

de l'Histoire, est-elle encore adaptée aux nouvelles pratiques de pilotage des politiques publiques dans le champ de la santé ? Les plans nationaux sont-ils des directives ou des références pour les acteurs qui les mettent en œuvre ?

- L'absence de priorisation au niveau national, autrement dit l'absence d'une politique nationale de santé, est-elle un manque à combler ou doit-on entériner une régionalisation des choix ?

- Quels sont les critères pertinents pour proposer des priorités et quels échanges publics doit-on mener pour les retenir ?

Toutes ces questions sont alors sur la place publique et alimenteront les débats préparatoires à la loi de 2004 sur la santé publique. Toutes ne seront pas tranchées, compte tenu des oppositions de doctrine et des rivalités entre les lobbies et les institutions, mais elles auront toutes été considérées comme légitimes. ?

Des objectifs de santé publique : pour quoi faire ?

En 2004, lors de l'adoption de la loi de santé publique, et alors qu'elle avait été classée par l'OMS comme ayant le meilleur système de santé du monde au début de ce XXI^e siècle, la France avait-elle besoin de se doter d'objectifs de santé publique ? Près de dix ans plus tard, ces objectifs ont-ils été atteints ? Quel bilan peut-on faire de ce qui a été considéré par les uns comme la marque de certaines avancées [25] tandis que, pour d'autres, il s'agissait d'une hémiplegie politique [67] ? Des objectifs de santé sont-ils encore nécessaires, voire utiles, pour définir ou guider une politique de santé qui réponde aux souhaits des citoyens dans un environnement économique contraint et alors que les inégalités de santé ont cru ces dernières années dans notre pays ?

Les objectifs de santé publique : de quoi parle-t-on ?

Annexés à la loi de santé publique, on trouve un cadre de référence qui précise ce qui relève du champ de la santé publique, un ensemble de 100 objectifs et 5 plans nationaux. L'ambition, soulignée dans cette annexe, est multiple. Il s'agit d'affirmer l'importance des déterminants de la santé, de mettre en exergue la place des valeurs dans la conduite d'une politique de santé et notamment d'adopter le principe de réduction des inégalités de santé. Mais l'ambition est aussi de concilier d'une part une démarche, déjà solidement ancrée dans les pratiques médicales, centrée sur la personne, ciblant principalement les comportements individuels, les soins et l'obligation de moyens, et d'autre part une approche populationnelle visant à promouvoir, protéger et restaurer l'état de santé.

Les 100 objectifs résultaient de propositions d'un groupe technique rassemblant de nombreux experts, construites à partir de l'analyse des rapports du Haut Comité de la santé publique sur l'état de santé en France, de l'analyse de la littérature scientifique, de la consultation de multiples instances, notamment de la Conférence nationale de santé, et des indicateurs synthétiques de mortalité et d'impact sur la qualité de

vie définis par l'OMS. Ce processus marque le poids important accordé aux connaissances scientifiques ainsi qu'au souci de mesurer les progrès accomplis. Les objectifs représentent dans la plupart des cas un éclairage sur les marges de progrès réalisables.

Ces objectifs ont-ils été atteints ?

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), créé par la même loi du 9 août 2004, a, entre autres missions, d'évaluer la réalisation de ces objectifs, de contribuer à leur (re)définition, ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et des stratégies de prévention. À la fin de l'année 2009, après un lourd travail mené par l'ensemble des experts du HCSP, un rapport [34] rassemblait d'une part l'évaluation de l'atteinte des 100 objectifs et d'autre part des propositions pour de nouveaux objectifs. Il apparaît alors que la réalisation de la moitié seulement des objectifs (56 parmi les 100) a pu être évaluée. Dix objectifs (tels que l'obésité infantile et l'inactivité physique, certaines maladies infectieuses, les maladies cardio-vasculaires et métaboliques ou la violence routière) ont été considérés comme largement atteints. Treize autres, dans des domaines aussi divers que la toxicomanie, les maladies infectieuses, la nutrition et l'environnement..., ont été évalués comme partiellement atteints. Enfin, pour les 19 derniers, la tendance n'est pas favorable. Le HCSP insistait en conclusion de son rapport sur deux inflexions jugées essentielles : d'une part, la déclinaison régionale des objectifs lorsqu'elle est nécessaire ou souhaitable, d'autre part, la nécessité d'une meilleure prise en compte des inégalités de santé.

L'ambiguïté du statut des objectifs de santé publique

Dans les années qui ont suivi l'adoption de la loi et jusqu'à encore récemment, nombreuses ont été les références à tel ou tel des 100 objectifs pour situer, établir la pertinence de lancer tel ou tel plan, programme, action... Les objectifs semblent donc bien avoir rempli leur rôle de référent pour l'action des acteurs publics.

