

Rapport sur les conditions d'élaboration et de mise en œuvre de la politique nationale de santé

RAPPORT VOLUME 1

Établi par

Alain LOPEZ

Membre de l'Igas

Rapport sur les conditions d'élaboration et de mise en œuvre de la politique nationale de santé

*Fait à la demande du Ministre du travail, des relations sociales, de la
famille, de la solidarité et de la ville*

et

de la Ministre de la santé et des sports

Volume 1

Rapport

Alain LOPEZ
Membre de l'IGAS

21 Juillet 2010

Sommaire

<i>Sommaire</i>	5
<i>Résumé des propositions</i>	7
<i>Introduction</i>	13
<i>I. La nécessité d'une politique nationale de santé</i>	15
1. Les problèmes de construction d'une politique nationale de santé	17
1.1. L'objet d'une politique nationale de santé est incertain	17
1.2. Un seul ensemble de buts et de moyens paraît réducteur devant la multiplicité des domaines à couvrir	18
1.3. Les choix inhérents à la construction de toute politique sont difficiles dans le domaine de la santé	19
1.4. L'avenir n'est pas toujours sûr dans le domaine de la santé	20
1.5. Le difficile travail collectif d'élaboration d'une politique de santé	21
2. La nécessité d'une politique nationale de santé	22
<i>II. Une situation française confuse</i>	25
1. Une politique nationale de santé souvent jugée avec sévérité	25
2. Une réalité contrastée	27
<i>III. Pour une politique nationale de santé structurée, concertée et évaluée</i>	29
1. Les principes auxquels devrait obéir la conception même de la politique nationale de santé	29
2. Le périmètre de la politique nationale de santé	31
3. L'architecture de la politique nationale de santé	33
3.1. Une stratégie de santé avec quelques priorités susceptibles d'engager des financements adaptés	33
3.2. Une stratégie nationale de santé calée sur le mandat présidentiel	34
3.3. La seconde composante de la politique nationale de santé : des plans nationaux de santé visant à l'efficacité et à l'efficience des réponses apportées aux besoins de la population	35
3.4. Un tableau de bord national de santé	37
3.5. Une politique de santé à la fois nationale et poly-centrée	37
3.6. Une loi de financement annuelle de la politique nationale de santé, aux liens renforcés avec la stratégie nationale de santé votée par le Parlement tous les cinq ans	38
3.7. Une programmation de l'action des services du ministère de la santé et des autres ministères	38
4. Déterminer la méthode et le processus d'élaboration de la politique nationale de santé	46
4.1. La méthode d'élaboration du contenu de la politique nationale de santé	46
4.2. La préparation de la stratégie nationale de santé	47
4.3. La préparation des plans nationaux de santé	49
4.4. La maintenance des plans nationaux et la capitalisation de leurs dispositions communes	50
5. Reorganiser la concertation et le débat public	51
5.1. Un débat public organisé	51
5.2. Une concertation simplifiée, organisée par thématique et sur l'ensemble de la politique de santé	53
5.3. Une concertation tout le long du processus d'élaboration de la politique nationale de santé	56

5.4.	Un suivi et une évaluation concertés de la politique nationale de santé	57
5.5.	Calendrier du débat public et de la concertation.....	58
6.	Redéfinir le pilotage de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique nationale de santé.....	58
6.1.	Le pilotage décisionnel	58
6.2.	Le pilotage opérationnel	61
7.	Articuler la politique nationale avec les stratégies des différents opérateurs de l'état	65
7.1.	Un travail plus collectif des différentes autorités publiques compétentes dans le domaine de la santé, tout le long de l'élaboration de la stratégie nationale	66
7.2.	Des autorités publiques responsables et agissant toutes en cohérence les unes avec les autres.	66
7.3.	Toute action publique en faveur de la santé doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation ...	67
IV.	Récapitulatif des propositions	69
	Lettre de mission.....	79
	Sigles utilisés.....	81

Résumé des propositions

La politique nationale de santé en France est faite de plusieurs plans s'ajoutant les uns aux autres, tous prioritaires, et d'objectifs nombreux ayant tous une égale importance. Ainsi, est recherchée une réponse la plus complète possible à tous les besoins de santé de la population. L'ambition est légitime. L'Etat se doit d'assurer la meilleure protection à chacun des citoyens. Mais, quand les ressources sont limitées, ne pas déterminer un ordre des efforts peut laisser sans moyen le soutien d'enjeux plus importants que d'autres. Tous les besoins de santé d'une population ne sont pas d'une pareille gravité et d'une égale urgence. Et, à une échelle collective, des effets plus nombreux et plus décisifs sont obtenus en rassemblant des ressources suffisantes pour mener des actions efficaces.

Aucun secours ne doit être abandonné. Et, il est nécessaire de se fixer des priorités quand ses forces ne sont pas inépuisables. Il y a là une contradiction qu'il faut chercher à dépasser.

Cette contradiction n'est pas la seule à laquelle le sujet de la gouvernance de la politique nationale de santé confronte.

La santé ne saurait se réduire à la seule absence de maladie. Une politique de santé ne se résume pas à la stratégie adoptée pour les soins. La santé, définie par l'OMS, a plusieurs dimensions sur lesquelles il faut impérativement agir pour être véritablement efficace, mais aussi efficient dans l'usage des moyens disponibles. Ainsi, l'ensemble des politiques publiques peut avoir des effets en faveur de la santé. Mais, diluée dans toute forme d'action collective sur le social, la santé court le risque de ne plus apparaître dans son projet propre. Portée par toute politique publique, jamais individualisée en tant que telle, elle pourrait finir par voir ses ambitions s'effacer devant d'autres objectifs mieux caractérisés, plus impératifs. Une politique de santé doit se fixer un objet délimité et, en même temps, largement s'ouvrir sur les autres politiques publiques soutenues par d'autres départements ministériels.

Ces deux contradictions, de nombreux pays ont tenté ces vingt dernières années de les résoudre en limitant les objectifs de leur politique de santé, en incluant parmi leurs priorités l'action sur les soins et celle sur les déterminants de la santé, en construisant leur stratégie de façon interministérielle, en s'appuyant sur les initiatives locales, en associant toujours plus les usagers et les professionnels de santé au processus de décision. La France s'est engagée aussi dans ce mouvement, notamment avec la loi de 2002, avec celle de 2004, avec la loi HPST de 2009. Mais, à bien des égards, notre pays est encore au milieu du gué. Il faut poursuivre le chemin pris.

Une politique de santé doit avoir un objet propre, ce qui exige d'en donner une définition. Cette définition est à fixer par la loi, quand la loi évoque déjà la politique nationale de santé, sans dire ce qu'elle est, alors qu'elle est chargée d'orienter les stratégies des grands opérateurs de santé. Entre dans le cadre d'une politique nationale de santé toute action publique ayant pour objet principal d'agir sur la santé de la population, afin de prévenir les risques de sa dégradation ou d'en corriger les effets sur la personne. Cette politique se caractérise ensuite par ses finalités et les moyens d'intervention qu'elle met en œuvre. Elle a des effets utiles à la réussite des autres politiques publiques. Mais, la promotion globale de la santé de la population assurée par l'action d'un Gouvernement est constituée de la politique nationale de santé proprement dite et des différentes politiques

publiques ayant des effets sur la santé. Ainsi, une politique nationale de santé est forcément interministérielle et, par ailleurs, noue des liens étroits avec l'ensemble des politiques publiques. La définition donnée à la politique nationale de santé doit rendre compte de toutes ces facettes du sujet, afin de pouvoir dépasser la contradiction existant entre la nécessité de délimiter un objet public et celle de s'ouvrir à tous les autres.

La forme donnée à l'architecture de la politique nationale de santé doit viser à concilier une autre double nécessité chargée de contradictions, se donner des priorités et répondre à tous les besoins.

La solution peut être trouvée d'abord en concevant la politique nationale de santé selon deux composantes :

- une stratégie nationale de santé, fixant quelques buts et objectifs prioritaires pour une période de 4 ans, avec des moyens adaptés, votée par le parlement, à l'issue d'un débat public et d'une concertation organisés ;
- des plans nationaux de santé, aussi nombreux que utile, décrivant la réponse à un problème de santé, au sens large, la plus efficace et la plus efficiente possible, servant de référentiels à l'action des ministères comme des grands opérateurs de santé, ne mobilisant pas obligatoirement des moyens.

Entre ces deux composantes de la politique nationale de santé, des liens existent bien sûr. Les priorités de la stratégie nationale peuvent trouver dans les plans existants des objectifs de mise en œuvre adaptés.

