



100 millions pour la santé publique

La santé publique a bénéficié fin 1992, d'une dotation budgétaire exceptionnelle de 100 millions de francs. Le Haut Comité de la santé publique, la direction générale de la santé, le Réseau national de santé publique ont participé à la procédure d'attribution des crédits. Au total, 86 projets ont ainsi pu être financés.

L'origine et le contexte

À la fin du mois de décembre 1992, lors de la discussion au parlement de la loi de Finances rectificative pour 1992 et dans un contexte de modification de la loi Évin du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (disposition concernant la retransmission en France de manifestations de sport automobile sponsorisées à l'étranger par des marques de tabac), certains membres du Haut Comité de la santé publique proposèrent au gouvernement de déposer un amendement destiné à donner à la politique de santé publique des moyens financiers supplémentaires.

A donc été voté un amendement gouvernemental à la loi de finances rectificative ainsi libellé :

« Sont accordés [...] 100 millions de francs [...] au titre IV du budget des Affaires sociales et de l'intégration [...] afin d'abonder la subvention au groupement d'intérêt public *Réseau national de santé publique* pour le financement d'actions d'études et d'actions de communications et de promotion de la santé, no-

tamment dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme.

« En outre, un compte d'affectation spéciale sera créé dans la plus prochaine loi de finances, dont les recettes proviendront de l'affectation d'une partie de la fiscalité sur le tabac afin de concourir, d'une part, au financement de ces actions et d'autre part à celui des sports bénéficiant jusqu'au 1^{er} janvier 1993 des recettes provenant de la publicité sur le tabac. »

L'agencement administratif

Pour des raisons d'annuité budgétaire, et compte tenu de la mission générale du Réseau national de santé publique, ces 100 MF ont été versés à cette structure.

Une convention fut donc signée le 8 janvier 1993 entre la DGS et le RNSP pour charger celui-ci de procéder à l'attribution des crédits. Cette convention l'autorisait en outre à utiliser 20 % de cette somme aux « actions de surveillance, de prévention et de structuration » spécifiques de ce dernier (maladies trans-

missibles, environnement, matériel biomédical).

Ainsi, la mise en œuvre de ce que nous appellerons le *Fonds d'intervention en santé publique* (FISP) a fait intervenir trois partenaires :

► la direction générale de la santé attributaire en première instance de ces 100 millions et responsable de la politique de santé publique ;

► le Réseau national de santé publique (RNSP), gestionnaire de cette somme, suivant les procédures instituées par la convention constitutive du GIP signée le 18 Juin 1992 qui prévoit notamment l'avis préalable du conseil scientifique du Réseau ;

► le Haut Comité de la santé publique (HCSP), en raison de la généalogie de l'opération et du rôle plus général que lui donne le décret n° 91-1216 du 3 décembre 1991 de « faire des propositions pour le renforcement des actions de prévention et d'amélioration de la santé publique ».

La procédure de sélection

Il était important d'élaborer une procédure à la fois consensuelle et rigoureuse pour permettre de répartir ces crédits, au mieux des intérêts de la santé publique.

Entre les représentants du RNSP, du HCSP et de la DGS, il fut donc décidé de

procéder de la façon suivante : un appel d'offre informel et restreint permettant de solliciter les principaux intervenants et partenaires dans le domaine de la santé publique (cf. lettre du 19 février 1993, encadré ci-contre page 6).

Les projets adressés au RNSP furent ensuite examinés par quatre instances :

- le conseil scientifique du RNSP élargi en nombre égal d'experts représentant le Haut Comité (soit 26 rapporteurs) était chargé de fournir un classement des projets sur la base d'un jugement technique ;

- le comité de pilotage constitué des quatre membres du conseil d'administration du RNSP et de quatre membres du HCSP, était chargé de faire une sélection définitive sur la base des propositions de l'instance précédente mais en introduisant des critères plus généraux de répartition du budget, de pertinence en termes de santé publique, d'équilibre entre les thèmes retenus, d'équilibre entre les organismes bénéficiaires, etc. ;

- le cabinet du ministre chargé de la Santé examinait ensuite les propositions du comité de pilotage transmises par son président, le directeur général de la santé ;

- le conseil d'administration du réseau prenait la décision finale.

