

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 la 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)