Les enjeux dans le domaine de la santé sont tels que leur traitement ne saurait échapper au débat politique. C'est pour cela que la loi portant sur la stratégie nationale de santé, fixant les priorités de l'action gouvernementale, doit avoir une durée calée sur celle du mandat présidentiel. Votée un an après l'élection du Président de la République, elle détermine une programmation de l'action et des moyens sur 4 ans.

Mais, surtout, la politique de santé doit être à la fois nationale et poly-centrée. Il faut s'appuyer sur les capacités d'action, les forces d'initiative des grands opérateurs de santé de l'Etat. C'est le moyen d'être plus pertinent dans les réponses apportées aux besoins de la population et de parvenir à trouver des solutions acceptables par tous les acteurs locaux de la santé.

Ainsi, si les priorités nationales doivent être appliquées par tous, chacun doit pouvoir fixer une stratégie adaptée au contexte local auquel il fait face. En dehors de la mise en œuvre des priorités de la stratégie nationale de santé pour laquelle des moyens sont prévus, chaque grand opérateur de santé doit pouvoir trouver sur ses marges de manœuvre les moyens de financer des projets nouveaux liés aux priorités locales qu'il s'est fixé. Cela suppose de remplir trois grandes conditions :

- les priorités nationales ne doivent pas être trop nombreuses pour ne pas saturer l'action de chaque grand opérateur qui, sinon, emploierait toutes ses forces à seulement les mettre en œuvre ; aussi, seuls les sujets représentant un enjeu national fort doivent faire l'objet d'un but commun à tous ;
- la question des marges de manœuvre dont peuvent disposer les grands opérateurs de santé, notamment les ARS, est à travailler et à concrétiser;
- l'évaluation des stratégies conduites et de l'action déterminée au quotidien en faveur de la santé est à organiser ; pour cela, un rapport de suivi annuel de la stratégie nationale doit être soumis au Parlement ; il se substitue à l'annexe 1 et à une partie de l'annexe 7 du PLFSS ; l'IGAS doit piloter, avec l'appui d'experts,

l'évaluation chaque année de la mise en œuvre de un ou plusieurs plans nationaux de santé ; un tableau de bord positionnant les résultats de santé, par rapport à la situation relevée dans d'autres pays ou considérée possible par les travaux scientifiques, est à concevoir.

Une politique nationale et poly-centrée trouvera sa cohésion générale, établira la solidarité de sa construction, à partir de trois leviers : des buts nationaux communs, des référentiels d'action pour tous, une évaluation de l'action systématique.

Chaque année, les lois de financement de la santé, dont la faisabilité du regroupement est à déterminer, devront prévoir les engagements financiers permettant de mettre en œuvre les dispositions de la stratégie nationale de santé votée pour 4 ans par le Parlement. Un collège d'experts à constituer, présidé par un magistrat de la Cour des comptes, donnera un avis porté à la connaissance du Parlement sur la cohérence existant entre les engagements financiers réalisés et à venir et les dispositions de la stratégie nationale de santé.

Etablir une définition de la politique nationale de santé, déterminer une architecture, de manière à dépasser les contradictions auxquels le sujet expose, n'est qu'une partie de la réforme à engager. Il faut aussi conduire avec méthode les travaux nécessaires à la préparation de chacune des deux composantes de la politique nationale de santé, organiser la concertation nécessaire et le débat public, structurer le pilotage de toutes les opérations à conduire, régler les articulations avec les autres politiques publiques.

Nous ne partons pas de rien. Ces 20 dernières années, une expérience a été acquise dans la définition des politiques de santé. Des enseignements utiles sont à tirer de plusieurs plans nationaux pour préparer une stratégie, la mettre en œuvre, l'évaluer. Cependant, **il faut adopter des démarches plus homogènes**, capables d'embrasser les stratégies à conduire dans tous les domaines d'intervention en faveur de la santé, relevant de la sécurité sanitaire, de la prévention et de la promotion de la santé, des soins hospitaliers et ambulatoires, du médico-social, qu'il s'agisse des organisations ou des pratiques mises en œuvre. Nous devons agir en faveur de l'efficacité de nos réponses apportées à un problème de santé selon deux logiques :

- celle d'une efficacité globale, prenant en compte l'équilibre des efforts entre les différents domaines d'intervention en faveur de la santé, l'exercice de leur bonne complémentarité pour gérer les parcours des personnes ayant un problème de santé ;
- celle d'une efficacité segmentaire, recherchant l'optimisation de chaque prestation délivrée au travers de l'organisation mise en œuvre et des pratiques adoptées.

Pour ce faire, il est indispensable d'établir un cadre méthodologique précis pour conduire les travaux nécessaires. Il conviendra également de développer les références et la recherche sur les études de coût/résultats. Un programme de recherche sur ces sujets devrait être conçu. Par ailleurs, l'organisation même de l'expertise sur la base de laquelle doit se fonder la définition de la politique de santé est à reconsidérer certainement, mais c'est là l'objet d'une autre mission.

Un débat public tous les 5 ans, conduit par le ministère de la santé, partant des régions sous forme de « *sommets sur la santé* », avec une restitution nationale sous l'égide du premier ministre (la politique nationale de santé est interministérielle), cela est à organiser pour porter tous ses fruits. Les débats, susceptibles d'épouser plusieurs formes, doivent s'appuyer sur des données rassemblées au préalable, établissant des comparaisons, entre les régions mais aussi internationales, afin d'objectiver autant que possible les enjeux en présence.

La concertation doit reposer sur :

- un dispositif simplifié,
- articulé avec la concertation régionale conduite par les ARS au sein des CRSA,
- permettant une appréciation de la stratégie globale de santé définie et conduite.

En conséquence, il conviendrait de créer un *conseil en santé* composé d'une section permanente représentant les institutionnels, et des modules réunissant des experts, selon la thématique spécifique à traiter. Ce dispositif se substituerait aux nombreuses et dispersées commissions actuellement en place sur différents aspects de l'offre de santé ou sur le suivi d'un plan national.

Un *conseil national de l'autonomie* pourrait regrouper le CNCPH, le CNRPA et la section sociale du CNOSS. Il pourrait être organisé en deux sections, traitant des questions spécifiques aux personnes handicapées pour l'une et aux personnes âgées pour l'autre. Une formation plénière traiterait des sujets communs.

La *conférence nationale de santé* pourrait devenir la tête de réseau des CRSA, avec une composition diminuée en nombre, pour la rendre plus opérationnelle et donner une place proportionnellement plus importante aux représentants des CRSA. Elle servirait à articuler la concertation conduite au niveau national avec celle menée dans les régions au sein des CRSA.

Quand la politique nationale de santé n'est qu'une addition de plans et d'objectifs, nul besoin d'organiser un pilotage unique de sa préparation et de son suivi. Chaque service ministériel chargé de déterminer une part de la stratégie globale exerce ses responsabilités pleines et entières. Tout change quand des choix de priorités sont à faire, quand il faut mieux travailler la dimension interministérielle de cette politique, quand les grands opérateurs de santé plus responsabilisés sont de ce fait à coordonner de façon plus rigoureuse. **Un pilotage unique est alors à organiser.** Un pilotage « décisionnel » et un pilotage « opérationnel ».

Le pilotage « décisionnel » doit pouvoir réunir, sous la présidence du premier ministre, les responsables administratifs des différents ministères concernés par la politique nationale de santé et des grands opérateurs de santé. Ce pilotage prépare la décision finale prise par les ministres. Il permet de s'entendre, en interministériel et avec les grands opérateurs, sur la méthode de préparation des deux composantes de la politique de santé, sur l'organisation du débat public nécessaire, sur le projet de stratégie nationale, sur les enseignements à tirer des résultats du suivi. Il permet aussi de dresser collectivement le bilan de la coordination des grands opérateurs de santé menée par l'Etat. Le plus simple, pour cela, serait de reconfigurer les missions et la composition d'une instance déjà existante et ayant une vocation assez voisine, le conseil national de pilotage mis en place par la loi HPST pour piloter les ARS. Ainsi, pourrait être institué un *conseil national de pilotage constitué en deux formations*, l'une restreinte pour piloter les ARS, l'autre élargie pour préparer et suivre la politique nationale de santé.

Le pilotage « opérationnel » doit continuer à être assuré, pour l'essentiel, par chaque direction d'administration centrale compétente selon l'étape du processus de définition de la politique à mettre en œuvre. Cependant, *une mission de la stratégie en santé* est à constituée pour animer le bon déroulement de l'ensemble du processus, veiller au respect de la méthode adoptée, faire la synthèse des résultats obtenus. Cette mission devrait être rattachée au ministère de la santé et placée auprès du conseil national de pilotage élargi pour l'assister dans l'exercice de ses responsabilités. De ce fait, elle aurait un caractère interministériel.

