

Approche historique de la planification de la santé

L'histoire de la planification économique et sociale montre que la planification de la santé implique des choix, qui ne sont pas toujours faits. D'une part, une lecture rétrospective indique que les propositions de changement ne sont pas toujours mises en œuvre. D'autre part, certains changements majeurs ne sont pas planifiés : passage de la croissance à la crise économique dans les années 70, changement de majorité présidentielle et parlementaire dans les années 80.

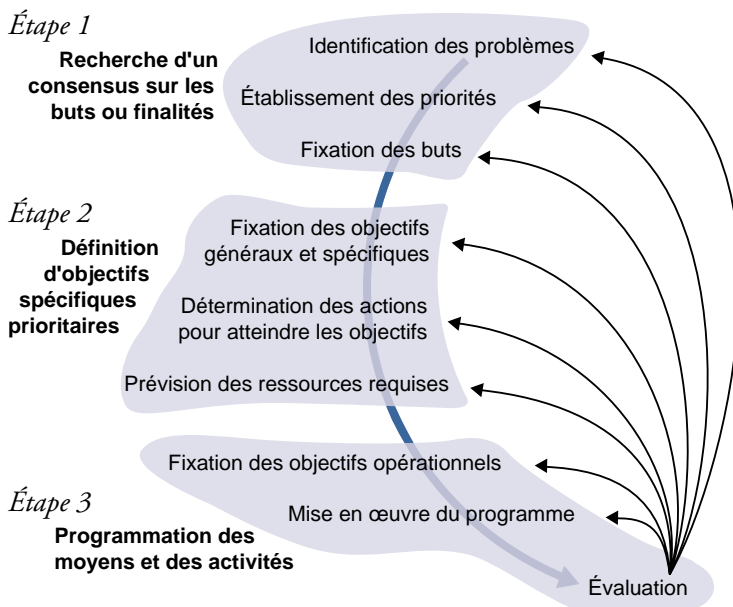
IV^e plan La reconstruction

Le IV^e plan (1962-65) avait donné priorité aux équipements collectifs, faisant suite aux plans antérieurs, qui concernaient la reconstruction de la France.

V^e plan L'inscription

La planification mise en place vise à introduire de la cohérence entre les objectifs et les moyens. Le V^e plan (1966-1970) a un maître mot : l'inscription au plan, qui vaut subvention. Les demandes sont nombreuses et les besoins déclarés sont considérables (80 milliards de l'époque). Le budget ne peut fournir, et de 80 milliards, l'enveloppe est ramenée à 12,8 milliards de francs. La Commission est chargée de répartir l'enveloppe : une priorité est donnée aux hôpitaux, CHU et à la santé mentale. Une part va à la formation des personnels sanitaires. Le taux de réalisation du plan pour les opérations subventionnées est de 67,1 %. Le V^e plan met donc en évidence une planification fruste, peu sophistiquée.

Le processus de planification



D'après Pineault

quantifiés et rapportés à une période de cinq ans en général. Le choix des solutions doit s'appuyer sur des scénarios alternatifs en matière d'efficacité et de coût, mais aussi prendre en compte les situations socio-politiques nationales et locales : contraintes internes liées par exemple à une multiplicité d'acteurs aux intérêts contradictoires ;

- la troisième étape est la programmation des moyens et des activités nécessaires à la réalisation des objectifs. Elle doit définir le calendrier et les conditions permettant la mise en œuvre des actions décidées (s'attaquer notamment aux obstacles) et évaluer les actions en termes de procédures et de résultats.

Un processus de concertation sociale

À travers cette approche de la planification on voit qu'il s'agit d'un processus continu et dynamique de concertation sociale. Ce processus implique la reconnaissance des acteurs clés, de

VI^e plan La fonction santé

Le VI^e plan (1971-1975) est le signe d'un véritable tournant dans l'état d'esprit du planificateur. La notion de fonction collective apparaît : on parle de fonction santé. Il faut considérer ce qu'il y a autour des équipements et il convient de faire fonctionner au mieux les investissements déjà existants. C'est une idée neuve pour l'époque. Le VI^e plan est l'occasion d'élaborer une réflexion globale sur le système de santé. En choisissant des objectifs et des actions prioritaires, on assiste à une vision nouvelle de la planification. Nous sommes également dans un contexte de

rationalisation des choix budgétaires (RCB), ce qui induit un développement des actions préventives. Il faut rendre cohérents les éléments du système de santé en favorisant par exemple le lien entre établissements publics et privés. On détermine trois programmes finalisés (d'actions prioritaires) : humanisation des hôpitaux, programme de formation des personnels, programme de périnatalité. Pour réaliser ces trois programmes, 15 milliards de francs sont nécessaires, qui seront subventionnés à hauteur de 3,5 milliards de francs. Ce plan sera réalisé à 98,2 %.

