

# Stratégie pour une politique de santé publique

## Consultation nationale et débats régionaux

En septembre 1992, le Haut Comité de la Santé Publique présentait au ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire, un premier rapport « Stratégie pour une politique de santé - premières propositions » ; ce rapport devait être soumis à une consultation nationale décentralisée avant d'être à nouveau proposé au Ministre à la mi-décembre (cf *adsp* n°1 p. 3).

L'objet de cet article est de tenter de présenter les principales remarques et critiques, positives ou négatives, issues de cette consultation.

### Rappel

Le premier rapport a été tiré en 5 000 exemplaires : 4 000 exemplaires ont été distribués dans les 4 régions (Bretagne, Lorraine, Midi-pyrénées, Nord-Pas-de-Calais) qui avaient été choisies pour l'organisation de débats régionaux, les 1 000 autres ont été envoyés par courrier aux responsables des structures, institutions, etc. oeuvrant dans le champs de la Santé Publique ou de l'intervention médico-sociale. Ce courrier comprenait un questionnaire simple. Par ailleurs l'association des médecins inspecteurs avait proposé de consulter directement ses adhérents. Cependant le taux de réponse de cette consultation écrite a été faible (50 réponses) : désintéressé ou trop court délai de réponse imposé ? Par contre, les rapports des débats régionaux et de leurs ateliers sont particulièrement riches.

C'est donc de l'ensemble de ces contributions écrites que sont tirés les éléments qui suivent.

### Sur la démarche et le document dans son ensemble

L'approche globale est unanimement appréciée : l'accent mis sur le caractère intersectoriel et multifactoriel, la prise en compte des facteurs sociaux, la reconnaissance de l'apport des sciences humaines et sociales à la santé publique... sont en particulier remarquables.

Le caractère synthétique et concis, même si pour certains il s'accompagne d'un côté réducteur, est apprécié également ; le document peut constituer ainsi un cadre général de réflexion pour l'ensemble des intervenants de la santé publique dont la nécessité de coordination apparaît, à bon escient, soulignée.

L'approche par définition d'objectifs est largement approuvée et la référence à la région ou à la nation la plus favorisée, bien que moins souvent relevée, semble très consensuelle.

Enfin le chapitre sur les stratégies de soutien à une politique de santé, bien que jugé trop court, a particulièrement intéressé.

Cette remarque est à relier à une première critique : le déséquilibre entre les différents chapitres, peu apprécié.

Mais essentiellement, c'est le caractère trop général, pas assez concret, voire quelque peu idyllique du rapport qui est souvent regretté.

Plus précisément les critiques portent sur :

- une définition d'objectifs trop vagues ; certains vont plus loin en notant le manque d'unité conceptuelle entre buts - objectifs - actions ou le mélange de quelques, trop rares, objectifs de résultats avec des objectifs de moyens ;
- l'absence de hiérarchisation des problèmes, la non définition de priorités ;
- le décalage entre une définition large de la santé, phénomène social autant qu'individuel, et le découpage par tranches d'âge du rapport (et des ateliers) d'une part, et les objectifs ou types d'action proposés, trop médicalisés d'autre part ;
- le flou sur les conditions de mise en oeuvre : actions à mener souvent vagues, pas de détails sur les moyens nécessaires, pas d'évaluation des coûts (impasse sur l'aspect économique).

Il convient de noter également le regret que ne soient pas approfondies la question du partage des compétences (État, collectivités locales notamment, mais organismes de protection sociale également) et celle de la nécessaire refonte de la législation.

Par ailleurs, dans les quatre débats régionaux, le Haut Comité a été soupçonné de méconnaissance, ou du moins, de sous-estimer, les expériences localement accumulées.

Enfin, plusieurs déplorent le manque de précision sur les sources des données, de références documentées, d'indicateurs chiffrés et plus généralement d'une bibliographie.

### Sur les différents thèmes ou chapitre du document

Il est pratiquement impossible de résumer l'ensemble des contributions. Nous nous contenterons de mentionner les manques les plus souvent évoqués :

- la dimension psychologique dans la petite enfance (les inter-actions mère - enfant par exemple) et le rôle des services de pédopsychiatrie : l'influence de ses différents milieux de vie : famille mais également modes d'accueil ;
- le problème des 6-13 ans et plus tard, celui des étudiants (objectif et organisation des services de médecine préventive universitaire) ;
- les problèmes de santé de la femme enceinte ;
- la santé en milieu rural ;
- les problèmes des populations les plus vulnérables, les sans domicile fixe, les

suite page 4

# Les programmes des partis politiques en matière de santé publique

Judi 11 février 1993, la Société Française de Santé Publique organisait, avec le soutien du Haut Comité, un débat sur les programmes des partis politiques en matière de santé publique.

Étaient représentés : le R.P.R. par monsieur Jean-Yves Chamard, l'U.D.F. par monsieur Gérard Dubois, le P.S. par monsieur Claude Pigement, le P.C. par madame Claude Beaudeau, Génération Écologie par monsieur Bernard Guéguen et les Verts par monsieur Gaël Lagadec.