Engager **une politique de santé nationale et poly-centrée**, exige de définir avec soin les articulations entre l'action menée par l'Etat central et celle conduite par ses grands opérateurs, telles l'assurance maladie et les ARS, ou par les collectivités territoriales. Pour cela, il faut reconnaître la capacité des collectivités territoriales et des grands opérateurs de santé à se doter d'une stratégie adaptée aux besoins estimés avec leurs partenaires, dans le champ de leurs compétences. La reconnaissance de cette capacité stratégique « poly-centrée » doit aller avec :

- l'obligation de mettre en œuvre les dispositions communes voulues par la stratégie nationale votée par le Parlement ;
- la nécessité de ne pas adopter entre les différentes autorités publiques compétentes des orientations qui pourraient s'opposer entre elles.

Il s'agit d'aller aujourd'hui jusqu'au bout du chemin dans lequel nous nous sommes engagés en France depuis une dizaine d'années, à l'exemple des autres pays européens. Sur la base d'une acception large de la notion de santé, afin d'accroître l'efficacité de l'action publique en agissant les différents facteurs en cause, il est nécessaire de :

- se doter de priorités permettant des progrès de santé significatifs, grâce au rassemblement de nos efforts possibles sur des objectifs bien circonscrits ;
- ouvrir le débat démocratique sur les choix de santé à faire ;
- rechercher, à la fois, plus de santé pour la population et plus d'efficacité de l'action publique ;
- s'appuyer sur les initiatives locales prises par les collectivités territoriales et les grands opérateurs de santé, de façon à mettre en œuvre des solutions adaptées aux besoins multiformes de la population et acceptées par les acteurs de la santé qu'elles concernent ;
- conduire des stratégies de santé définies avec une grande rigueur de méthode, nourries des résultats de la recherche sur les actions de santé les plus efficaces et les plus efficaces ;
- simplifier et mieux organiser la concertation sur la politique nationale de santé et son suivi ;
- renforcer l'évaluation des stratégies de santé conduites et renforcer le lien avec les engagements financiers pris en conséquence ;
- structurer un pilotage unique de la préparation de la politique nationale de santé et de son suivi, un pilotage interministériel et associant les grands opérateurs de santé ;
- articuler les différentes actions en faveur de la santé conduites par les différentes autorités publiques compétentes, dans le cadre d'une politique de santé nationale et poly-centrée.

Le programme devant nous ne représente pas une profonde révolution par rapport à l'existant. Il n'exige pas de profondes réorganisations. Juste un peu plus de suite logique dans les orientations déjà engagées dans notre pays.

Introduction

L'absence de politique est aussi une politique. Echapper à son devoir est, pour l'Etat, impossible. La question est donc de savoir comment s'y prendre au mieux pour faire face à ses obligations. Ensuite se pose le jugement sur les résultats obtenus. Trop souvent, l'attention se porte d'emblée sur les lacunes et les insuffisances de la politique nationale de santé. Il faut les apprécier bien sûr. Rarement cependant l'intérêt se tourne vers la méthode.

Comment préparer une politique nationale de santé pertinente et efficace ? Quel processus faut-il engager pour dérouler cette méthode de fabrication ? Sur ces sujets, les prescriptions manquent. Le présent rapport veut répondre à ces questions, dans le cadre d'une mission commandée par Madame la ministre de la santé et Monsieur le ministre du travail.

Dans une première partie, sont analysés les problèmes de construction que pose, en général, l'élaboration d'une politique de santé. Le constat de ces difficultés ne doit pas pour autant dissuader de se doter d'une politique de santé, car celle-ci est nécessaire.

La seconde partie décrit succinctement la situation française que l'annexe 1 détaille, avec des éléments de comparaison sur les expériences constatées dans d'autres pays. La politique nationale de santé apparaît comme étant une addition de plans et d'objectifs disparates. Le souci de fixer des objectifs de santé pour orienter l'action publique donne lieu à des démarches de plus en plus rigoureuses. Mais le lien avec les principes de financement est ténu. Et le pilotage collectif de la politique de santé est imprécis, associant insuffisamment les grands opérateurs de santé nationaux, peu organisé sur le plan opérationnel.

La troisième partie de ce rapport est consacrée aux propositions.

Avant de s'expliquer sur le comment se doter d'une politique de santé, encore faut-il s'entendre sur l'objet à traiter et sur la forme qu'il devra prendre.

Il est indispensable de travailler avec une définition positive de la santé. Ordinairement, la santé est reconnue à partir de ce qu'elle n'est pas, une absence de maladie. Or, une politique ne saurait s'appliquer à un objet défini en creux. Elle a besoin pour être véritablement opérationnelle, d'une prise plus directe sur le réel qu'elle veut transformer.

La définition donnée à la politique nationale de santé, ici affirmée comme étant interministérielle, n'est pas sans conséquence ensuite sur les conditions de sa préparation.

La méthode de préparation d'une politique suit des étapes invariables, quel que soit son domaine d'application. Dans tous les cas, il s'agira d'abord d'identifier les besoins, de se fixer des priorités et des objectifs, de déterminer les dispositions opérationnelles à prendre, de définir un suivi et une évaluation de la mise en œuvre. En revanche, selon l'objet traité, les organisations de l'expertise, de la concertation, du pilotage, peuvent être différentes. La délimitation du champ sur lequel doit porter une politique de santé est donc le point de départ obligé de toute proposition sur le comment faire. Selon la dimension retenue pour ce champ, les questions à traiter ne seront pas les mêmes.

Au point de départ de la définition de toute politique de santé, il y a le développement d'une expertise sur les problèmes à résoudre et les objectifs possibles à se donner. Plusieurs agences nationales ont été créées en France ces dix dernières années, auxquelles s'ajoutent la Haute autorité de santé et le Haut conseil en santé publique. Chacune de ces

structures apporte une expertise spécialisée utile pour préparer une politique nationale de santé. Bien d'autres contributions scientifiques ont aussi leur intérêt, notamment celles des diverses sociétés savantes par exemple. L'organisation de l'expertise ne sera toutefois pas traitée dans ce rapport. Elle fait l'objet d'autres travaux déjà menés dans le cadre de la RGPP et d'une mission confiée à l'IGAS récemment.

En revanche, seront abordés la structuration possible de la politique nationale de santé, les questions de méthode qui se posent pour l'élaborer, l'organisation de la concertation et du débat public, la définition du pilotage de sa préparation. Enfin, les propositions traiteront de l'articulation de la politique nationale avec les autres politiques publiques.

Il ne serait pas raisonnable d'aborder le sujet des conditions de préparation d'une politique nationale de santé au sein d'un cercle étroit de réflexion. Les directions d'administration centrale et les principaux opérateurs du ministère de la santé ont été associés à la préparation de ce rapport. De nombreuses consultations ont par ailleurs eu lieu auprès des partenaires du ministère de la santé, dans les autres ministères, en dehors des services de l'Etat, au niveau national et dans les régions. Si nous ne parvenons pas à un consensus sur la méthode et le processus pour la dérouler, il y a fort à parier que nous nous entendrons encore moins sur le contenu qui pourra être donné à la politique décidée. Dans ce domaine de la santé qui nous concerne tous, la recherche du consensus est bien sûr une ardente obligation. C'est ce que ce rapport, dans ces conditions de préparation, malgré un court délai donné pour le rendre, a eu l'ambition d'approcher. Il faut ici remercier tous ceux qui ont accepté d'apporter leurs réflexions, leurs idées, à la préparation de ce rapport.

I. La nécessité d'une politique nationale de santé

Une politique, et la politique de santé n'échappe pas à la règle, se reconnaît à ses buts et au choix de ses moyens pour les atteindre. Elle poursuit des effets au profit de la population toute entière ou de groupes particuliers. Ses objectifs portent sur les facteurs de changement les plus décisifs, afin de ne pas disperser les forces collectives employées à son service et risquer de les rendre inefficaces. Elle projette, sur un horizon temporel dont la distance est variable, une situation voulue et elle choisit les meilleurs moyens pour y parvenir. Une politique est une volonté collective de transformation d'une réalité et un engagement concret pour l'opérer.

