connexes, 2001/C 80/01, JOCE n° C 80 du 10 mars 2001.
20. Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, JOCE C 364, 18 décembre 2000.
21. Traité établissant une Constitution pour l'Europe, JOUE C 310, 16 décembre 2004.
22. Belcher P., McKee M., Rose T. « Is health in the European Convention? ». *Eurohealth*, vol. 9, n° 2, été 2003, p. 1-4.
23. http://europa.eu.int/constitution/ratification_fr.htm.
24. Déclaration des chefs d'État ou de gouvernement des États membres de l'Union européenne sur la ratification du traité établissant une constitution pour l'Europe, Conseil européen des 16/17 juin 2005, Bruxelles, 18 juin 2005

naire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique;

c) des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des médicaments et des dispositifs à usage médical;

d) des mesures concernant la surveillance des menaces trans-frontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci.

La loi ou loi-cadre européenne est adoptée après consultation du Comité des régions et du Comité économique et social.

5. La loi ou loi-cadre européenne peut également établir des mesures d'encouragement visant à protéger et à améliorer la santé humaine et notamment à lutter contre les grands fléaux trans-frontières, ainsi que des mesures ayant directement pour objectif la protection de la santé publique en ce qui concerne le tabac et l'abus d'alcool, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres. Elle est adoptée après consultation du Comité des régions et du Comité économique et social.

6. Aux fins du présent article, le Conseil, sur proposition de la Commission, peut également adopter des recommandations.

7. L'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organi-

sation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux. Les responsabilités des États membres incluent la gestion de services de santé et de soins médicaux, ainsi que l'allocation des ressources qui leur sont affectées. Les mesures visées au paragraphe 4, point a), ne portent pas atteinte aux dispositions nationales relatives aux dons d'organes et de sang ou à leur utilisation à des fins médicales. »

Par ailleurs, l'intégration de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne dans le droit positif communautaire confère une force normative à ce socle commun des droits des citoyens européens, et en particulier en matière de droit d'accès aux soins et à la prévention. Outre l'article relatif au droit d'accès aux soins médicaux et à la prévention en matière de santé, la Charte inclut des dispositions essentielles au regard du domaine de la santé, parmi lesquelles :

- droit à la vie (article II-62),
- droit à l'intégrité de la personne (article II-63). Dans le cadre de la médecine et de la biologie, doivent notamment être respectés :

- a) le consentement libre et éclairé de la personne concernée,
- b) l'interdiction des pratiques eugéniques, notamment celles qui ont pour but la sélection des personnes;
- c) l'interdiction de faire du corps humain

et de ses parties, en tant que tels, une source de profit;

d) l'interdiction du clonage reproductif des êtres humains.

- droit à la protection des données à caractère personnel (article II-68).

À noter que relève des compétences exclusives de l'Union la politique commerciale commune, y compris dans le domaine des accords internationaux relatifs aux services sociaux ou de santé, pour lequel le nouvel article III-315 prévoit cependant un régime particulier : le Conseil statue à l'unanimité dans le domaine du commerce des services sociaux, d'éducation et de santé, lorsque ces accords risquent de perturber gravement l'organisation de ces services au niveau national et de porter atteinte à la responsabilité des États membres pour la fourniture de ces services.

Nouveauté essentielle quant à l'esprit prévalant à l'élaboration des futurs textes communautaires, une clause sociale indépendante (Art. III-117) fixe les principes devant guider l'ensemble des politiques de l'Union. Cette clause indique que l'Union devra prendre en compte les exigences liées à la promotion d'un niveau d'emploi élevé, à la garantie d'une protection sociale adéquate, à la lutte contre l'exclusion sociale ainsi qu'à un niveau élevé d'éducation, de formation et de protection de la santé humaine. ■

alcoologie et addictologie

2005; 27 [2] : 81-176

Éditorial

- Penser sa pratique, Maurice Bazot

Mémoires

- Événements de vie et stratégies d'adaptation chez des sujets consultant pour leur problématique alcoolique, Isabelle Varescon, Nathalie Camart, Caroline Gérard, Michel Detilleux
- Le tabagisme parmi les personnels de santé

d'un hôpital au Burkina Faso, Arouna Ouédraogo, T. Laurent Ouédraogo, Vincent Ouédraogo, André Samadoulougou, Laurent Somé

- Étude multidimensionnelle de la dépendance psychologique, David Vavassori, Sonia Harrati, Henri Sztulman

Mises au point

- Dimensions de personnalité et tabagisme, Solange Carton
- Cannabis et sensibilisation croisée à d'autres

substances psychoactives. Approche neurochimique, Aurélie Oudin, Maÿlis Decrop, Dominique Ernouf

Revue bibliographique

- L'accompagnement psychologique d'un patient bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés, Olivier Phan, Pascale Bouthillon

Pratique clinique

- Les substituts nicotiniques. De la théorie à la pratique, Gilbert Lagrue, Solange Cormier, Catherine Mautrait

Varia

- Les psychanalystes s'intéressent-ils aux fumeurs de cannabis ? Pascal Hachet

Congrès

- 19^e journée de tabacologie. Réunion annuelle de la Société de tabacologie, octobre 2004, Le Kremlin-Bicêtre
- 1^{re} Conférence internationale francophone sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale, décembre 2004, Québec

Vie de la SFA

- Assemblée générale de la SFA, 18 mars 2005, Paris
- Nouveaux membres. Adhésion.
- Alcool et cancer, 17 et 18 mars 2005, Paris
- Prochaines réunions

Informations

- Prix Fouquet. Annonces. Enseignement. Recherche. Livres. Actualités. Agenda.

Alcoologie et addictologie. P^r Michel Lejoyeux. 64, avenue du Général-de-Gaulle. 92130 Issy-les-Moulineaux. Télécopie : 01 40 95 72 15. www.sfalcoologie.asso.fr.