Catherine Le Galès

Économiste de la santé, directrice de recherche, DR1, Inserm ; vice-présidente du Haut Conseil de la santé publique

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 83.

Mais les objectifs devaient, également, guider l'allocation des ressources publiques. L'examen des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) adoptées depuis fin 2004, auquel se livre Didier Tabuteau [67], donne une indication de l'attention portée dans le temps aux 100 objectifs de la loi de 2004 et à ses 5 plans stratégiques. Si, dans les premières années, cette attention s'exprime de façon concrète (consultation de prévention pour les mineurs, puis plus tard pour les personnes de plus de 70 ans, financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, centres de cure ambulatoire en alcoologie, base légale aux programmes d'accompagnement par les caisses d'assurance maladie des patients atteints de maladies chroniques...), tel n'est plus le cas à partir de 2008, où seules la régulation des dépenses de santé et la démographie médicale ont justifié la plupart des mesures nouvelles. Les plans stratégiques ont, quant à eux, fait l'objet de traitements diversifiés. Certains tels le Plan cancer ont été déployés, avec, notamment pour le cancer, des financements spécifiques tandis que le plan violence n'a jamais vu le jour.

Une liste incomplète

La liste des 100 objectifs de 2004 est longue, mais elle est pourtant incomplète. Le nombre d'objectifs qui ont trait à la sécurité sanitaire et aux risques émergents est quasi nul. L'organisation du système de santé, les conditions de l'accès à la prévention et aux soins ou la régulation de l'offre de soins sont des domaines non couverts. Enfin, avec seulement deux objectifs portant sur la réduction des inégalités sociales de santé, la liste souligne les obstacles à la prise en compte des disparités socioculturelles et économiques qui repose sur le développement de politiques sanitaires intersectorielles. On peut en conséquence émettre l'hypothèse que cette liste dessine, au moins pour partie et en creux, ce qu'est le périmètre de la Direction générale de la santé de l'époque et pas celle du ministère de la Santé qui était pourtant, lors de l'élaboration de la loi, également chargé de l'Assurance maladie.

Une liste mais pas de priorités

Comme la Cour des comptes le soulignait dans un récent rapport¹, il y a bien une hiérarchisation des objectifs

dans la loi de 2004 puisque certains domaines sont mis en exergue, mais force est de constater que « depuis l'adoption de la loi, la Direction générale de la santé (DGS) a piloté de fait une trentaine de plans pour lesquels il n'existe de différence ni dans leur élaboration, ni dans leur suivi, ni dans leur gradation ». La Cour recommande alors de sélectionner quelques priorités de santé publique et de les mettre en œuvre dans le cadre d'un nombre restreint de plans structurés disposant de moyens financiers propres. Dans une telle configuration, les indicateurs de santé publique qui figuraient en annexe de la loi pourraient servir de tableau de bord de suivi de la politique de prévention sanitaire. Pour fixer ces priorités, la Cour évoque l'exploitation des résultats d'analyses de type médico-économique comme celles que développe, au Royaume-Uni, le National Institute for Clinical Excellence (NICE) et que, en France, la Haute Autorité de santé (HAS) développe.

Si, dans un souci d'efficacité, la définition d'un nombre limité de priorités/objectifs à atteindre est évidemment souhaitable, c'est oublier que dans les années 2003-2004 les acteurs de la santé et plus largement la représentation nationale étaient beaucoup plus divisés qu'ils ne le sont ou ne semblent l'être aujourd'hui et ce sur deux points : la pertinence d'une politique de santé qui s'attache à des résultats ; l'existence d'un ensemble de dimensions intégrant notamment la dimension économique à partir desquelles des priorités en santé publique pourraient être définies. On ne peut que se féliciter si ceux qui avaient plaidé il y a dix ans pour rajouter un objectif dans tel ou tel domaine qui, selon la formule consacrée, était « un important problème de santé publique » souhaitent aujourd'hui voir adopter une approche plus stratégique comprenant quelques priorités associées à un tableau de bord de l'état de santé de la population et incluant explicitement des considérations d'efficacité et de justice sociale. L'adoption de ce premier ensemble en 2004 y aura peut-être un peu contribué. Il sera intéressant de suivre sur ces questions les débats et les choix qui seront effectués à l'occasion d'une nouvelle loi de santé publique... S'il y en a une... ?

1. Cour des comptes *La prévention sanitaire*, octobre 2011. Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.