Nombreuses sont les observations sur l'absence d'une politique de santé en France¹. Pourtant, depuis plus de 20 ans, la France s'est dotée de nombreux outils de planification dans le domaine de la santé, destinés à définir des stratégies et à les conduire, tant au niveau national qu'au niveau régional. La Direction générale de la santé (DGS) dénombre 30 plans nationaux² actuellement en vigueur, portant chacun sur un problème de santé ou un déterminant de la santé différents. A ces trente plans, s'ajoutent 4 plans en faveur de la sécurité sanitaire. Rien n'y fait. Le jugement reste sévère. La France ne saurait ni où elle va, ni comment elle fera pour améliorer la santé de sa population. Et le bon classement de son système de santé accordé par l'OMS en 2000 serait un résultat obtenu en ayant agi en aveugle, ou estimé surprenant.

Au niveau régional, ces 20 dernières années, les outils de planification se sont ajoutés les uns aux autres, au service de plusieurs autorités publiques responsables des différents domaines d'intervention en faveur de la santé. Ils servaient à définir des stratégies le plus souvent indépendantes les unes des autres, incapables de mettre en œuvre les complémentarités réclamées notamment par les nécessités de la prise en charge des pathologies chroniques. Ce temps est révolu.

La loi Hôpital, Santé Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009, en créant les Agences régionales de santé (ARS), a installé une autorité publique unique au niveau régional, compétente pour tous les domaines d'intervention en faveur de la santé que sont les soins hospitaliers et ambulatoires, le médico-social, la prévention et la promotion de la santé, la sécurité sanitaire. Cette même loi a doté l'ARS d'un seul outil de planification, le projet régional de santé (PRS) composé d'un plan stratégique régional de santé, de trois schémas et de programmes. Le plan stratégique régional de santé est destiné à concevoir une approche globale de la santé. Un problème de santé identifié donnera lieu à la détermination d'objectifs complémentaires relevant de chacun des domaines d'intervention pour lesquels l'ARS est compétente. Les trois schémas prévus par la loi déclineront ensuite les mesures particulières à prendre dans les secteurs des soins, de la prévention et du médico-social. Avec le PRS, la France s'est dotée d'un outil stratégique permettant, dans le domaine de la santé, de se fixer un seul ensemble de buts et de moyens pour les atteindre. La politique nationale de santé disposera là d'un levier capable de relayer ses orientations dans toutes les régions.

¹ *Politique de santé. La santé en quête de politique.* Didier Tabuteau, Sève N°14 printemps 2007.

² *Livre des plans.* Ministère de la santé, Novembre 2009.

Cela suffira-t-il à faire taire le scepticisme quant à la réalité d'une politique de santé ? Probablement pas. Car, si la multiplication des plans nationaux a certainement représenté un progrès, si la loi du 9 Août 2004 a, pour la première fois, fixé des priorités de santé et une centaine d'objectifs, le sentiment d'une absence de direction claire donnée à l'action publique continue d'être largement partagé. L'action publique dans le domaine de la santé, au niveau national, reste en effet dispersée, paraît épuiser ses forces dans de trop nombreuses directions, pour des résultats jugés décevants, comme le révèle l'évaluation de la loi du 9 Août 2009 réalisée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP)³.

De plus, la création des ARS, dotées d'un outil stratégique en santé, le PRS, permettant de concevoir une approche globale des questions de santé en partant de quelques priorités précises, fait apparaître, par contraste, la politique nationale comme très émiettée, n'obéissant à aucune cohérence d'ensemble.

L'unité de la politique de santé ne saurait se construire en partant de la base régionale de la France et, en même temps, résulter de multiples objectifs nationaux déterminés au travers d'une trentaine de plans et stratégies diverses, juxtaposés les uns aux autres. La recherche d'une égalité de traitement entre les citoyens sur la totalité du territoire national apparaîtrait dans ces conditions bien chaotique.

L'ambition est désormais évidente, dans la droite ligne de la direction prise avec la création des ARS. Les plans de santé et les stratégies diverses conçues au niveau national, qui ont représenté un progrès, doivent obéir à un dessein d'ensemble capable de mobiliser à son service tous les domaines d'intervention en faveur de la santé, capable d'être favorisé par toute action publique de quelque nature qu'elle soit, de manière à orienter ensuite l'approche globale déterminée et conduite par les ARS dans les régions. En partant de l'expérience acquise ces 20 dernières années, il faut maintenant concevoir une politique nationale de santé. Et ce singulier est tout le projet.

Cependant, si l'unité d'une politique nationale de santé a vocation à configurer la cohérence de la stratégie des ARS, elle devra aussi se soucier de porter les ambitions collectives en faveur de la santé définies avec nos partenaires européens, au moins pour certains de ses aspects⁴. Une politique nationale de santé conçue comme un seul ensemble de buts et de moyens adaptés, aura donc deux interfaces de nature différente. L'Europe d'un côté, les régions et leurs territoires de l'autre.

Se doter d'une politique nationale de santé conçue comme un ensemble singulier de buts et de moyens n'est pas une entreprise simple. Il est utile d'examiner de près les difficultés qui seront rencontrées pour la mener à bien, afin de trouver les solutions permettant de les surmonter.

³ *Objectifs de santé publique. Evaluation des objectifs de la loi du 9 Août 2004. Propositions.* Haut Conseil en santé publique. Collection avis et rapport. Avril 2010.

⁴ L'exemple du secteur du médicament est flagrant à cet égard.

1. LES PROBLEMES DE CONSTRUCTION D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

1.1. *L'objet d'une politique nationale de santé est incertain*

Longtemps la santé a été définie comme une absence de maladie. Une telle conception de la santé ne prend pas en compte les situations où une maladie n'est pas encore déclarée mais est dans un état latent⁵. Elle se confond avec le seul diagnostic médical et elle ne retient rien de la perception qu'a l'individu concerné de sa propre situation. Enfin, elle exclut les questions posées par l'exposition des individus à des risques et elle néglige les besoins d'adaptation des personnes à une perte de leur autonomie. Elle conduit à résumer les moyens d'agir en sa faveur au seul domaine des soins. Cependant, par sa nature objective, elle offre pour construire une politique un objet de visée bien circonscrit et elle permet d'identifier un domaine très précis d'intervention.

L'OMS, en 1946, dans le préambule de sa constitution, a donné de la santé une définition positive, « *un état de complet bien-être physique, psychique et social* ».

Une telle définition de la santé a deux avantages importants. Elle reconnaît le caractère pluridimensionnel de la santé et elle considère que l'appréciation finale de la bonne santé est le résultat d'une subjectivité, celle de la personne intéressée définissant son bien être. Mais, cette définition comporte aussi deux inconvénients. Elle donne de la santé une représentation statique, figée à un moment donné, et, en la confondant avec la notion de bien-être, elle en offre une conception tellement large qu'elle peut englober toute activité humaine pour l'obtenir.

D'autres définitions ont tenté de corriger ces inconvénients, en se fondant sur une représentation fonctionnelle de l'état de santé. Ainsi, l'OMS, à Ottawa en 1986, a considéré la santé comme donnant à la personne « *le pouvoir d'identifier et de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins, et évoluer avec son milieu ou s'y adapter* ». La santé devient donc ici un moyen qui se reconnaît à sa fonction. Cette approche ne remet pas en cause la définition de 1946. Elle la prolonge en insistant sur une valeur plus dynamique de la santé. Ainsi, elle prend mieux en compte les buts personnels et sociaux au service desquels est la santé d'un individu ou de toute une population. Cependant, elle continue de porter une vision très englobante de la santé qui, quand il s'agit de délimiter ensuite le périmètre de son administration, laisse dans le même embarras.

Il faut certainement retenir la définition donnée par l'OMS en 1946, complétée par celle établie à Ottawa en 1986, pour tous les avantages qu'elle comporte. En revanche, quand il s'agit de cerner l'objet d'une politique, il est nécessaire, pour celle-ci, de concevoir un contenu administrable, aisément identifiable au sein de la globalité de l'action publique avec laquelle elle ne saurait se confondre, sous peine de faire de la santé un projet totalisant. Ainsi, le caractère trop indéfini de la notion de bien-être ne compromettrait pas la valeur opérationnelle de la politique de santé déterminée. Et l'ouverture que cette même notion de bien-être apporte, en prenant en compte de multiples facteurs agissant en faveur de la santé, pourrait être conservée, en reconnaissant par ailleurs les effets que toute action publique peut avoir sur la santé sans en faire son objet de visée, en affirmant l'apport d'une bonne santé de la population à la réussite des autres politiques publiques.

C'est donc à ce triple mouvement qu'il faudrait procéder :

- s'entendre sur un contenu limité de la politique nationale de santé ;

⁵ C'est le cas par exemple pour un cancer à un stade débutant.