Master professionnel management des organisations médicales et médico-sociales

ISPED, 2^e année de master, domaine sciences de la vie et de la santé, mention santé publique

L'ISPED est un institut unique en France, associant enseignement et recherche, dans les pays du Nord et du Sud. Les formations dispensées à l'ISPED couvrent les domaines de la promotion et de l'éducation à la santé, de l'épidémiologie et des biostatistiques, de l'évaluation, de l'ergonomie, de la santé publique internationale et du management. Leurs projets pédagogiques ont en commun une approche pluridisciplinaire de la santé publique, garante de futurs professionnels de haut niveau, médecins et non-médecins.

Diplômes de l'ISPED

Dans le cadre de la réforme LMD (Licence Master Doctorat), l'ISPED est habilité à délivrer les diplômes nationaux suivants :

- Licence professionnelle Promotion-Éducation de la santé
 - Licence sciences de la vie et de la santé, mention sciences sanitaires et sociales
 - Master sciences humaines et sociales, mention ergonomie
 - Master sciences de la vie et de la santé, mention santé publique.
- Ce master a une spécialité recherche et cinq spécialités professionnelles dont le management des organisations médicales et médico-sociales présenté ici.
- Pour les autres spécialités ou diplômes, veuillez consulter le site www.isped.u-bordeaux2.fr.

UE obligatoires

1^{er} semestre

1. Économie de la santé
2. Économie sociale
3. Démographie du champ médical et médico-social
4. Organisation du secteur médical et médico-social
5. Analyse financière des OMMS
6. Contrôle de la performance des OMMS
7. Évaluation de la qualité et des risques dans les OMMS
8. Gestion des ressources humaines dans les OMMS
9. Stratégie des OMMS
10. Instruments de réglementation des relations de travail des OMMS

2^e semestre

16. Stage (quatre mois minimum)

UE optionnelles (3 au choix parmi 5)

2^e semestre

11. Méthodes et outils de traitements de l'information de gestion
12. Spécialité « Organisations médico-sociales »
13. Spécialité « Établissements de santé »
14. Méthodes de conduite de projet
15. Libre

Projet pédagogique

Le projet pédagogique est guidé par un double enjeu : « professionnalisation » et « sens critique de l'action ».

- Chaque unité d'enseignement bénéficie d'une double coordination : un intervenant professionnel et un universitaire, garantissant une aller-retour permanent entre conceptualisation et réalité du terrain.
- Un cycle de conférences est organisé. Des intervenants du terrain exposent leurs pratiques et l'actualité du secteur.
- Les étudiants mènent des mini-projets tutorés en groupe, mêlant étudiants professionnels et en formation initiale.
- Un double encadrement de la mission de terrain est assuré par un universitaire et un professionnel (tutorat).
- L'équipe pédagogique favorise la constitution d'un réseau de professionnels, partenaires du diplôme. Ce réseau permet l'accueil des étudiants en stage et facilite leur intégration professionnelle après la formation.

Comité de direction de la formation

Matthieu Sibé, professeur agrégé d'économie et gestion

Yves-Antoine Flori, professeur d'économie

Objectif

Former aux métiers du management dans les organisations médicales et médico-sociales (OMMS), qu'elles soient publiques, privées, étatiques, territoriales, associatives.

Public

Étudiants et professionnels du secteur médical ou médico-social.

Conditions d'inscription

Formation initiale : être titulaire d'une première année de master ou équivalent présentant des prérequis en santé publique et/ou gestion

Adultes en reprise d'études (ARE) : être un professionnel ayant (ou ayant eu) une activité dans les spécialités visées par ce diplôme, après procédure de validation des acquis professionnels ou de validation des acquis de l'expérience en vigueur à l'université. Les ARE en activité bénéficient d'un aménagement spécifique et d'un rythme de formation adapté à la poursuite de leur travail.

Contenu pédagogique

Trois axes de formation sont répartis dans 16 unités d'enseignement représentant 60 crédits et 330 heures de formation.

Axe 1 : Acquisition d'une lecture transversale de l'environnement des organisations médicales et médico-sociales

Axe 2 : Maîtrise des instruments de management spécifiques aux organisations médicales et médico-sociales

Axe 3 : Confrontation à la pratique du management des organisations médicales et médico-sociales

Renseignements

M^{me} Petitjean

ISPED

Université Victor Segalen Bordeaux 2

146, rue Léo-Saignat

33076 Bordeaux Cedex

Téléphone : 05 57 57 45 25

Courriel : muriel.petitjean@isped.u-bordeaux2.fr

Site : www.isped.u-bordeaux2.fr

Épidémiologie nutritionnelle

Inserm U557 (UMR Inserm/Inra/Cnam)

Directeur

Serge Hercberg, directeur de Recherche

Effectif

56 personnes

Objectif

L'objectif général des recherches menées dans le cadre de l'UMR est de développer des recherches épidémiologiques afin de préciser les facteurs alimentaires et nutritionnels impliqués dans le déterminisme des maladies chroniques qui constituent aujourd'hui des grands problèmes de santé publique en France et en Europe.

La finalité de ces recherches est d'identifier des facteurs de risque et/ou de protection liés à l'alimentation pour aboutir à des recommandations et à des propositions de stratégies nutritionnelles permettant de diminuer la fréquence de certaines maladies chroniques et d'améliorer la qualité de la santé.

Ces maladies chroniques (cancers, maladies cardio-vasculaires, obésité, ostéoporose, diabète...) ont un poids considérable en termes de santé publique. Outre leur impact sur la mortalité, toutes ces maladies sont également, comme d'autres pathologies liées à la nutrition (maladies digestives, troubles immunitaires, malformations congénitales, carence iodée,...), responsables d'incapacités, avec leurs conséquences multiples et lourdes sur le plan humain, social et économique. Or ces pathologies sont aujourd'hui reconnues comme étant multifactorielles, résultant de l'interaction de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux (notamment l'alimentation et la sédentarité) qui interviennent dans leur développement ou leur expression clinique. Il est difficile de faire la part du poids relatif des facteurs alimentaires dans le déterminisme des maladies, mais de nombreux arguments physiopathologiques, cliniques et épidémiologiques suggèrent qu'ils sont importants. Cet élément est essentiel compte tenu du fait que l'alimentation (comme l'activité physique) est un phénomène sur lequel des possibilités d'intervention existent en termes de santé publique et de prévention.