Le débat était organisé autour de quatre thèmes et quatre questionnements :

- le développement de la prévention sanitaire : alors que les activités de prévention sont au cœur d'un projet de santé publique, l'effort de la nation pour promouvoir ces activités est très modeste aussi bien en terme de ressources mobilisées que de reconnaissance de la fonction, de formation ou de recherche et d'évaluation. Quelles orientations, quels objectifs, quelle répartition des rôles pour cette politique de prévention ?
- l'environnement et la santé : il y a un paradoxe, entre le rôle réel de l'environnement comme facteur de santé et l'état actuel d'organisation de la recherche, de la surveillance et de l'intervention administrative dans le domaine des relations santé et environnement. Comment améliorer l'expertise dans ce domaine, l'information et le dialogue entre population et les pouvoirs publics, l'intégration des objectifs sanitaires dans la politique d'aménagement ?
- maîtrise des dépenses de santé : si la maîtrise des dépenses de santé n'est pas une fin en soi, d'une part il importe des maîtriser les dépenses médicales qui représentent la part la plus importante des dépenses de santé et se développent aux dépens d'autres interventions, d'autre part pour répondre à des critères de santé publique il convient d'abord de définir explicitement les principaux objectifs sanitaires à atteindre et réfléchir sur les moyens les plus efficaces. Quelles mesures pour mieux maîtriser l'évolution future des dépenses de santé, tout en ré-équilibrant l'affectation de ces importantes ressources ?
- l'accès aux soins et la couverture sociale : deux évolutions observées aux cours des années 80 sont préoccupantes : l'aggravation des inégalités géographiques et sociales de l'offre de soins et la dégradation de la couverture sociale des dépenses de santé ; quelles propositions pour améliorer l'accès aux soins médicaux pour l'ensemble de la population, et notamment ses fractions les plus démunies ?

Sur ces thèmes, ces questionnements, on a pu noter que les discours étaient relativement proches, voire consensuels. Seul monsieur Lagadec, pour les Verts a adopté une approche résolument différente et cherché à rompre avec les logiques dominantes.

Les orateurs ont d'abord été invités à s'exprimer sur le développement de la prévention sanitaire et les questions d'environnement. Dans cette première partie notamment les points d'accord étaient nombreux.

Les différents partis se sont retrouvés en particulier sur

- le constat du manque de moyens : manque de moyens pour les interventions de prévention (madame Beaudeau a été jusqu'à souhaiter un doublement des effectifs dans les services de médecine préventive : santé scolaire, PMI, médecine du travail...); manque de moyens pour développer l'expertise sur les questions d'environnement et santé (en lien avec ce dernier point monsieur Guéguen a particulièrement insisté sur l'enjeu que représente la transparence de l'information et la nécessité de restaurer la confiance entre experts et citoyens).
- la nécessité de développer l'évaluation de ces interventions.
- le constat d'une multiplicité de pôles de décisions et d'actions, parfois même en concurrence, du fait de la décentralisation, du fait également de l'intervention de deux ministères (Environnement et Santé); d'où l'impérative nécessité d'inventer des modes de coordination : lieux, structures...?
- l'importance de développer l'observation et sur ce point le rôle des O.R.S. a été largement mis en avant.
- le rôle des médecins libéraux, généralistes notamment, dans la prévention, rôle à encourager en rémunérant l'acte de prévention.

Sur la loi Évin (lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme), monsieur Pigement a redit combien il considérait cette loi comme une grande loi de Santé Publique, et messieurs Chamard et Dubois se sont engagés à ne pas y toucher ; cependant les écologistes ont tout de même fait remarquer qu'elle ne présentait pas un caractère très éducatif.

Notons enfin que messieurs Dubois et Chamard se sont délibérément placés à un niveau plus institutionnel et organisationnel : ils ont tous deux réaffirmé le rôle que devait garder l'État en matière de santé (« assurer la sécurité sanitaire », « pouvoir régaliens de l'État ») et reconnu le rôle que devait avoir un Haut Comité de la Santé Publique : rôle de synthèse et rôle d'alerte, même si sa composition actuelle ne leur apparaît pas satisfaisante ; mon-

sieur Dubois a par ailleurs souhaité voir diminuer la taille des cabinets (de façon à diminuer les intermédiaires entre connaissance technique et connaissance politique) tandis que l'administration verrait ses effectifs renforcés. Plus politique, monsieur Chamard s'est prononcé en faveur d'un débat parlementaire annuel sur la politique de santé.

L'analyse et les propositions sur la deuxième partie du débat qui portait sur la maîtrise des dépenses de santé et l'accès aux soins ont été un peu moins convergentes. Les orateurs se sont cependant retrouvés sur :

- la conviction que la voie contractuelle est la seule voie qui pourra conduire à une maîtrise des dépenses de santé,
- l'importance d'assurer une transparence pour établir la confiance,
- la nécessité de mieux définir les rôles et les responsabilités, notamment entre l'État et l'assurance maladie (on a parlé de double pilotage),
- le développement de l'évaluation médicale.