- formaliser la reconnaissance des effets en sa faveur portés par toute autre action publique ;
- promouvoir l'impact positif de la santé sur la réussite des autres politiques publiques.

Ainsi, résultat au final d'une appréciation subjective, produite par des actions visant toutes ses dimensions, la santé mesurée dans son état comme dans sa fonction, serait l'objet principal d'une politique nationale spécifique qui n'en serait pas la seule responsable.

1.2. Un seul ensemble de buts et de moyens paraît réducteur devant la multiplicité des domaines à couvrir

Attachée à la réalisation de très nombreux objectifs, une politique publique donne d'elle-même une représentation assez brouillonne. Tout devient d'égale importance. Aucune ligne directrice ne l'emporte. Pour n'avoir renoncé à rien, aucune force ne parvient à être rassemblée afin d'obtenir des résultats significatifs sur l'essentiel. Se doter d'une politique c'est fixer quelques priorités à son action, après avoir identifié les moyens d'améliorer au mieux la santé de la population.

Dans le domaine de la santé, des priorités peu nombreuses, dépassant les particularités des nombreux domaines d'action possibles, obéissent forcément à des formulations générales éloignées des réalités sur lesquelles elles portent. « *Réduire la mortalité évitable* » pourrait être une de ces priorités. Une politique exprimée de cette façon ne laisserait pas saisir ses conséquences concrètes sur les différents facteurs en cause qui tous justifieraient de se voir fixer des objectifs adaptés à leurs particularités. Et, revenues à la présentation d'une longue collection de buts, les priorités d'une politique, au début clairement distinguées, sortent affaiblies de l'opération. L'exemple de la loi du 9 Août 2004 le montre bien. La liste des 100 objectifs a fait oublier que la loi ne retenait que 5 priorités, malgré sa publication en annexe.

Se fixer de nombreux objectifs dilue le projet de santé national et lui fait perdre de sa force. Mais, de nombreux objectifs assurent qu'une action concrète sera conduite vis-à-vis de chacun des facteurs impliqués dans l'état de santé constaté. Les professionnels de santé, les usagers, les gestionnaires de services, se félicitent de retrouver leurs intérêts spécifiques pris en compte par tel ou tel objectif précisément souligné. Ils s'en félicitent, même s'ils regrettent aussi le manque d'axe clair d'une politique nationale qui ne parvient pas à engager les efforts suffisants qu'ils attendent en faveur du domaine particulier de préoccupation auquel ils sont attachés.

Quelques priorités pour définir une politique nationale de santé, expriment une volonté et permettent de ne pas épuiser ses forces en les dispersant dans de trop nombreuses directions. Mais, elles ne rendent pas compte de la diversité des nombreux objectifs particuliers qu'il faudrait soutenir pour leur donner un contenu concret.

Est-il impossible de sortir de cette opposition entre d'un côté une liste détaillée d'objectifs reflétant toutes les spécificités des différents secteurs en faveur de la santé, et d'un autre côté quelques lignes directrices guidant l'action apparaissant toutes théoriques parce que tellement générales ? La solution est certainement à trouver dans la définition des principes et de l'architecture auxquels une politique nationale de santé doit obéir.

Dans les années 90, plusieurs pays, en s'inspirant de la démarche des « *Health Targets* » préconisée par l'OMS, se sont fixés de nombreux objectifs de santé pour guider leur action. Il s'agissait de dérouler avec méthode une série d'opérations de planification de son action

permettant d'obtenir des résultats quantifiés sur le plan de l'état de santé de la population. La plupart de ces pays ont depuis réduit leurs ambitions et retiennent aujourd'hui peu de priorités ayant un impact fort sur la santé globale de la population et sur l'offre de soins⁶.

Exemple de la politique nationale de santé arrêtée en Grande Bretagne

Le modèle britannique poursuit seulement deux buts :

- accroître la durée de vie et le nombre d'années sans incapacité ;
- réduire les inégalités de santé.

Il est ancré dans trois lieux d'actions qui correspondent à trois tranches d'âge :

- les écoles (enfants et adolescents),
- les entreprises (adultes),
- les quartiers (personnes âgées) de population.

Ce programme repose sur quatre priorités et quatre objectifs à 10 ans :

- Cancer : moins 20% de mortalité des moins de 75 ans et 100 000 vies sauvées ;
- Maladies cardio et cérébro-vasculaires : moins 40% de mortalité chez les moins de 75 ans et 200 000 vies sauvées ;
- Accidents : moins 20% de décès et 12 000 vies sauvées ;
- Santé mentale : moins 20% de décès par suicide et 4 000 vies sauvées.

Ces priorités ont été déterminées à partir d'un critère unique de sélection : les problèmes qui entraînaient le plus de décès prématurés en Grande-Bretagne.

Le travail de préparation de l'adoption de ces 4 objectifs a duré deux ans.

Ce programme présente par ailleurs les caractéristiques suivantes :

- la continuité : commencé en 2000, avec des objectifs à 10 ans, il est toujours en vigueur en 2010 ;
- la simplicité ;
- la clarté : tout un chacun peut comprendre l'objectif principal du programme, à savoir sauver des vies

Quant à la réduction des inégalités, elle signifie que ces programmes s'adressent aux catégories sociales les moins favorisées, étant entendu que les catégories sociales favorisées sont celles qui fument le moins, qui s'alimentent le mieux, qui vivent dans un environnement plus favorable et qui savent utiliser le système de soins...

1.3. Les choix inhérents à la construction de toute politique sont difficiles dans le domaine de la santé

Opter pour un ensemble de buts et de moyens limités oblige à faire des choix. Le secours apporté aux personnes sera donc privilégié dans certains cas par rapport à d'autres. Une telle décision est naturellement bien difficile à prendre. Ainsi, la crainte de trop de désapprobations conduit souvent à continuer de disperser ses efforts au service de nombreux objectifs. Or, la simple collection de dispositions en faveur de la santé aussi diverses que multiples ne saurait constituer une politique.

⁶ Voir l'étude réalisée à la demande de la DGS en 2003 par le GRAPHOS-CNRS IFROSS (Lyon), Université Jean Moulin Lyon 3, étude dirigée par Jean-Pierre CLAVERANNE « *Les modalités de définition des objectifs et stratégies de santé. Description et analyse des dispositifs des pays de l'Union Européenne et d'Amérique du Nord* ».

S'il peut être admis que se fixer des priorités permet de rassembler ses forces et d'être plus efficace pour atteindre les cibles jugées apporter plus de santé globale à la population, abandonner certains objectifs et négliger la réponse à des besoins jugés pourtant essentiels par les individus qu'ils concernent est en effet plus contestable. La société ne doit-elle pas une assistance égale à chacun de ses membres ? Comment accepter que la détresse de certains fasse l'objet de toutes les attentions, au détriment de celle d'autres, sans doute moins nombreux, ou jugés moins atteints, ou considérés comme ayant trop peu de chances d'être sauvés au regard des moyens à investir ? Toute politique de santé, pour être définie, confronte à ces questions éthiques dont il est difficile de débattre collectivement. Très vite en effet, vu la nature et l'importance des enjeux, les positions ne peuvent que devenir passionnelles, rendant impossibles les compromis sur lesquels reposent les choix.

Il y a deux façons de concevoir la notion de priorité. Soit il s'agira de retenir quelques problèmes de santé par rapport auxquels tous les efforts collectifs se concentreront pour obtenir les meilleurs résultats possibles, laissant sans secours les personnes qu'ils ne concernent pas. Soit, sans rien remettre en cause des efforts consacrés à prendre en charge les différents problèmes de santé de la population, il s'agira de ne pas disperser les moyens nouveaux susceptibles d'être rassemblés et pour cela de les orienter en faveur de quelques situations de santé où des progrès significatifs dépendront d'un investissement suffisant à réaliser. C'est cette seconde compréhension de la notion de priorité qu'il faut certainement retenir.

Le choix de priorités caractérisant une politique de santé ne doit pas conduire à abandonner certains secours, bien au contraire. Il faut insister sur cette portée donnée à la notion de priorité. Les questions de santé soulèvent tant d'émotions et les peurs sont tellement vives, si difficiles ensuite à apaiser, qu'il est impératif de travailler à une politique de santé en prenant toute précaution pour éviter le moindre malentendu à ce sujet.

Par ailleurs, certains efforts bien ciblés, quand ils servent à limiter des dépenses inutiles ou à éviter l'apparition de problèmes de santé plus sévères, peuvent permettre de dégager des marges de manœuvre utiles pour tous.

