



# La mise en œuvre des politiques de santé

**Le niveau national doit développer des cadres de référence méthodologique utiles aux acteurs des niveaux plus décentralisés. Il doit impulser, par des mesures incitatives, les programmes et actions nécessaires pour mettre en œuvre une politique de santé publique.**

## **Pierre-Henri Bréchat**

Médecin de santé publique, Service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP)

## **Marie-Christine Avargues**

Médecin de santé publique, Commission européenne, Luxembourg

## **René**

## **Demeulemeester**

Médecin inspecteur de santé publique, chef du département programmation, Inpes

## **Françoise Jabot**

Médecin de santé publique, enseignant-chercheur, ENSP

## Forces et faiblesses des programmes nationaux de santé

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 renforce les démarches de programmation nationales et régionales des actions de santé mises en place depuis la réforme de 1996. Des enseignements peuvent aujourd'hui permettre aux décideurs et promoteurs en charge des nouveaux plans de prendre en compte les facteurs déterminants de leur réussite. Cette étude fait suite à celles réalisées sur les conditions de réussite des interventions en santé publique basées sur le bilan des programmes régionaux de santé (PRS) français et d'expériences étrangères. Elle a pour objet d'analyser en quoi les programmes nationaux de santé (PNS) réunissent les conditions de réussite précédemment identifiées. Pour comprendre leurs modalités d'élaboration et de mise en œuvre, certains de ceux qui les ont construits et suivis ont été rencontrés. Ce travail met en exergue l'ampleur de l'investissement, des réalisations et des perspectives ouvertes par ces « *constructeurs et pilotes des programmes nationaux de santé* ».

### **Historique des programmes nationaux de santé**

Le premier programme national sur le dépistage du cancer du sein a vu le jour en 1993. La politique globale de

mars 2001 met l'accent sur la prévention, la promotion de la santé et la démocratie sanitaire. Sont identifiées vingt-trois priorités devant faire l'objet de programmes nationaux. Ils concernent les pathologies chroniques et infectieuses, les maladies émergentes ou orphelines, les pratiques addictives, des thèmes spécifiques et des actions d'intérêt général.

En 2002, est dénombrée une quarantaine de programmes ou d'initiatives nationaux. La démarche de planification adoptée est le plus souvent descendante et leur gestion centralisée [38], à l'exception de la stratégie nationale de lutte contre le suicide construite à partir des programmes régionaux [16].

La loi d'août 2004 prévoit la mise en œuvre de plans stratégiques à cinq ans : cancer, violences et conduites à risque, maladies chroniques, maladies rares et santé environnementale. Des programmes se sont développés plus récemment dans le champ de la sécurité sanitaire, comme les plans canicule 2004, variole et syndrome respiratoire aigu sévère.

### **Les facteurs de réussite des programmes**

Les travaux concernant les conditions de réussite des interventions en santé publique basés sur les expé-

riences françaises et étrangères ont identifié trois types de facteurs : la structuration et le fonctionnement de l'intervention (qualité du processus, circulation des échanges, assurance-qualité), l'implication des acteurs et les relations avec l'environnement, en particulier institutionnel et communautaire [62]. Nous postulons que ces déterminants conditionnent également la réussite des programmes nationaux de santé.

#### **La structuration et le fonctionnement du programme**

Les facteurs de succès reposent sur la prise en compte du court, moyen et long terme des déterminants de la santé, de données, méthodes et pratiques scientifiquement validées. Le thème du programme et la disponibilité des ressources humaines et financières influencent leur mode de pilotage [38]. La communication occupe une place décisive.

#### **L'implication des acteurs**

L'existence de collaborations antérieures à l'intervention, une volonté politique forte pour soutenir la démarche, l'interdisciplinarité des équipes, le partage des responsabilités et du pouvoir, la recherche de productivité, l'internalisation des valeurs d'équité, de justice, d'accessibilité, et la perception par le chef de projet de son rôle d'animateur et de fédérateur [38] sont essentielles.

#### **Les relations avec l'environnement**

La création d'environnements favorables, l'adaptation aux besoins et aux systèmes économiques, sociaux et culturels, une définition claire des rôles et du partenariat entre les niveaux national et local sont déterminants.