Par contre le PS et le RPR se sont démarqués sur la nature des dépenses à chercher à maîtriser : toutes les dépenses de santé pour monsieur Pigement, alors que monsieur Chamard a clairement distingué les dépenses de santé et les dépenses « médicalement nécessaires » : le taux moyen de remboursement ne doit plus diminuer, et certaines dépenses verront leur remboursement augmenter, d'autre diminuer.

Le budget global a fait l'objet d'un autre débat : l'UDF, par l'intermédiaire de monsieur Dubois s'est prononcé contre ce budget global et pour le retour à un système de tarification identique dans le secteur public et le secteur privé. Monsieur Prigent pour le PS a défendu le budget global mais reconnu la nécessité d'inverser la démarche pour son calcul en partant de contrats d'objectifs.

Dans ce deuxième débat le PC s'est clairement démarqué puisqu'il refuse la logique du « rationnement » et prône une politique de relance économique (créations d'emplois, augmentation des allocations familiales, du R.M.I...) d'une part, d'une taxation des revenus financiers d'autre part pour augmenter les ressources.

Notons que si le problème des inégalités a été repris, par les écologistes et le PS, peu de propositions ont été faites (si ce n'est celle de la mise en place d'une mutualisa-

tion pour l'avance des frais par le PS) ; Enfin il faut revenir sur la différence du discours et de l'approche de monsieur Lagadec : insistant l'importance des déterminants sociaux, économiques et culturels dans la santé ou dénonçant les discours sur « la rentabilisation du système de santé ».

La S.F.S.P. a conclu en souhaitant :

- qu'on ne laisse pas « filer » les dépenses de santé en ne maîtrisant que les dépenses d'assurance maladie,
- que soient développés les dispositifs d'évaluation,
- que soit valorisée la fonction prévention pour les professionnels,
- que soit assurée la transparence des risques notamment en matière d'environnement.

S. Ch.

### Stratégie pour une politique de santé publique, suite...

chômeurs, les immigrés ;

- toutes les questions en lien avec l'hygiène du milieu (eau, déchets, pollution, bruit...).

Deux thèmes sont jugés insuffisamment développés ;

- le handicap : chapitre trop réduit, handicap mental à peine évoqué ;
- la santé mentale : chapitre spécifique mais absente dans l'approche par populations ou groupes d'âge.

Dans les débats régionaux comme dans les réponses écrites, les *suggestions* n'ont pas manqué. On peut les regrouper autour de trois pôles :

- les suites à donner à ce premier rapport :
  - établir un état des lieux plus complet des problèmes de leur déterminants, de leurs tendances évolutives,
  - définir des priorités,
  - définir et suivre des indicateurs,
  - développer les actions à entreprendre, les moyens à mettre en oeuvre et réfléchir à une remise à plat de l'affectation des moyens. Sur cette phase de mise en oeuvre, les rapporteurs régionaux ont beaucoup insisté sur le respect des particularités régionales : une décentralisation (régionalisation...) de la définition des priorités

en fonction des problèmes locaux et des actions en fonction des ressources locales, est fortement souhaitée ;

- éducation et formation : mieux éduquer le public, notamment les jeunes, former les professionnels à une approche plus large de la santé, sont très souvent évoquées comme le type d'actions à mettre en place de façon prioritaire ;
- coordination et définition des rôles : mieux définir les rôles et les responsabilités des différentes institutions et niveaux d'intervention, créer les conditions d'une coordination de l'ensemble des intervenants, décloisonner le sanitaire et le social.

Enfin, notons le souhait (exprimé en Midi-Pyrénées) que la responsabilité figure au rang des valeurs fondatrices de la politique de santé.

### Conclusion

On peut craindre que les plus sceptiques aient évité de s'exprimer ce qui doit conduire à relativiser les conclusions trop optimistes qu'on serait tenté de tirer de cette consultation.

Cependant le soutien fort de personnalités importantes (comme le président de l'ordre des médecins, ou un autre niveau celui de l'association des médecins inspecteurs de la santé, ou encore celui du directeur du bureau régional de l'OMS) constitue déjà en soi un encouragement.

De la consultation elle-même, il ressort, une adhésion à la démarche d'une politique de santé *globale* basée sur la *définition d'objectifs*, une appréciation du principe même de la consultation, mais, des interrogations sur la suite de ce travail : comment vont être définis les objectifs prioritaires, comment seront repartis les moyens, comment seront pris en compte les particularités locales et plus globalement s'est exprimée l'appréhension que l'espoir né de cette démarche et de cette consultation ne soit déçu.

S. Ch.  
**N.B.** Une telle synthèse est par nature éminemment réductrice ; aussi le HCSP tient à remercier l'ensemble des participants aux débats, tous ceux qui pour les débats régionaux ou directement au HCSP ont rédigé une contribution écrite, et tout particulièrement, les membres des comités de pilotage locaux et les responsables des DRASS qui, par leur forte implication ont contribué au succès de cette consultation.

La deuxième édition de ce rapport, revue et complétée sera disponible à partir de la mi-mars 1993.