



# 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

**Y**a-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'accapement 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 santé<sup>1</sup>. 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 durée<sup>2</sup> 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 prioritaire<sup>3</sup>.

### 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

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.

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



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 santé<sup>4</sup>; 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'existence<sup>5</sup>). 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

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.

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

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)