### **Forces des programmes nationaux de santé**

#### **Une démarche de programmation rationnelle**

Les étapes de la programmation de santé [8] ont été plutôt bien suivies : analyse du contexte étoffée (asthme, efficacité des antibiotiques et lutte contre le VIH), détermination précise des objectifs lorsque les données existent (dépistage du cancer du sein, lutte contre l'hépatite B et C, nutrition), élaboration de stratégies d'action. Peu de programmes ont abordé la question de la réorganisation du système [13]. Leur impulsion est venue d'experts, de représentants d'usagers, de médecins, de rapports nationaux ou de crises sanitaires. La prise de décision ministérielle de lancement a parfois été retardée. La durée d'élaboration des programmes varie de quelques mois à plusieurs années. Elle s'est appuyée sur des travaux multidisciplinaires, interprofessionnels, voire interministériels. Des comités de suivi ont accompagné la mise en œuvre de certains programmes.

#### **Une prise en compte inégale des horizons temporels**

Les programmes visent en général des changements de comportement à long terme, comme par exemple les habitudes nutritionnelles. Cependant, le calendrier

politique privilégie le plus souvent la prise en compte d'enjeux à court et moyen termes.

#### **Le poids majeur des déterminants**

Les déterminants de la santé sont au cœur des programmes nationaux de santé, y compris pour ceux concernant des pathologies ou des populations.

#### **Un appui politique fort**

La légitimité conférée aux programmes par l'appui politique national est une force. La lutte contre l'illettrisme, par exemple, est devenue une préoccupation sociétale et politique et a ouvert une « fenêtre d'opportunité » politique au plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage.

#### **La mise en synergie entre niveaux**

Les PNS ont pu donner une légitimité et des marges de manœuvre aux professionnels locaux pour développer des actions dans des champs jusque-là restés marginaux. Inversement, des expériences conduites dans les régions, comme dans le cadre du programme régional « maladies cardio-vasculaires » en Nord-Pas-de-Calais, du schéma régional d'organisation sanitaire de deuxième génération en Alsace ou encore la réflexion menée en Lorraine, ont permis de construire des actions du programme national promotion de la santé par les activités physiques et sportives et prévention des conduites dopantes [1].

#### **Les valeurs des programmes nationaux de santé**

L'équité, l'accessibilité à la prévention et aux soins, la démocratie sont des préoccupations des programmes

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

## **Méthodologie**

Les questions de recherche sont les suivantes. Les programmes nationaux de santé remplissent-ils les conditions garantissant leur réussite ? Si oui, dans quelle mesure ? Existe-t-il d'autres facteurs spécifiques à prendre en compte ? La stratégie de recherche s'est appuyée sur le croisement de données issues de l'analyse d'un panel représentatif de documents et d'entretiens concernant 22 programmes nationaux de santé. Ils ont été choisis selon l'approche (déterminants, pathologie, population) et le stade de développement (en émergence ou mise en œuvre). Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 51 personnes représentatives des chefs de projets décideurs et experts. La grille d'entretien validée concerne l'histoire

du programme (élaboration, mise en œuvre, fonctionnement, moyens, partenaires engagés) et les facteurs du cadre théorique. Les entretiens d'une durée moyenne d'une demi-heure ont fait l'objet d'une prise de notes suivie d'un compte rendu. La garantie de confidentialité (noms, fonctions et lieu d'exercice) a favorisé la restitution de propos libres et riches.

Pour cet article, les données de 20 entretiens regroupées selon les axes du cadre théorique ont été exploitées sur le plan qualitatif et quantitatif. Les résultats de l'analyse documentaire (documents officiels et de travail) et des entretiens ont été comparés aux éléments du cadre théorique. 🌿



## Politiques et programmes nationaux de santé

nationaux de santé. L'élaboration de certains programmes a recherché la participation active des usagers (maladies rares, hépatites B et C, lutte contre le VIH).

### Faiblesses des programmes nationaux de santé

#### *Une méthode à perfectionner*

La recherche de données probantes concernant l'impact sur la santé, l'utilisation de méthodes scientifiquement validées, la mesure systématique du succès de l'intervention par des approches qualitatives et quantitatives ont été réalisées seulement pour les programmes disposant de référentiels ou recommandations de bonnes pratiques (lutte contre le VIH et hépatites, asthme, diabète, prise en charge de la douleur) [13]. Peu de programmes nationaux de santé ont pu bénéficier, à l'instar des programmes régionaux de santé, d'une évaluation intermédiaire.

#### *Des articulations à rechercher*

La multiplicité des plans conduit à des recouvrements préjudiciables en termes de visibilité, de cohérence et d'efficacité de l'action.