VII^e plan La crise

De 1976 à 1980, de nouvelles perspectives apparaissent du fait de la crise. Il y a une rupture de la planification générale. L'horizon de la prévision se resserre. On prend une option plus libérale, moins volontariste. On élabore un Conseil de la planification. Le plan devient moins ambitieux. Quatre options sont prises :

- les individus doivent se réapproprier la santé. La prévention aidera l'individu. L'État veut se désengager. La santé devient un problème individuel ;
- pour les hôpitaux, il faut avoir une démarche rationalisatrice et humaniste. Les besoins sont par

ailleurs satisfaits. Il faut limiter l'hébergement par l'hospitalisation à domicile par exemple ;

- il faut adopter une politique cohérente du personnel. La démographie médicale inquiète (9 000 étudiants seront autorisés à s'inscrire en médecine au lieu de 11 000) ;
- le maître mot est la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé (c'est la première fois qu'un tel objectif apparaît). La réforme de la tarification préoccupe tout le monde sans voir le jour pour autant. On assiste à la création du tableau statistique d'activité du praticien (TSAP). On veut réduire les

leur(s) intérêt(s) respectif(s) puis l'organisation d'un débat démocratique à la recherche de consensus sur les objectifs, les priorités, les actions. Il faut alors rechercher une cohérence dans la stratégie des différents acteurs. Grâce à ce consensus, la planification peut aboutir au changement de la situation existante vers une meilleure réponse à des besoins par exemple. La planification est en effet pour certains une méthode pour conduire le changement social (*Planing for Health*. Blum, 1974).

Les différents plans quinquennaux de développement économique et social des années 60-70 répondent bien à cette définition. Ils ont été accompagnés de programmes finalisés en matière de santé ou d'action médico-sociale. Les objectifs quantifiés étaient fixés d'après les recommandations d'un groupe de travail réunissant les partenaires sociaux, les experts du domaine, les représentants des administrations concernées. Leur mise en œuvre s'est heurtée à de nombreux obstacles (cf. encadré historique ci-dessus).

Les deux logiques du système de santé

Poursuite d'objectifs et gestion des ressources

Part de la mortalité évitable dans la mortalité avant 65 ans en 1991

Mortalité évitable par le système de soins

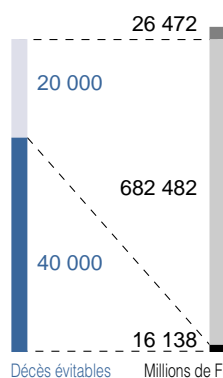
Mortalité évitable par une prévention des risques individuels

Structure de la dépense courante de santé en 1993

Dépenses en faveur du système de soins (recherche, formation)

Dépenses pour les maladies (soins hospitaliers et ambulatoires, biens médicaux, transports sanitaires, aides aux malades et subventions)

Dépenses de prévention



La part des efforts consacrés à la prévention des risques individuels est nettement inférieure à la part des gains en mortalité prématurée qu'elle pourrait permettre.

dépenses en pharmacie. Trois programmes d'actions prioritaires sont la poursuite mot pour mot des programmes finalisés du plan précédent. Dès cette époque, planification et maîtrise des dépenses vont se rapprocher.

VIII^e plan L'inachevé

Le VIII^e plan (1980-85) va s'arrêter en 1981 avec le changement de gouvernement. Il s'agit d'un plan banal. La santé est réinsérée dans un ensemble plus vaste, celui de la protection sociale. Entre 1982 et 1983, un plan intérimaire est dirigé par M. Rocard.

IX^e plan Le contrat de plan

En 1984, c'est le IX^e plan, avec une réforme de la planification instituée par deux lois (une sur les orientations du plan et une sur les moyens). Il y a une séparation entre l'aspect planification et l'aspect programmation. La notion de contrat de plan apparaît : il s'agit de lier l'octroi de moyens supplémentaires à l'acceptation des objectifs nationaux. Les priorités sont : mieux connaître et mieux gérer, réorienter le système de soins.

X^e plan La maîtrise des dépenses

Le X^e plan part d'une critique de la situation actuelle : hausse des dépenses, résultats médiocres, inégalités persistantes. Il faut donc recentrer l'action sur des objectifs de solidarité, et également réaffirmer les missions de l'État. Les orientations prises consistent en la maîtrise des dépenses de santé, plutôt que de réguler par de nouveaux acteurs (assurance privée par exemple), et en l'accroissement de la capacité d'expertise des responsables. Il s'agit de légitimer médicalement les actions de maîtrise des dépenses. Enfin, il faut se préparer à l'échéance européenne.

Les objectifs de *La santé en France*

Extrait des objectifs pour les déterminants prioritaires

Les consommations d'alcool

D'ici l'an 2000, diminuer de 20 % la consommation moyenne d'alcool pur par adulte de plus de 15 ans ; réduire les conduites d'alcoolisation dommageables et leurs conséquences sanitaires et sociales ; réduire les disparités régionales en amenant l'ensemble des régions au niveau des régions les moins consommatrices.

L'usage du tabac

D'ici l'an 2000, diminuer de 30 % la quantité de tabac vendue, diminuer de 25 % la proportion de fumeurs réguliers dans la population adulte et de 35 % les proportions de fu-

Les quatre buts

Réduire les décès évitables

Donner des années à la vie



Réduire les incapacités évitables

Donner de la vie aux années



Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades

Quel que soit leur âge



Réduire les inégalités face à la santé

meurs réguliers et de fumeurs occasionnels chez les 12-18 ans ; diminuer la proportion de femmes qui continuent de fumer durant leur grossesse.

Précarité, insertion et santé

Assurer des conditions de vie décentes aux personnes en situation très précaire et favoriser leur réinsertion sociale.

Difficultés d'accès aux soins et à la prévention

Améliorer l'accès aux services médicaux et sociaux des populations défavorisées.