Inquiets cependant d'une mauvaise compréhension de la notion de priorité, certains pays, tel le Royaume-Uni, ont utilisé la notion de « *Buts* » pour désigner ce sur quoi les efforts doivent porter. Le terme de priorité est ensuite employé pour décliner les buts en nombre très limités.

1.4. *L'avenir n'est pas toujours sûr dans le domaine de la santé*

Une politique vise une situation de santé à atteindre dans un temps déterminé. Elle part pour cela d'un constat présent et identifie les meilleurs moyens pour obtenir les résultats attendus. En conséquence, les actions et les efforts nécessaires font l'objet d'une programmation. L'avantage est de pouvoir engager les moyens prévus selon un ordre qui garantit leur bon usage. Mais, avec le temps, bien des surprises sont susceptibles de se produire. L'imprévu peut ainsi ruiner les meilleurs plans et obliger à détourner un effort conçu pour d'autres fins.

Ainsi, la survenue d'une épidémie exigera des ripostes qui mobiliseront des moyens initialement réservés au service d'autres projets qui, de ce fait, ne seront pas menés à bien. La découverte de nouveaux traitements ou procédés diagnostics obligeront à des investissements qui n'avaient pas été envisagés, changeront les stratégies de prise en charge, auront des conséquences sur l'organisation de l'offre de soins. La survenue d'une

crise économique sévère⁷ rendra impossible la mise en œuvre d'une politique pourtant bien réfléchie en compromettant soudainement le financement.

Une politique sert à préparer le futur. Pour cela, elle représente un cadre rigide de priorités et de moyens tous orientés vers l'atteinte de buts fixés dans un temps présent. Mais, à tout instant, la situation financière, médicale, épidémique, peut changer de manière plus ou moins importante. Il faut alors s'adapter à un contexte nouveau, redéfinir ses investissements, les réorienter, redimensionner les efforts envisagés, reconsidérer les objectifs retenus et les résultats espérés. Bref, dans les cas extrêmes, c'est toute la politique de santé, si bien ordonnancée, qui sera mise sans dessus-dessous. A quoi aura servi d'en avoir soigné tous les termes ?

Pire que d'avoir gaspillé son énergie à faire des plans devenus inutiles, il peut arriver qu'entraînés dans une direction apparue en son temps judicieuse, nous ayons mobilisé des moyens qui seront manquants pour faire face à une situation nouvelle et préoccupante.

Se doter d'une politique – parce que celle-ci rigidifie les choix d'intervention – fait courir le risque d'empêcher, ou pour le moins de compliquer, l'adaptation nécessaire à l'imprévu. L'emploi de techniques prospectives, le recours à des scénarios, peuvent certainement limiter le risque de se retrouver pris au dépourvu par une situation nouvelle, permettront de s'adapter rapidement à un contexte différent de celui prévu au départ. Pour autant, cette incertitude de l'avenir explique que soit répandu un certain scepticisme quant à l'utilité des stratégies mûrement réfléchies à l'avance et plaide pour une gestion surtout réactive des questions de santé.

1.5. Le difficile travail collectif d'élaboration d'une politique de santé

Agir en faveur de la santé implique l'intervention de nombreux professionnels⁸ aux métiers différents. Quant aux gestionnaires de services, ils relèvent de plusieurs statuts, associatifs, privés à but lucratif, public. Et les questions de santé concernent toute la population, à tous les âges.

Nul ne peut prétendre sur de tels sujets avoir une expertise complète. Chacun – professionnel avec son champ d'expériences et de connaissances, gestionnaire, usager – a sa part de compréhension des situations de santé sur lesquelles il conviendra d'agir, sa conception des résultats à obtenir, son avis sur les meilleurs moyens à employer. Chacun est intéressé dans les dispositions envisagées pour améliorer la santé de tous. Une politique de santé ne saurait se concevoir sans le concours de tous ces acteurs, sous peine de manquer de pertinence et surtout de ne pas être appropriée par ceux qui devront la mettre en œuvre et ceux qui en bénéficieront. Et, pour produire tous ses effets, ce concours devra porter sur la réalisation de toutes les étapes servant à définir cette politique et sur son évaluation.

Impliquer autant d'acteurs différents, tout au long du processus d'élaboration de la politique de santé, donc sur une période de temps relativement longue, est une entreprise difficile et complexe. Difficile, parce que le risque est grand de sombrer dans des débats interminables, de ne pas arriver au bout d'analyses innombrables, de se heurter à des positions passionnelles sans parvenir à dépasser le stade de l'émotion, de ne pas se sortir de la confrontation entre des intérêts contradictoires trop disparates. Complexe, parce que associer autour d'un projet commun autant de compétences différentes, donner toute leur

⁷ L'histoire récente montre qu'une telle hypothèse est loin d'être invraisemblable et peut avoir de grands effets en un très court laps de temps.

⁸ L'emploi pour le seul secteur des soins concerne environ 1 million de personnes en France.

place à de multiples points de vue, à l'expression de divers intérêts, exige une grande rigueur dans l'organisation du travail collectif, dans la conduite des discussions nécessaires et le pilotage de tout le processus. Cette difficulté et cette complexité ont de quoi rebuter bien des bonnes intentions prêtes à s'attacher à l'élaboration d'une politique nationale de santé.

Mais, sans cette approche démocratique de la définition d'une politique de santé, il y a peu de chance de parvenir à dégager une volonté partagée par le plus grand nombre. Alors, la politique de santé ne sera que lettre morte. Il ne saurait y avoir de politique de santé opérationnelle sans une double adhésion, celle de ceux qui vont la mettre en œuvre et celle de ceux qui en bénéficieront. Or, pour produire tous ses effets bénéfiques, la démocratie sanitaire demande de la méthode.

2. LA NECESSITE D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

La santé est d'abord une affaire personnelle. C'est parce qu'elle est aussi une préoccupation collective qu'elle fait l'objet d'une politique publique. Cette politique aura à traduire la façon selon laquelle la collectivité nationale à laquelle tout un chacun appartient, entend protéger la santé des personnes et l'améliorer, pour ce qui relève de son domaine d'intervention possible.

En second lieu, dès lors que les actions en faveur de la santé sont financées par la solidarité organisée par l'Etat, il est nécessaire de s'assurer d'un emploi optimal de la ressource publique disponible et d'obtenir les meilleurs résultats possibles en termes de santé pour la population⁹. Là est la fonction d'une politique.

L'Etat, organisateur de la solidarité collective, est, de ce fait, comptable de l'emploi fait des efforts de financement demandés à tous pour la santé de chacun. Cet emploi, c'est la politique nationale de santé qui en détermine la logique et les moyens d'exécution. Mais, au-delà du bon usage attendu d'une ressource publique, la population demande à l'Etat de prendre toutes dispositions pour assurer la plus grande protection possible vis-à-vis de toute menace portant sur la santé des personnes et la promotion même de la santé de tous. Plus que cela, l'Etat doit certes savoir protéger dans l'instant, mais aussi être capable d'anticiper, de prévoir la survenue des risques et d'en empêcher la survenue. Et ces risques ne sont pas seulement ceux qui sont subis du fait d'un environnement délétère. Ils vont jusqu'à ceux que certains, par leurs comportements, font courir à leur propre vie. L'Etat aujourd'hui est sommé aussi de protéger chacun de lui-même¹⁰.

L'Etat a donc une triple mission. A la fois protecteur de la santé des personnes, promoteur de la santé de tous et bon gestionnaire de la ressource publique, sa tâche est vaste et ne lui permet pas de concilier toujours de façon complète les impératifs découlant de ces trois attentes. La définition d'une politique sera pour lui le moyen de fixer le bon équilibre entre des exigences susceptibles d'être contradictoires.

⁹ L'emploi optimal de la ressource se vérifie pour une action donnée, où il s'agit de la meilleure efficacité obtenue compte tenu des moyens mobilisés. L'amélioration de la santé de la population passe par un choix éventuellement différent du type des actions à retenir pour aboutir aux meilleurs résultats. Ces deux notions qui renvoient pour l'une à la question de l'efficacité et pour l'autre à celle de l'efficacité méritent d'être distinguées.

¹⁰ Exemples des luttes contre le tabac, les accidents de la route, l'alcoolisme, qui comportent un aspect de protection de chacun vis-à-vis des comportements d'autrui, mais qui protègent aussi chacun des risques courus pour lui-même du fait de ses comportements.

Si les ressources publiques étaient inépuisables, nul besoin d'une politique. Il suffirait de se soucier de la seule qualité des interventions réalisées. Les moyens ne manqueraient jamais pour répondre au moindre besoin et la question de leur usage inutile serait indifférente.