Thèmes de recherche

Équipe n° 1. Nutrition en vitamines et minéraux, microconstituants, oméga-3 et maladies chroniques

Les activités de recherche portent spécifiquement sur la compréhension des relations entre :

1. apport et statut en vitamines et minéraux antioxydants et risque de cancers et de maladies cardio-vasculaires,
2. apport et statut en acide folique, homocystéinémie et risque de maladies cardio et cérébro-vasculaires,
3. apport en acides gras polyinsaturés oméga-3 et risque de maladies cardio et cérébro-vasculaires,
4. apport en polyphénols et prévention cardio-vasculaire
5. apport et statut en fer et pathologies,
6. statut en iode et état thyroïdien,

Ces travaux reposent sur deux études épidémiologiques avec essai d'intervention : l'étude SU.VI.MAX (débutée en 1994) et l'étude SU.FOL.OM3 (débutée en 2003).

Équipe n° 2. Nutrition et obésité

Les recherches menées par cette équipe ont contribué à définir plus précisément des normes de référence pour les marqueurs anthropométriques de définition de l'obésité et des différents types d'obésité. C'est à partir des travaux de cette équipe qu'ont été définies les courbes de référence de l'index de corpulence qui sont aujourd'hui intégrées dans les carnets de santé en France.

Les travaux de cette équipe ont également permis de mettre en évidence des particularités liées à la croissance des enfants obèses, notamment l'existence d'un « rebond d'adiposité » précoce sur leurs courbes de corpulence. Ces travaux s'appuient sur une étude longitudinale de l'alimentation et de la croissance entreprise par l'équipe en 1985.

Équipe n° 3. Nutrition et précarité

Les travaux de cette équipe portent sur :

- l'évaluation du statut nutritionnel de populations en état d'urgence ou de précarité,

- la mise au point d'outils pour l'étude des contraintes de coût dans l'alimentation,
- l'évaluation de la prévalence de l'insécurité alimentaire en France,
- la mesure de l'impact des contraintes économiques sur la qualité nutritionnelle de l'alimentation.

Équipe n° 4. Mise au point de typologies alimentaires et relations avec la santé

Cette équipe cherche à définir des typologies ou profils alimentaires qui, couplés à des mesures précises de l'activité physique, devraient permettre de reconnaître différents types de comportements et offrir ainsi une meilleure opportunité pour comprendre les déterminants de l'état nutritionnel et de l'état de santé (risque de pathologies ou qualité de la santé).

L'utilisation de ces profils alimentaires dans de larges populations suivies prospectivement (cohortes), pour lesquelles sont recueillis les événements morbides et la qualité de la santé, offre un moyen de tester de façon plus précise leurs valeurs prédictives en termes de santé.

Ces activités de recherche épidémiologique de type étiologique sont complétées par les activités d'épidémiologie descriptive de l'USEN (unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle, unité mixte InVS/Cnam), qui a en charge des activités de surveillance de l'état nutritionnel de la population française et l'étude de ses déterminants. Ces activités sont directement couplées avec les recherches de l'UMR.

Coordonnées

U557 Inserm/Inra/Cnam
ISTNA/Cnam
5 rue du Vertbois
75003 Paris
Téléphone : 01 53 01 80 40
Télécopie : 01 53 01 80 70
Courriel : hercberg@cnam.fr

politique de santé

Les acteurs du système de soins français : les institutions et organismes responsables de la politique de santé

Catherine Leborgne, Bruno Keller
Éditions Jean-Baptiste Baillière,
en collaboration avec Pfizer,
mars 2005, 192 pages, 28 euros.

L'objectif de ce livre n'est pas de décrire ni d'analyser le système de santé français, mais de présenter les principales institutions, dont bon nombre de structures nouvelles qui, au niveau national et régional, interviennent dans la mise en œuvre de la politique de santé. Ainsi cette édition 2005 permet de situer les réformes, les récentes lois de 2004 (comme la réforme de

l'assurance maladie et la loi de santé publique) dans un contexte où les rôles, les compétences de chaque organisme sont présentés et expliqués.



politique de santé

La santé mentale des migrants et des réfugiés : quelles réponses du système de soins en Europe ?

Actes du premier colloque européen de l'Association Française et Eugène Minkowski, 27 et 28 novembre 2003. Paris : éd. Migrations santé, n° 120-121, 2004, 187 pages, 10,70 euros.

Depuis plus de quarante ans, l'Association Française Minkowska accueille en France des migrants et des réfugiés venus d'horizons différents. En novembre 2003, cette association a organisé un colloque qui avait pour but de confronter les pratiques des organismes et institutions œuvrant dans le domaine de la santé mentale des migrants et des réfugiés pour permettre une harmonisation du système de santé et des soins en Europe. Ce colloque a réuni les experts de différents pays européens où les populations migrantes et réfugiées sont importantes, et où les politiques de santé insistent d'une part sur l'accès

aux soins et aux psychothérapies, d'autre part sur la cohérence et la congruence des pratiques transculturelles, et éventuellement de leur évaluation. De nombreux thèmes ont été abordés, comme la prise en charge des migrants en Europe, la promotion de la santé, l'éducation à la santé, la santé communautaire, la question de la médecine traditionnelle, les aspects transculturels, l'éthique médicale, l'identité culturelle, les problèmes soulevés par les situations de précarité, d'exclusion et de discrimination et leurs conséquences sur la santé mentale... Autant de questions qui correspondent aux problèmes dus à la complexité de la rupture avec le pays d'origine.



emploi et âges

Gestion des âges et politiques de l'emploi

Inspection générale des affaires sociales, Rapport annuel 2004

Paris : La Documentation française, octobre 2004, 336 pages, 26 euros.