Le directeur du Réseau passait ensuite les conventions avec les organismes retenus.

Les modalités du suivi technique des conventions ne sont pas à ce jour définies. L'on pourrait imaginer de mettre sur pied des comités de pilotage tripartites (RNSP, DGS, HCSP) par grand thème (tabagisme, cancer, médecine générale,...).

Les critères de sélection des projets

La lettre du 19 février 1993 donnait un cadre aux soumissionnaires : il fallait que leur projet se rattache aux six objectifs définis par le Haut Comité dans son rapport « stratégie pour une politique de santé » (cf. encadré ci-contre). Ce ciblage, bien que très large, éliminait d'emblée les recherches à caractère fondamental.

Une grille d'évaluation (voir encadré page 7) fut fournie pour permettre aux rapporteurs du groupe scientifique et à un expert DGS d'apprécier les projets, ce dernier étant invité à être spécialement attentif à la pertinence du projet en termes de santé publique et à sa capacité à s'intégrer dans un programme de santé publique.

Ainsi chaque projet a-t-il été adressé pour évaluation à 2 rapporteurs (un rapporteur du RNSP, un rapporteur du HCSP) et à un expert DGS.

Les experts du Groupe scientifique du FISP ont ensuite voté sur la base de ces rapports et d'une discussion générale en

donnant à chaque projet une note allant de 4 à 1.

Les résultats de la sélection

- Jusqu'à la date limite du 15 mars 1993, 319 projets ont été présentés au RNSP (286 après élimination des doublons).

- Ces projets représentaient une demande de 415 MF (y compris les doublons).

- Le comité de pilotage a retenu 86 dossiers totalisant un budget de 45 328 200 francs ; cette somme correspondant *grosso-modo* aux projets ayant franchi la barre de la note moyenne.

- Les résultats de l'appel d'offre ont été notifiés par le RNSP aux promoteurs.

Quelques éléments sur le contenu des projets

Alors que la lettre d'information de la DGS du 19 février 1993 n'avait eu qu'une diffusion restreinte – en raison des délais impartis qui, initialement, imposaient une sélection définitive des projets pour la fin du mois d'avril – la nouvelle des 100 millions s'est rapidement répandue. Entre le 10 et 15 mars arrivèrent non pas la cinquantaine de projets attendus mais six fois plus.

Du point de vue des thèmes de santé publique figurant dans les dossiers proposés, les plus fréquents furent par ordre décroissant :

Cancer	27
Tabagisme	23
Environnement	22
Médecine libérale	22
Maladies infectieuses	21
Périnatalité et reproduction	19
Facteur sociaux de la santé	19
Adolescence jeunesse	18
Alcool	18
Professions de santé	11
Maladies mentales	11
Vieillesse	10
Maladies cardio-vasculaires	9

Il est intéressant de voir que l'approche classique par pathologie a été sérieusement concurrencée par l'approche par facteurs de risque (facteurs sociaux, ta-

Objectifs définis par le Haut Comité de la santé publique

1

Améliorer et valoriser la connaissance de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de soins.

2

Diminuer les risques liés à l'exclusion ou aux conditions sociales défavorables.

3

Diminuer le nombre de décès évitables par des actions à court terme.

4

Sensibiliser à la démarche de santé publique et mieux éduquer aux problèmes de santé.

5

Améliorer la qualité et l'organisation des soins.

6

Développer l'évaluation et le suivi des politiques publiques ayant un impact sur la santé.