L'existence d'une contrainte financière impose de se doter d'une politique de santé. C'est d'autant plus vrai que les besoins et les exigences ne cessent de croître. Les pathologies évoluent avec le vieillissement de la population, avec le développement des risques sanitaires. Les progrès médicaux transforment les pratiques et l'organisation des prises en charge. La recherche de sécurité pousse toujours plus loin ses limites. Aussi, la contrainte financière est bousculée par la pression de plus en plus forte des demandes démultipliées.

Dans un cadre de ressources disponibles forcément comptées, la question de l'usage inutile ou mal adapté des moyens peut se traduire par des pertes de chances pour la population sur le plan de la santé. Dans une telle situation de pertes de chances constituée, l'Etat apparaît alors comme n'ayant pas été suffisamment protecteur à l'égard de la population. Par ailleurs, il faut craindre que l'adhésion de chacun à l'effort financier collectif ne s'émousse, s'il apparaissait qu'il a été exigé en vain ou s'il obtenait des effets injustement répartis entre pourtant d'égaux contributeurs.

Se doter d'une politique nationale de santé conçue comme un ensemble de buts et de moyens limités, assurant le plus de santé possible pour la population, est une entreprise difficile. Les obstacles à un tel projet sont connus. Leur inventaire ne devrait pas avoir pour effet de nous dissuader de soutenir l'entreprise. Au contraire, leur examen lucide est le moyen de parvenir à établir la meilleure approche de la question. Car la nécessité de plus en plus impérieuse de s'entendre sur des choix clairs et pertinents oblige à dépasser tous les obstacles dressés sur le chemin.

Le présent rapport propose un certain nombre de mesures à prendre, de nature législative parfois, afin de déterminer le champ exact d'une politique nationale de santé, la méthode de sa préparation, les conditions des expertises indispensables, l'organisation de la concertation nécessaire et le mode de pilotage des travaux à conduire.

II. Une situation française confuse

1. UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTE SOUVENT JUGEE AVEC SEVERITE

Les jugements portés par les différents partenaires de l'Etat ou par les membres des services de l'Etat sont le plus souvent sévères. Les critiques tournent autour des points suivants :

➤ *Une politique nationale de santé confuse parce que sans orientations fortes*

Selon la plupart de ceux qui ont été auditionnés dans le cadre de cette mission, la politique nationale de santé en France est un objet incertain. Peu visible, sans ligne directrice claire. Seules apparaissent nettement les grandes priorités nationales décidées par le Président de la République. Le cancer hier, la maladie d'Alzheimer aujourd'hui. Pour le reste, la politique nationale apparaît comme un empilement de plans et d'objectifs déterminés au gré des circonstances, sous la pression des lobbys, dictés par les urgences du moment. Et si la loi du 9 août 2004 a bien prévu 5 grandes priorités, la liste des 100 objectifs qui suivait est apparue comme dressant un long inventaire de priorités complémentaires.

Cependant, d'autres points de vue se rencontrent. Finalement, nous serions bien en peine si nous nous étions dotés de quelques priorités fortes et incontournables. Ce cadre stratégique tant réclamé serait vite bousculé par l'émergence incontrôlable de nouvelles exigences qui n'y trouveraient pas leur place.

Ainsi, selon que le souci du pragmatisme l'emporte ou pas, le jugement porté sur les imprécisions de la ligne stratégique de la politique nationale de santé est plus ou moins sévère.

➤ *Une prise en compte insuffisante des contraintes financières*

Chaque nouveau plan est pressé d'indiquer les moyens qui seront mobilisés pour le mettre en œuvre. Sans cela, un plan paraît n'être qu'une vaine stratégie. Ainsi, la succession des plans additionne les dépenses, sans que soit prise en compte la limitation globale des moyens. Tout se passe comme s'il était admis que l'emploi des ressources, pour répondre à un besoin de santé, était toujours optimum. Alors, dans ces conditions, améliorer les résultats d'une prise en charge ne s'obtiendrait que par l'octroi de moyens supplémentaires. Le plan est destiné à les annoncer.

Cette construction de la politique de santé est inflationniste sur le plan de la dépense, sans donner l'assurance que les efforts déjà engagés sont employés avec les meilleurs résultats qui soient.

➤ *Un lien insuffisant entre la politique de santé et les lois de financement*

Si les trois premières lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) ont bien repris des mesures qui étaient inspirées par la loi de 2004, les suivantes n'ont plus comporté de référence à ce sujet.

Par ailleurs, l'existence de deux lois, la loi de finance (LF) et la LFSS, la première traitant des financements relevant du budget de l'Etat et la seconde des dépenses de l'assurance

maladie, ne donne pas une vision d'ensemble complètement cohérente des objectifs poursuivis et des stratégies de financement engagées.

➤ *Une concertation mal organisée et décevante*

Assez unanime est la critique faite au dispositif de concertation existant au niveau national et à la place qui est la sienne dans le processus d'élaboration et de suivi de la politique nationale de santé.

A chaque domaine d'intervention en faveur de la santé correspondent une ou plusieurs instances de concertation. Plusieurs plans font l'objet d'un suivi spécifique. Pour cela une commission, à chaque fois différente, a été constituée. Dans toutes ces commissions, une partie des membres est constituée toujours des représentants des mêmes institutions.

Il existe par ailleurs des redondances. Par exemple, dans le domaine du médico-social, la section sociale du conseil national de l'organisation sanitaire (CNOS) et le comité national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) peuvent être consultés sur des questions de politique dans le domaine de la prise en charge du handicap, alors que leur composition respective est de nature assez proche. La conférence nationale de santé (CNS) a souligné dans ses avis le trop grand parallélisme qui existe entre les travaux demandés à son assemblée et ceux qui sont conduits au sein des diverses instances spécifiques mises en place pour assurer le suivi de la mise en œuvre de tel ou tel plan national. Cependant, aucune instance n'est en position de pouvoir donner un avis sur la cohérence globale de la politique de santé envisagée.

Par ailleurs, la conférence nationale de santé regrette de ne pas être associée aux travaux d'élaboration des plans nationaux, de n'intervenir qu'au dernier stade de la concertation, quand le projet est déjà très abouti. Elle se plaint de l'imprécision des procédures de saisine.

Les premiers résultats d'une enquête réalisée par la DGS en 2009 montrent que près de la moitié des associations d'usagers consultées estiment que leur propositions ne sont jamais ou rarement prises en compte. La quasi-totalité de ces associations (95%) déclarent que les refus de prise en compte de leurs contributions ne font pas l'objet d'une réponse écrite et argumentée.

Enfin, les représentants des professionnels de santé ont déserté la CNS, considérant qu'ils ne parvenaient pas à faire entendre leurs positions.

➤ *Des approches de la santé trop centralisatrices*

De la consultation dans trois régions, la Bourgogne, Rhône-Alpes et la Picardie, conduite par les DGARS dans le cadre de cette mission, il ressort que les partenaires des ARS ont le sentiment que leur analyse des besoins n'est pas entendue par le niveau national. Ils regrettent le caractère trop descendant des relations entre le national et le régional.

Au travers de la multiplication des plans, le niveau national dresse pour les acteurs locaux, établissements et administrations, une liste de prescriptions toujours plus complète, accompagnée de crédits affectés à des objectifs précis et nombreux, laissant peu de latitude pour adapter, dans les régions, les réponses apportées à la réalité des situations concrètes rencontrées.

Quant au dispositif d'expertise et de concertation national, il apparaît, aux yeux des partenaires dans les régions, un peu confus.

2. UNE REALITE CONTRASTEE

➤ *Des priorités fixées par la loi, mais qui n'orientent pas toujours l'action publique*

En adoptant la loi du 9 août 2004, le Parlement s'est prononcé, pour la première fois, sur les priorités et les objectifs servant de cadre à l'action publique en faveur de la santé.

Faire des choix, se fixer des résultats à atteindre, c'est opter pour des partis pris dont la légitimité, sur de tels sujets, mérite d'être interrogée. En 2004, l'engagement a été pris de passer dorénavant par la loi pour, tous les cinq ans, faire établir par les représentants du peuple les orientations à prendre, utiles pour la sauvegarde de tous. La voie adoptée là représente un temps fondateur d'une politique nationale de santé collectivement assumée.

Mais les priorités de la loi du 9 août 2004 ne se sont pas toutes traduites par la définition d'un plan d'action destiné à les mettre en œuvre. Le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives n'a ainsi jamais vu le jour. En revanche, d'autres plans nationaux ont été élaborés sur d'autres problématiques de santé.