Dans son rapport 2004, l'Igas met l'accent sur la gestion des âges et l'emploi des seniors, et elle s'intéresse aux conséquences des évolutions démographiques sur les conditions et l'organisation du travail ainsi que sur la formation professionnelle tout au long de la vie. Elle s'intéresse également aux leviers dont disposent les pouvoirs publics pour garantir l'équilibre des âges dans l'emploi. Comment

développer les taux d'activité après 50 ans et retarder l'âge moyen de sortie de l'emploi dans le cadre des orientations européennes ? L'Union européenne s'est fixé un objectif global de taux d'emploi de 70 % pour 2010 et de 50 % pour la tranche d'âge 55/64 ans. Une enquête menée dans quatre pays (Allemagne, Belgique, Royaume-Uni, Suède) montre que la progression du taux d'emploi des travailleurs âgés s'est réalisée de manière diverse et qu'il n'y a pas de modèle unique de réussite. À la lumière de ces expériences et en s'appuyant sur quelques principes directeurs, l'Igas propose un plan d'action réalisable dans une perspective de changement profond des comportements et d'évolution des mentalités.

politique de santé

Santé publique, santé communautaire

Stéphane Tessier, Jean-Baptiste Andreys, Marie-Adèle Ribeiro

Éditions Maloine, 2^e édition, novembre 2004, 341 pages, 25 euros.

Cet ouvrage a pour but d'être un outil de réflexion pour les professionnels de santé et présente une description aussi complète que possible des structures au

sein desquelles ces professionnels sont amenés à évoluer. Ils devront de plus en plus articuler leurs activités avec celles d'autres secteurs, comme l'éducation ou l'insertion, la protection judiciaire dans le cadre des quartiers difficiles des grandes villes ou des zones rurales défavorisées. De même, ils seront sans doute confrontés, dans le futur, à un niveau collectif ou communautaire, à des défis sociaux et médicaux de plus en plus complexes, assez éloignés de leurs conditions initiales d'apprentissage.

gestion des risques

Risques, crises et incertitudes : pour une analyse critique

Cahiers du GIS, « Risques collectifs et situations de crise », Publications de la MSH Alpes, mars 2005, 257 pages.

Les cahiers du GIS présentent un bilan scientifique des dix années de fonctionnement du Groupement d'intérêt scientifique (GIS) « Risques collectifs et situations de crise » (1994-2004), qui a fait suite au programme du CNRS du

même nom. Ce document présente en quatre chapitres des analyses portant sur des questions, objets et problématiques très divers liant réflexions théoriques et réflexions pratiques. Sont successivement abordés les thèmes suivants : « Vers une sociologie du risque ? », « Erreurs, défaillances, vulnérabilités : vers de nouvelles conceptions de la sécurité ? », « La sociologie de l'expertise : les recherches françaises au milieu du gué » et en dernier lieu « L'analyse des crises : entre normalisation et évitement ».

nutrition

Obésité, le nouveau mal français : pour une réponse politique à un fléau social

Jean-Marie Le Guen

Paris : Éditions Armand Colin, mars 2005, 284 pages, 21 euros.



L'auteur, Jean-Marie Le Guen, médecin, spécialiste de santé publique, développe dans cet ouvrage, en tant que député, des orientations pour lutter contre l'obésité et la « mal-bouffe » en général. Il veut faire prendre conscience aux responsables de l'industrie de l'agroalimentaire, de la restauration rapide et de la

grande distribution du danger d'une politique fondée uniquement sur l'économie de marché aux dépens de celle de la santé.

L'auteur suggère des mesures concrètes permettant d'agir sur l'environnement des personnes et plus particulièrement des enfants et des adolescents : information des consommateurs sur la teneur en calories et sur la nature des nutriments grâce à l'étiquetage indispensable des produits alimentaires, vigilance dans la surconsommation du sel (risque d'hypertension artérielle) car le sel existe déjà en rajout dans les produits de l'industrie agroalimentaire pour des raisons de conservation mais aussi de renforcement du goût, campagne d'éducation nutritionnelle des enfants dans les écoles et remplacement des distributeurs de boissons sucrées dans les établissements scolaires par des fontaines d'eau potable, interdiction de messages publicitaires pour les produits alimentaires trop riches et déviants par rapport aux normes souhaitables. Pour Jean-Marie Le Guen, seule l'opinion publique sensibilisée à une stratégie de « santé durable » peut imposer l'intérêt collectif face aux intérêts privés dans le combat contre l'obésité.

don d'organes

Enjeux éthiques des transplantations hépatiques avec donneur vivant

Centre d'éthique clinique. Éthiques regards croisés. Paris : AP-HP, 8 octobre 2004, 78 pages. Versions en français et en anglais.

Les actes de ce colloque, organisé le 8 octobre 2004 par le Centre d'éthique clinique et le Service de chirurgie digestive de l'hôpital Cochin, présentent les états actuels de la réflexion sur les enjeux éthiques des THDV (transplantations hépatiques avec donneur vivant) aux États-Unis, en

Asie et en Europe. La sécurité du donneur vivant doit être assurée, même si l'attention de l'équipe soignante tend à se concentrer sur le receveur, considéré comme le « vrai patient ». Il s'avère utile d'évaluer les risques, les problèmes éthiques et les besoins organisationnels qui entrent en jeu lors d'une transplantation, et de mettre en place deux équipes distinctes pour la prise en charge des deux patients, donneur et receveur. Il demeure indispensable que l'équipe médico-chirurgicale apporte toute la sollicitude nécessaire aux familles soumises à ces événements, et reste très attentive aux problèmes psychologiques et sociaux qui y sont liés.

troubles de l'équilibre

Les vertiges : aides au diagnostic ; thérapeutique ; conseils au patient ; examens complémentaires

André Chays, Antoine Florant, Erik Ulmer
Paris : Masson-Le Quotidien du médecin, coll. Consulter-Prescrire, 2004, 214 pages, 31 euros.