À titre d'exemple, un programme sur un déterminant tel le programme national nutrition santé sert les objectifs de plusieurs autres programmes (maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité). Inversement, plusieurs plans nationaux (nutrition, tabagisme, activités physiques et sportives) concourent à agir sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. Les travaux transversaux interprogrammes nationaux auraient gagné à être plus soutenus.

De nombreux programmes nationaux de santé ont mis en exergue la nécessité d'une coordination interministérielle et tenté de la concrétiser : avec les ministères en charge de l'Éducation nationale pour les programmes diabète, nutrition, troubles du langage, de la Jeunesse et des Sports pour le programme promotion de la santé par les activités physiques et sportives et prévention des conduites dopantes, de la Justice pour le plan santé mentale. Le lieu de la coordination n'a pas toujours été bien identifié. Les directions du ministère en charge de la Santé concernées n'ont pas toujours eu les moyens de l'exercer dans des conditions satisfaisantes. Le manque d'articulation entre les niveaux national, régional et local est à relier au manque de repérage de leurs rôles respectifs [8].

#### *La difficulté à fonctionner selon une logique de projet*

Certains chefs de projet ont bénéficié d'une nomination officielle par le ministre en charge de la Santé ou par un de ses directeurs, d'autres d'une fiche de poste. Dans l'ensemble, ils se sont succédé sans légitimité affichée.

Ils ont eu des difficultés à fonctionner en mode projet. Cette démarche, qui est encore récente pour cette administration, devrait se développer avec la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances.

#### *Des décalages entre mesures proposées et ressources nécessaires*

Généralement, il n'y a pas eu de financements spécifiques prévus pour ces programmes. Rares ont été ceux qui ont pu bénéficier de crédits fléchés ou de redéploiement de crédits pour leur fonctionnement et leur mise en œuvre. Lorsque les sujets des programmes nationaux de santé ont recoupé les priorités des conférences régionales de santé, les actions de terrain ont été financées régionalement à travers les programmes régionaux de santé et les schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération. Les conséquences financières de la mise en œuvre de programmes concernant la réorganisation de l'offre de soins (insuffisance rénale chronique), le développement de réseaux (diabète, asthme, soins palliatifs), la création de structures ou de postes de professionnels (programme national nutrition santé) n'ont pas été suffisamment anticipées. L'absence d'identification des ressources nécessaires met en péril le devenir des programmes [13].

#### *Une communication interne et externe hétérogène*

Peu de programmes nationaux de santé ont bénéficié d'une communication en interne (organisation de rencontres) et en externe (logo du programme national nutrition santé) après la période de lancement. La notoriété de certains programmes n'a pas dépassé un cercle restreint de spécialistes.

#### *Un bilan nuancé*

Depuis ces dernières années, la France s'est résolument engagée dans une démarche de santé publique. Les programmes nationaux de santé les plus récents ont adopté une approche de santé globale et s'efforcent d'agir sur les déterminants, contribuant à faire évoluer, à l'instar des programmes régionaux de santé [8], les pratiques professionnelles et institutionnelles. Ils sont marqués par la volonté de s'appuyer sur des démarches de planification stratégique avec des objectifs et des actions bien dimensionnés. À cet égard, l'enrichissement du vocabulaire utilisé (plan, schéma, stratégie) traduit l'inscription de la démarche d'animation au sein de l'administration en charge de la santé. Enfin, l'expertise scientifique et le point de vue des usagers sont davantage convoqués au stade de la conception, même si les apprentissages sont encore à consolider. Plusieurs conditions de réussite sont ainsi réunies, notamment grâce aux dynamiques confluentes issues de la mobilisation d'acteurs d'horizons variés.

Cependant, la multiplicité des programmes ne va pas sans poser de problèmes. L'interpénétration de leurs champs respectifs brouille le paysage, tant pour les experts et représentants institutionnels des groupes de travail que pour les professionnels mobilisés pour la mise en œuvre des actions.

D'autre part, la faisabilité d'une évaluation de l'impact de chacun de ces programmes semble compromise. De ce point de vue, l'initiation par la loi du 9 août 2004

d'un nombre limité de plans nationaux constitue un réel progrès, même s'ils ne suppriment pas tous les chevauchements.