Grille d'évaluation des dossiers soumis au groupe scientifique *ad hoc* du fonds d'intervention en santé publique

- 1 Le projet entre-t-il dans le champ des objectifs du rapport « stratégie pour une politique de santé » ?
- 2 Le projet fait-il double emploi avec une étude ou une action déjà réalisée ou en cours ?
- 3 **Pertinence en termes de santé publique**
 - 3.1 Importance du sujet en termes de :
 - ▶ morbidité/mortalité
 - ▶ organisation/qualité des soins
 - ▶ coût pour la société
 - ▶ évaluation de la politique de santé
 - 3.2 Intérêt de la démarche en termes d'apport de connaissances :
 - ▶ connaissances nouvelles
 - ▶ connaissances actualisées
 - 3.3 Retombées en termes de programme de santé publique :
 - ▶ le projet apporte-t-il du nouveau ou du décisif :
 - . en matière d'observation et de surveillance
 - . en matière de prévention
 - . en matière d'organisation des soins ?
- 4 **Méthodologie**
 - 4.1 Les objectifs poursuivis sont-ils clairs ?
 - 4.2 Le projet présente-t-il un intérêt particulier du point de vue de l'approche ou de la démarche ? ex : caractère novateur.
 - 4.3 Comment le projet est-il replacé dans le contexte des travaux ou des actions réalisés sur le même sujet ?
 - 4.4 Les outils recueil de données sont-ils pertinents ?
 - 4.5 Les outils d'analyse et d'interprétation sont-ils valables ?
 - 4.6 La population participe-t-elle à l'élaboration de l'action présentée ?
 - 4.7 L'action proposée est-elle évaluable (définition d'objectifs et d'indicateurs).
 - 4.8 L'action prévoit-elle précisément une évaluation ?
- 5 **Réalisateurs du projet (promoteur - responsable - équipe - collaborateur)**
 - 5.1 Compétence
 - 5.2 Expérience
 - 5.3 Intersectorialité
- 6 **Délais de réalisation**
 - 6.1 Le projet se suffit-il à lui-même ?
 - 6.2 Le projet nécessite-t-il des compléments ultérieurs ?
 - 6.3 Le projet s'achève-t-il en fin 1993 ?
 - 6.4 Les délais proposés sont-ils réalistes ?
- 7 **Coût du projet**
 - 7.1 Le budget est-il adapté à l'objectif et aux moyens du projet ?
 - 7.2 Le budget devrait-il être modifié ?

bac, alcool, environnement) et par le thème de « la santé des populations ». De même, les problèmes de filières de soins et du rôle des professions de santé et en particulier de la médecine libérale ont inspiré un grand nombre de projets. L'on a pu ainsi noter l'émergence de nouveaux interlocuteurs en santé publique : réseaux de médecins, conseils généraux, municipalités, à côté des promoteurs classiques (INSERM, CHU, CFES, Comité national contre le tabagisme, etc.).

Le conseil scientifique et le comité de pilotage ont été sensibles aux nouvelles approches. C'est en effet dans le secteur des approches populationnelles et des approches des professions que le taux de projets acceptés a été le plus élevé.

Cette première phase de l'opération FISP vient seulement de se concrétiser par la sélection et la notification des 86 projets. La procédure de suivi de ces projets et le mode de gestion de la deuxième tranche de crédits n'étant pas encore définitivement arrêtés, il est beaucoup trop tôt pour analyser sa pertinence et ses effets en termes de décisions en santé publique. Elle est cependant extrêmement révélatrice de l'ampleur des besoins en études et en actions dans le domaine de la santé publique, significative de la mobilisation extrême des équipes d'intervention et de recherche et de leur capacité de réponse rapide et de qualité, et enfin riche d'enseignement sur l'acceptation désormais très large du concept de santé publique. ■

Bernadette Roussille,

Inspecteur général des affaires sociales, chargée d'une mission d'appui pour le fonds d'intervention en santé publique

La liste complète des projets financés au titre de cette procédure fera l'objet d'une publication dans le prochain numéro d'*Actualité et dossier en santé publique*