Cet ouvrage didactique des troubles de l'équilibre aborde en six chapitres tous les cas de vertiges qui peuvent amener un patient à consulter un médecin. Le premier chapitre explique l'organisation de l'équilibre, le second dresse l'examen clinique du vertigineux avec interrogatoire pour déceler la cause du vertige, le troisième présente la conduite à tenir pour le praticien devant un trouble de l'équilibre de son patient. Le quatrième chapitre concerne les examens complémentaires et paracliniques (audiométriques,



vestibulaires, scanner, radiographie cervicale...), le cinquième décrit les principaux syndromes liés aux vertiges (vertige positionnel paroxystique bénin, neuronite vestibulaire, maladie de Ménière, neurinome de l'acoustique, autres vertiges...) et indique les traitements qui peuvent être administrés au malade. Le dernier chapitre s'adresse aux cas particuliers des enfants et des personnes âgées souffrant de vertiges.

infections nosocomiales

Prévenir le risque nosocomial : la balade infectieuse

Dominique Lhuillier, Théodore Niyongabo, Dominique Rolland
Paris : Éditions L'Harmattan, 2005, 222 pages, 19,50 euros.

Les infections hospitalières sont courantes et difficiles à prévenir. En France, 500 000 à 800 000 patients sont infectés chaque année et 4 000 décès sont recensés. La situation dans les pays européens est très similaire, même si la France connaît la plus forte résistance des bactéries aux antibiotiques. Si le risque infectieux en milieu de soins dans les pays en développement reste encore trop méconnu, des hospitaliers sont de plus en plus sensibilisés à ce problème, tant les indicateurs sont alarmants. Aussi au CHU du

Burundi, une recherche-action, composée de médecins, de soignants, de chercheurs français, de psychosociologues et d'épidémiologistes, a été réalisée pour mieux connaître ces risques et améliorer la protection non seulement des malades, mais aussi du personnel soignant.



Un nouvel acteur de santé publique en pays de Loire

Le site Internet pl@net-sante est ouvert depuis le début de l'année 2005. Il a été créé à l'initiative de l'union régionale des médecins libéraux (URML), des conseils de l'Ordre de Loire-Atlantique et Mayenne, avec le soutien de l'Urcam, de l'ARH et de la Drass. Il vise à répondre à la forte demande des professionnels de santé en proposant une messagerie sécurisée gratuite, en offrant des référentiels de bonne pratique, en mettant progressivement à jour un annuaire de l'ensemble des institutions sanitaires et sociales, et en prévoyant également différents services accessibles aux associations de formation continue et aux maisons médicales de garde. Ce portail s'adresse aussi au grand public, qui pourra accéder à des informations sur la santé, la prévention et les démarches administratives.

www.planet-sante.com

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

Un cédérom pédagogique a été élaboré par la direction générale de la Santé afin de familiariser les acteurs avec les dispositions de la loi du 9 août 2004 et les aider à mieux saisir les objectifs de la loi et les enjeux liés à l'évolution de notre système de santé.

www.sante.gouv.fr

« Au possible, nous sommes tenus » : avril 2005

C'est sous ce titre déterminé que la commission « Familles, vulnérabilité, pauvreté », présidée par Martin Hirsch, a rendu son rapport au ministre des Solidarités. Cette commission, qui rassemblait des représentants d'administrations de l'État, de partenaires sociaux et de collectivités locales,

d'associations familiales et de lutte contre l'exclusion, a assorti son rapport de 15 résolutions : 1. se fixer des objectifs nationaux de réduction de la pauvreté des enfants, 2. combiner les revenus du travail et les revenus de la solidarité, 3. favoriser l'emploi par une politique économique et sociale plus redistributive, 4. créer un service public de l'accueil des jeunes enfants, 5. établir une nouvelle relation des familles avec les services sociaux, 6. loger les familles décemment, 7. éradiquer le saturnisme et réhabiliter les logements indignes, 8. ne plus cumuler inégalités sociales et inégalités de santé, 9. faire des familles modestes une priorité de la politique nutritionnelle, 10. permettre le développement durable du crédit sans payer le prix du surendettement, 11. gommer les discriminations négatives dans l'éducation, 12. donner leur chance aux jeunes adultes, 13. faire qu'« audace, innovation, expérimentation » soient les mots clés des nouvelles interventions publiques, 14. appréhender la pauvreté sans frontières et 15. conjuguer « solidarité et dignité ».

www.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000264/ext.html

La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie : enjeux et pistes de réflexion pour l'État (avril 2005)

Le groupe de travail « Geste » réalise une prospective du rôle de l'État dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, dans leur dernière période de vie. Les thématiques liées à cette prise, en charge et jugées majeures en raison des enjeux futurs qu'elles impliquent, ont fait l'objet de séminaires de travail dont les principaux résultats ont été rassemblés dans un rapport.

www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/054000282.shtml

médicaments

Médicaments vétérinaires

Arrêté du 28 janvier 2005, JO du 20 février 2005.

Cet arrêté définit les bonnes pratiques de laboratoires pour les médicaments vétérinaires, leurs modalités d'inspection et de vérification, ainsi que la délivrance de documents attestant de leur respect. Les bonnes pratiques forment un système de garantie portant sur le mode d'organisation des études de sécurité non cliniques ayant trait à la santé et à l'environnement. Les dispositions de ces bonnes pratiques sont établies par la directive du Parlement et du Conseil 2004/10/CE du 11 février 2004 et leur vérification est définie par la directive 2004/9/

CE du 11 février 2004. L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments est l'autorité compétente chargée de l'évaluation du degré de conformité aux recommandations des bonnes pratiques de laboratoire et de la certification.

Médicaments à usage humain

Décret n° 2005-156 du 18 février 2005, JO du 23 février 2005.

Un décret modifiant le Code de la santé publique précise les conditions d'autorisation de mise sur le marché de médicaments à usage humain. Le titulaire de l'autorisation doit faire parvenir toute demande de modification à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, autorité compétente dans ce domaine.

environnement

Contrôle sanitaire des eaux

Arrêté du 24 janvier 2005, JO du 22 février 2005.

Un arrêté définit les conditions administratives et techniques dans lesquelles les laboratoires peuvent obtenir un agrément pour la réalisation des prélèvements et

des analyses du contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine (à l'exclusion des eaux minérales naturelles), des eaux de piscines et de baignades. Le contrôle sanitaire concerne toute opération de vérification de la qualité des eaux conduite par l'autorité sanitaire compétente dans le but de répondre aux exigences de la réglementation applicable aux eaux considérées.

maladies

Labellisation de centres de référence pour les maladies rares

Circulaire DHOS/DGS/2005 n° 129 du 9 mars 2005.

La direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS) et la direction générale de la Santé (DGS) lancent un appel à projets, dans le cadre du plan « Maladies rares » (2005-2008) auprès des centres hospitaliers universitaires, pour la labellisation de nouveaux centres de référence « maladies rares » délivrée

pour cinq ans. Les missions de ces centres de référence sont, notamment, d'améliorer la qualité de la prise en charge des malades et de participer à l'amélioration des connaissances et pratiques professionnelles dans le domaine des maladies rares.

Rougeole

Décret n° 2005-162 du 17 février 2005, JO du 24 février 2005.

La rougeole a été ajoutée à la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire.

médecine du travail

Réforme de la médecine du travail

Circulaire DRT n° 03 du 7 avril 2005.

Dans une circulaire en date du 7 avril dernier, la direction des relations du Travail du ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale revient sur la réforme de la médecine du travail (décret du 28 juillet 2004) en rap-

pelant quelques priorités dans le fonctionnement des services de santé au travail et dans l'action des médecins du travail. Tout établissement ou entreprise doit organiser un service de santé au travail qui lui soit propre, ou l'organiser en commun avec d'autres entreprises selon son importance. L'exercice du médecin du travail intervient sur deux axes complémentaires : l'intervention prioritaire sur le milieu du travail et le suivi médical individuel des salariés.

organisation des soins

Permanence des soins : modalités d'organisation

Décret n° 2005-328 du 7 avril 2005, JO du 8 avril 2005.

Ce décret indique les modalités d'organisation de la permanence des soins et les conditions de participation des médecins à cette permanence. Ce dispositif basé sur le volontariat (instauré en 2003) devra être assuré de 20 heures à 8 heures du matin.

Évaluation des pratiques professionnelles

Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005, JO du 15 avril 2005.

Cette évaluation a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé et vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et fait partie intégrante de la formation médicale continue. L'évaluation est organisée par les unions régionales de médecins libéraux et les commissions médicales d'établissement

qui indemnisent les médecins. Chaque médecin doit participer à cette évaluation au moins une fois tous les cinq ans.

Dossier médical personnel : approbation de la convention constitutive d'un GIP

Arrêté du 11 avril 2005, JO du 12 avril 2005.

Le groupement d'intérêt public (GIP) chargé de mettre en place le dossier médical personnel a été créé et constitué jusqu'au 31 décembre 2005. Sont membres de ce GIP : l'État (représenté par le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille), la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et la Caisse des dépôts et consignations.

Prise en charge des soins effectués au sein de l'UE et reçus hors de France

Décret n° 2005-386 du 19 avril 2005, JO du 27 avril 2005.

Les caisses d'assurance maladie procèdent au remboursement des frais des soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen (EEE), dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France. Des conventions peuvent être passées entre les organismes de sécurité sociale et certains établissements de soins

établissements de santé

Régime juridique des établissements de santé

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, JO du 3 mai 2005.

Une ordonnance en date du 2 mai 2005 simplifie le régime juridique des établissements de santé. Cette réforme s'applique pour l'essentiel aux établissements publics, hôpitaux locaux — partiellement —, centres hospitaliers et centres hospitaliers universitaires,

ainsi qu'aux centres de lutte contre le cancer. Le titre I réforme l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé, le titre II traite de l'organisation hospitalo-universitaire, le titre III regroupe les dispositions financières, le titre IV modifie le régime juridique des centres de lutte contre le cancer, le titre V comporte des dispositions relatives à certains personnels de la fonction publique hospitalière et le titre VI est consacré aux dispositions diverses. Lire le Rapport au président de la République relatif à cette ordonnance dans ce même JO.

droits des malades

Droits des malades en fin de vie

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005, JO du 23 avril 2005.

Cette loi prévoit que, désormais, les actes médicaux ne doivent pas être poursuivis avec une obstination déraisonnable et qu'ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris lorsqu'ils appa-

raissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie. La loi précise également que, lorsqu'un malade en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable décide de limiter ou d'arrêter son traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix.

établis dans un État membre de l'Union européenne, ou partie à l'accord sur l'EEE, afin de prévoir les conditions de séjour des assurés sociaux qui ne peuvent recevoir en France de soins appropriés à leur état.

Référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le Code de la santé publique

Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005, JO du 15 avril 2005.

L'article L. 3215-1 du Code de la santé publique issu de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit la définition d'un cadre de référence pour les activités de réduction des risques en direction des consommateurs de

stupéfiants. Les acteurs, professionnels de santé ou de travail social, ou membres d'associations, comme les personnes auxquelles s'adressent ces activités, doivent être protégés des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage au cours de ces interventions. Ce décret rappelle les objectifs des activités de réduction des risques, les modalités d'intervention, la distribution de matériel de prévention, l'information sur les risques associés à l'usage de drogue, la diffusion des alertes sanitaires, les lieux d'intervention et les intervenants participant aux activités de réduction des risques (surveillance de consommations de substances psychoactives, participation à l'expérimentation de nouveaux outils ou stratégies de prévention)...

**médicaments****Produits phytopharmaceutiques contenant des micro-organismes**

Directive 2005/25/CE du Conseil du 14 mars 2005 modifiant l'annexe VI de la directive 91/414/CEE, JOUE du 8 avril 2005.

Alors que des principes uniformes ont été établis uniquement pour l'évaluation et l'autorisation des produits phytopharmaceutiques chimiques par les États membres, il n'existe pas de principes équivalents pour l'évaluation et l'autorisation des produits phytopharmaceutiques contenant des micro-organismes. Cette directive détermine des principes uniformes additionnels pour ce type de produits phytopharmaceutiques contenant des micro-organismes.