Pour les acteurs régionaux chargés de la construction et de l'animation de la politique de santé, la traduction en actions de priorités nationales, d'initiatives locales et de celles des différents organismes nationaux et régionaux reste un exercice difficile [8]. Il se complexifie d'autant plus qu'apparaissent régulièrement de nouvelles orientations nationales. Entre déclinaison et intégration, la distinction n'est pas que sémantique. Dans un cas, il s'agit de traduire ces orientations en actions, avec le risque d'un programme supplémentaire et d'un éparpillement des ressources. Dans l'autre, il s'agit de s'assurer de la pertinence des choix au regard de la situation nationale et de procéder à des ajustements.

### Trois pistes pour accroître la qualité des programmes nationaux de santé

#### Adopter une stratégie globale

La construction d'une stratégie nationale globale, ce que l'addition de l'ensemble des programmes et des plans ne saurait constituer, émerge comme une condition centrale pour la réussite de la programmation nationale d'actions de santé. Elle permettrait de restaurer une cohérence d'ensemble conférant une meilleure lisibilité pour l'ensemble des partenaires et une meilleure utilisation des

ressources. Le cadre dessiné par la loi d'août 2004 esquisse une réponse à ce besoin de structuration.

#### Améliorer la gestion des programmes

Renforcer les compétences des responsables des programmes sur les aspects méthodologiques et la gestion de projet par des actions de formation [8] ne résout que partiellement les faiblesses relevées. L'organisation des relations transversales (coordination entre programmes nationaux de santé) et verticales reste l'exercice le plus difficile, car il repose sur un processus de négociation continu entre les secteurs impliqués et les échelons territoriaux pour lequel il requiert la volonté de l'ensemble des partenaires et un accord sur leurs rôles respectifs.

#### Clarifier dans chaque programme les responsabilités des différents niveaux

La clarification des responsabilités des différents niveaux devrait permettre à chacun de se recentrer plus efficacement sur ses missions : au niveau national, la production d'orientations, de références, l'organisation de la cohérence, l'attribution de ressources en veillant au respect du principe d'équité entre les régions ; au niveau local, la responsabilité de la nature, du contenu et de la stratégie des actions adaptées au plus près du contexte ; au niveau régional, le soin de garantir le bon équilibre entre les différents enjeux. 🌿

## Le Programme national nutrition santé

La France s'est dotée, en 2001, d'une véritable politique nutritionnelle de santé publique, en mettant en place, sous l'égide du ministère de la Santé, le « Programme national nutrition santé » (PNNS). Programmé sur une durée de cinq ans, il constitue un des plans de santé publique les plus ambitieux dans le domaine de la nutrition jamais développés en Europe.

La base conceptuelle et les stratégies mises en place dans le PNNS s'appuient sur les conclusions du rapport du Haut Comité de la santé publique (HCSP) *Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et proposition* publié en septembre 2000. Ce rapport prolongeait le travail des experts du Comité nutrition de la DGS (1998-1999), qui avait fixé les objectifs nutritionnels de santé publique à atteindre en France.

### Pourquoi a été mise en place une politique nutritionnelle de santé publique en France ?

Plusieurs raisons et circonstances peuvent expliquer la mise en place, en 2001, du PNNS.

D'abord, les grands enjeux de santé publique représentés par les pathologies dans lesquelles les facteurs

nutritionnels sont impliqués : les maladies cardiovasculaires, les cancers, l'obésité, l'ostéoporose, le diabète... ont des conséquences majeures sur le plan humain, social et économique.

Il a été réalisé de grands progrès des connaissances scientifiques sur les relations entre l'alimentation et la santé. Au cours des trente dernières années, de très nombreux travaux scientifiques sur modèles cellulaires, organes, animaux, chez l'homme sain et le malade ainsi qu'au niveau de populations ont mis en évidence, avec des degrés de certitude différents, le rôle de facteurs nutritionnels (excès ou insuffisance) dans le déterminisme des maladies. Si dans de nombreux cas, les arguments disponibles ne permettent pas (encore) d'affirmer la réalité du lien entre le facteur nutritionnel suspecté et certaines maladies, dans d'autres cas au contraire, la convergence des arguments est telle qu'elle fait l'objet d'un consensus international, et permet d'être traduite en termes de recommandations de santé publique.

Ensuite, la demande sociétale est d'autant plus forte que les crises sanitaires, la médiatisation de l'augmentation de la prévalence de l'obésité, ainsi que les

### Serge Herberg

Directeur, unité 557 Inserm (UMR Inserm/Inra/Cnam), Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), InVS/Cnam, vice-président du Comité stratégique du PNNS, président du comité de pilotage