**médicaments**

Principes et lignes directrices détaillées relatifs à l'application de bonnes pratiques cliniques en ce qui concerne les médicaments expérimentaux à usage humain, ainsi que les exigences pour l'octroi de l'autorisation de fabriquer ou d'importer des médicaments

Directive 2005/28/CE de la Commission du 8 avril 2005, JOUE du 9 avril 2005

Eu égard à la protection des personnes participant à l'essai et pour éviter les essais superflus, cette directive définit les principes et les lignes directrices détaillées de bonnes pratiques cliniques permettant que les essais soient documentés en vue d'une utilisation ultérieure. Des dispositions relatives au fonctionnement des comités d'éthique doivent être prises

dans chaque État membre sur la base de lignes directrices détaillées communes, afin d'assurer la protection de la personne participant à l'essai et de permettre en même temps une application harmonisée dans les différents États membres des procédures à utiliser par les comités d'éthique. De même, l'autorisation de fabrication ou d'importation de médicaments doit répondre à des critères bien spécifiques et respecter certaines obligations décrites dans cette directive.

**contrôle alimentaire**

Programme coordonné pour le contrôle officiel des aliments pour animaux en 2004

Espace économique européen : Recommandations de l'autorité de surveillance AELE n° 65/04/COL du 31 mars 2004, JOUE du 19 mai 2005.

Ces recommandations rappellent la nécessité de prévoir des programmes d'inspection de l'alimentation animale en vue d'améliorer la mise en œuvre harmonisée des contrôles officiels par les États membres. Par exemple, certaines matières premières entrant dans la composition des aliments pour animaux (céréales, graines oléagineuses) sont particulièrement exposées à une contamination par les mycotoxines liée aux conditions de récolte, de stockage et de transport : les concentrations en mycotoxines variant d'une année sur l'autre, il convient de recueillir des données sur plusieurs années consécutives. Par ailleurs, il convient de surveiller la présence de diverses substances médicamenteuses

en tant qu'additifs alimentaires pour certaines espèces et catégories d'animaux.

environnement**Questionnaire sur les émissions de gaz à effet de serre**

Décision de la Commission du 4 mai 2005 établissant un questionnaire en vue de la présentation de rapports sur l'application de la directive 2003/87/CE du Parlement européen et du Conseil établissant un système d'échange de quotas d'émission de gaz à effet de serre dans la Communauté et modifiant la directive 96/61/CE du Conseil, JOUE du 19 mai 2005.

Les États membres doivent répondre à un questionnaire en présentant des rapports concernant l'adoption de lignes directrices pour la surveillance et la déclaration des émissions de gaz à effet de serre. Les rapports doivent être présentés à la Commission pour le 30 juin de chaque année, et doivent couvrir également l'année civile du 1^{er} janvier au 31 décembre.

**substances psychoactives**

Coopération des États membres face aux nouvelles substances psychoactives

Décision 2005/387/JAI du Conseil du 10 mai 2005 relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles substances psychoactives.

Les substances dont la valeur médicale est établie ne sont pas soumises aux mesures de

contrôle fondées sur la présente décision, mais concernent celles qui peuvent être néfastes pour la santé. Les dangers inhérents à l'évolution des substances psychoactives exigent un système d'échange rapide d'informations et d'évaluation des risques, afin que les mesures de contrôle qui sont applicables aux stupéfiants et aux substances psychotropes dans les États membres puissent également l'être aux nouvelles substances psychoactives. C'est dans ce sens que cette décision a été prise le 10 mai 2005.

Les rubriques *Brèves européennes*, *Lectures*, *Lois et réglementation* et *En ligne* ont été rédigées par Antoinette Desportes-Davonneau, sauf mention spéciale.

Paris
Le 12 septembre 2005

La dyslexie, quoi de neuf... l'école et les soins

Journée organisée par l'ARTA (Association pour la recherche sur les troubles de l'apprentissage)

Renseignements

ARTA
50, rue Volta
75003 Paris
Téléphone : 01 45 21 24 89
Télécopie : 01 45 21 21 61

Paris
Du 18 au 21 septembre 2005

La solidarité francophone contre le tabac
2^e conférence internationale francophone organisée par CIFICOT

Renseignements

TCO
1, rue de Berri
75008 Paris
Téléphone : 01 42 94 87 32
Télécopie : 01 42 94 87 33
Courriel : info@cifcot.com
Site : www.cifcot.com

Nanterre
Du 21 au 24 septembre 2005

Enfants en difficulté dans un monde difficile

9^e congrès international de l'EUSARF (European scientific association for residential care for children and adolescents)

Renseignements

Secrétariat — Congrès EUSARF 2005
Département des Sciences de l'éducation
Université Paris X
200, avenue de la République
92001 Nanterre Cedex
Téléphone : 01 40 97 59 92
Télécopie : 01 40 97 70 89
Courriel : congreseusarf@u-paris10.fr

Paris
Le 30 septembre 2005

1^{re} journée francophone des associations d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool et les autres substances psychoactives

Journée organisée par la Société française d'alcoologie

Renseignements

Princeps/SFA
64, avenue du Général-De-Gaulle
92130 Issy-les-Moulineaux
Téléphone : 06 62 19 72 15
Télécopie : 01 40 95 72 15
Courriel : princeps.m-auge@wanadoo.fr

Paris
Le 6 octobre 2005

La tuberculose

Colloque international organisé par Cellule tuberculose

Renseignements

Cellule tuberculose
Centre « Edison »
44, rue Charles-Moureu
75013 Paris
Téléphone : 01 44 97 86 53
Télécopie : 01 44 97 86 35
Courriel : fadi.antoun@paris.fr

Rouen
Les 7 et 8 octobre 2005

Les pathologies environnementales

1^{er} colloque national organisé par l'union régionale des médecins libéraux (URML) de Haute-Normandie

Renseignements

Françoise Guérault
URML Haute-Normandie
Île Lacroix
Rue Stendhal
76000 Rouen
Téléphone : 02 35 88 01 25
Télécopie : 02 35 88 15 73
Courriel : fguerault.urmlhn@free.fr
Site : www.urmlsante.com

Kremlin-Bicêtre
Le 8 octobre 2005

Que reste-t-il du secret médical ?

7^e colloque organisé par Espace éthique AP-HP

Renseignements

Espace éthique AP-HP
Centre hospitalier universitaire Saint-Louis
1, avenue Claude Vellefaux
75475 Paris Cedex 10
Téléphone : 01 44 84 17 57
Télécopie : 01 44 84 17 58
Site : www.espace-ethique.org

Arles
Les 11 et 15 octobre 2005

Toxicomanies, hépatites, sida

Journées organisées par la Société européenne toxicomanies, hépatites, sida

Renseignements

SETHS
Le vieux Mûrier
Route de Tahiti
83990 Saint-Tropez
Téléphone : 04 94 97 09 56
Télécopie : 04 94 97 09 56
Courriel : seths2@wanadoo.fr

Paris
Les 17 et 18 novembre 2005

États généraux de la maltraitance

5^e congrès national organisé par l'AFIREM (Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée)

Renseignements

AFIREM
Hôpital des Enfants malades
149, rue de Sèvres
75730 Paris
Téléphone : 01 44 49 47 24
Télécopie : 01 42 73 13 14
Courriel : afirem@libertysurf.fr
Site : www.afirem.fr

À photocopier ou à découper et à envoyer à
La Documentation française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers CEDEX
Téléphone 01 40 15 70 00
Télécopie 01 40 15 68 00

Nom _____

Prénom _____

Profession _____

Adresse _____

Code postal _____

Localité _____

Oui, je m'abonne à **adsp** actualité et dossier en santé publique
(4 numéros par an)

- ☐ France 40,80 euros TTC
- ☐ Europe 43,80 euros TTC
- ☐ DOM-TOM et RP 44,20 euros HT avion éco.
- ☐ Autres pays 45,40 euros HT avion éco.
- ☐ Supplément avion 5,00 euros

- ☐ Le numéro 13,20 euros (à partir du numéro 24)
Participation aux frais de facturation et
de port (sauf pour les abonnements) + 3,05 euros

Ci-joint mon règlement :

☐ Par chèque bancaire ou postal à l'ordre de
M. l'agent comptable de La Documentation française.

☐ Par carte bancaire

date d'expiration

numéro

Date

Signature

éditorial

- 1 Politique de santé : une approche intégrant l'ensemble des problématiques**

Jean-Pierre Claveranne

actualité

- 4 L'asthme en France : sa gravité potentielle mérite plus d'exigence**

En France, près de 4,5 millions de personnes sont soignées pour leur asthme. La prise en charge de ces patients peut être améliorée.

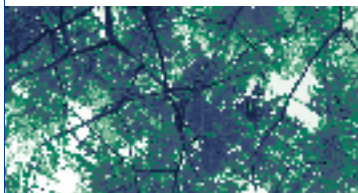
Dominique Seyer,
Philippe-Henri Déprez,
Dominique Prunet

- 7 Réforme du financement des établissements de santé et amélioration de leur gestion**

La réforme de la tarification des hôpitaux, T2A, améliorera-t-elle la gestion des établissements de santé ?

Caroline Leuridan,
Meyer Semhoun

Politiques et programmes nationaux de santé



dossier coordonné par
**Jean-Claude Henrard et
Pierre-Henri Bréchat**

18 Naissance et histoire des priorités et actions des politiques nationales de santé

- 18 Répartition des ressources et démarche stratégique de santé publique**

Jean-Claude Henrard

- 21 Des ordonnances à la loi de santé publique d'août 2004**

Pierre-Henri Bréchat

- 27 Du scandale à la prudence dans le traitement public des risques sanitaires**

Geneviève Paicheler

29 Des priorités aux programmes

- 29 Du bon usage des priorités de santé**

Bertrand Garros

- 33 La lutte contre les inégalités dans les politiques nationales de santé**

Florence Jusot,
Dominique Polton

- 36 L'impact de l'Europe sur les programmes nationaux de santé**

Emmanuelle Jean

- 38 Financement des politiques de santé**

Dominique Bertrand,
Pierre-Henri Bréchat

40 La mise en œuvre des politiques

- 40 Forces et faiblesses des programmes nationaux de santé**

Pierre-Henri Bréchat,
Marie-Christine Avargues,
René Demeulemeester,
Françoise Jabot

- 43 Le Programme national nutrition santé**

Serge Hercberg

- 45 Le développement des soins palliatifs : impact des programmes**

Jean Kermarec

- 50 Pour un cadre de suivi des politiques de santé**

Alain Bérard,
Pierre-Henri Bréchat

52 Les expériences étrangères

- 52 Priorités de santé publique et gouvernance par programmes au Royaume-Uni**

Karine Chevreul

- 55 La programmation sanitaire au Québec**

Jean Turgeon, Olivier Choinière

58 tribunes

- 58 Le pouvoir, les incitations, la confiance**

Pierre-Gerlier Forest

- 60 Les médecins et la mise en œuvre de la politique de santé publique**

Richard Bouton

- 64 La réglementation de l'usage du tabac, bilan et perspectives**

Capucine de Bérard,
Albert Hirsch

- 67 Histoire et avenir de la santé publique**

François Grémy

69 bibliographie

rubriques

régions

- 12 Évaluation du programme CAPRI de prévention des addictions**

Bilan d'un programme de prévention des addictions réalisé durant trois ans auprès de collégiens de la région Ile-de-France.

Catherine Embersin,
Xiaoya Wu-Zhou, Cécile Brouard, Benoît Chardon,
Isabelle Grémy

international

- 71 L'Europe de la santé publique : compétences et réalisations communautaires**

Quel rôle a l'Union européenne en matière de santé publique ? Évolution de sa politique au fil des traités.

Emmanuelle Jean

repères

- 11 brèves européennes**

- 16 organisme**
Insee

- 77 formation**
Master professionnel management des organisations médicales et médico-sociales

- 78 recherche**
Épidémiologie nutritionnelle

- 79 lectures**

- 81 en ligne**

- 81 lois & réglementation**

- 84 calendrier**



Haut Comité de la
Santé Publique
www.hcsp.ensp.fr

3 303335 300508



Prix 13,20 euros
ISSN 1771-7450.
CP : 1008 B 05201

La **documentation** Française
29-31, quai Voltaire
75344 Paris CEDEX 07

Téléphone : 01 40 15 70 00
Télécopie : 01 40 15 68 00
www.ladocumentationfrancaise.fr