Par ailleurs, la liste de 100 objectifs de santé n'a pas été comprise. Ces 100 objectifs ont été entendus comme autant de priorités à se donner pour améliorer la santé de la population. Cela tient à ce qu'ils constituaient davantage une sorte de tableau de bord regroupant des indicateurs de résultats permettant de suivre les progrès de santé souhaitables qu'un ensemble de stratégies possibles.

➤ *De nombreuses stratégies de santé affirmées, mais donnant, du fait de leur dispersion, une image un peu brouillonne de l'action publique*

L'expérience de différents plans menés en France livre des exemples intéressants d'actions publiques efficaces et concertées, tant au niveau de leur élaboration que de leur suivi. C'est le cas pour le plan « cancer », pour le plan « psychiatrie et santé mentale ».

Cependant, dans un rapport¹¹ daté de décembre 2009, la DGS dresse le constat suivant sur les plans nationaux de santé :

« *L'analyse de la trentaine de plans et programmes nationaux existants...a mis en exergue :*

- *Une grande hétérogénéité des méthodes d'élaboration, de suivi et d'évaluation ;*
- *Une multiplication des plans nationaux sans cohérence le plus souvent avec la Loi relative à la politique de santé publique (LPSP) ou les plans régionaux de santé publique (PRSP) et futurs projets régionaux de santé (PRS) ;*
- *Une difficulté à articuler les plans nationaux entre eux. ».*

Les programmes de qualité et d'efficience « Maladie » (PQE), annexés au PLFSS, fixent des objectifs concernant la maladie, avec des indicateurs de résultats. Ils constituent autant de priorités à donner à l'action publique en faveur de la santé. Mais, leurs liens avec les plans nationaux sont ténus. En fait, ces PQE viennent essentiellement s'ajouter à la longue liste des objectifs touchant la santé ou l'offre de soins, déjà dressée par les nombreux plans nationaux juxtaposés les uns à côté des autres.

¹¹ *Recommandations pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans nationaux de santé.* DGS. Décembre 2009.

➤ ***Un processus d'élaboration de la politique nationale de santé défini, mais sans méthode***

La loi du 4 Mars 2002 a prévu que « *la nation définit sa politique de santé selon des priorités pluriannuelles*¹² ». Un processus de concertation est également défini. Il s'appuie, au niveau national, sur la conférence nationale de santé et le Haut conseil de la santé. La conférence nationale de santé est aussi chargée d'organiser le débat public sur les questions de santé. La mise en œuvre de la politique de santé fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation annuelle, dans le cadre d'une approche concertée. Un dispositif un peu parallèle, dans sa conception, est prévu dans les régions.

La loi du 9 Août 2004, s'est inscrite dans la continuité de cette disposition en fixant 5 priorités pour 5 ans. Elle a suscité la réalisation de plans nationaux, pour mettre en œuvre ces priorités ou pour agir sur d'autres problèmes de santé.

Avec ces deux lois de 2002 et de 2004, d'une certaine façon la nature d'une politique de santé et les principes auxquels sa construction doit obéir sont fixés. L'absence de précision sur le contenu même d'une priorité et sur les implications que son choix comporte n'a pas permis en fait de véritablement progresser dans la direction pourtant tracée par ces deux lois. Quant à la concertation et le débat public, si leur nécessité est affirmée, la méthode pour les faire vivre reste encore à déterminer.

➤ ***Des approches interministérielles organisées, mais encore peu développées***

La mise en place du comité national de santé publique, composé de représentants des différents ministères et de quelques grands opérateurs de santé,¹³ a certainement constitué un progrès pour mieux développer des approches interministérielles de la santé. Existe là un lieu utile d'échange et de partage d'information. Mais n'est pas ou assez peu organisé un vrai travail collectif interministériel dans la phase d'élaboration des plans portés par telle ou telle administration.

¹² Le I de son article 34.

¹³ La CNAMTS et la CNSA en font partie.

III. Pour une politique nationale de santé structurée, concertée et évaluée

Le préalable à toute politique, avant d'en fixer le contenu, est d'en avoir défini l'objet et déterminé l'architecture.

Ensuite, il faut expliciter la méthode à suivre pour former le contenu de cette politique, en arrêter les priorités, les objectifs, les actions, déterminer les modalités de son suivi et de son évaluation.

Se doter d'une méthode rigoureuse est indispensable pour bâtir une politique la plus pertinente possible. Il faut aussi, avec autant de rigueur, définir le processus permettant de mettre en œuvre cette méthode, à savoir l'organisation des expertises nécessaires, de la concertation, du pilotage de toutes les opérations à mener à bien, la prise de décision.

Une politique nationale de santé, même très ambitieuse, ne saurait résumer toute l'action publique en faveur de la santé. Elle doit être articulée avec les autres politiques publiques, parce qu'elle peut elle-même en faciliter la réussite, parce que celles-ci peuvent avoir des effets sur la santé. Elle doit aussi être articulée avec les stratégies conduites dans le domaine de la santé par les collectivités territoriales et par les opérateurs de l'Etat compétents à l'échelle nationale ou régionale, chargés de décliner et de compléter les orientations prises par l'Etat au niveau national.

Surtout, les questions de santé ne sauraient être traitées dans le secret de la délibération de quelques-uns, même très experts. Elles engagent la collectivité sur des sujets qui touchent au plus haut point le destin des personnes et de leurs proches. Aussi, dans une démocratie, les citoyens et leurs représentants ne peuvent-ils être que très impliqués dans les processus de décision.

Les propositions suivantes militent pour une politique nationale de santé, à la fois structurée, concertée et évaluée. Structurée au travers de la conception même de ce qu'elle est et de ses principes de construction. Structurée aussi par la méthode d'élaboration retenue et le processus de sa mise en œuvre. Concertée dans le cadre d'un débat public qu'il est nécessaire d'organiser pour qu'il produise tous ses fruits. Evaluée avec méthode tout au long de sa mise en œuvre et à son terme.

1. LES PRINCIPES AUXQUELS DEVRAIT OBEIR LA CONCEPTION MEME DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

La conception de la politique nationale de santé, au travers de sa définition et de son architecture, doit obéir à quatre grands principes.

➤ *La promotion globale de la santé relève d'une action publique interministérielle et d'une politique de santé cohérente et visible*

La compréhension large de la santé affirmée par les travaux internationaux conduit à ne pas réduire les mesures prises en sa faveur au seul développement de l'appareil de soins, de prévention et d'accompagnement médico-social. Plus que cela, les progrès de santé les plus

significatifs dépendront d'actions publiques¹⁴ relevant du domaine social, éducatif, environnemental, économique. Pour les obtenir, il est indispensable que toute politique publique soit attentive à ses effets sur la santé. Aussi, cette question des effets sur la santé d'une politique publique, quel que soit son objet, devrait-elle être étudiée systématiquement.

Faire en sorte que toute politique publique reconnaisse et développe ses effets sur la santé ne doit pas pour autant conduire à diluer la politique de santé à l'infini. L'action publique en faveur de la santé doit avoir une colonne vertébrale. Cette colonne vertébrale constitue la politique nationale de santé dont les objectifs et les moyens sont à déterminer clairement.

➤ ***Les priorités et les objectifs d'une politique de santé visent à améliorer la santé de la population et à assurer l'efficacité des actions engagées, dans un cadre de ressources limitées***

Les objectifs de santé fixés par une politique de santé n'ont pas à avoir pour conséquence inévitable de générer des dépenses supplémentaires. Ils peuvent avoir pour visée de chercher à mieux utiliser les moyens existants afin d'obtenir de meilleurs résultats. Ainsi, se doter d'une stratégie de santé doit conduire à indiquer les moyens nouveaux nécessaires, mais aussi les gains d'efficacité souhaitables. Il faut rompre le lien automatique entre une stratégie de santé et l'octroi de moyens supplémentaires pour la mettre en œuvre.

Trouver les solutions pour consacrer un effort plus grand à l'amélioration de la santé de la population est une belle ambition. Mais, il est tout aussi avantageux – et surtout nécessaire dans le contexte de contrainte actuel – d'obtenir de meilleurs résultats de santé en employant avec le plus de pertinence possible la ressource disponible. La politique nationale de santé doit être conçue de manière à permettre cette double mesure de la justification et de la pertinence des choix faits.

Pour améliorer la santé de la population, il faut agir sur toutes les dimensions de la santé. Ainsi, les résultats seront plus complets.

Cependant, en agissant sur toutes les dimensions d'un problème de santé, il est possible de déterminer le ou les interventions les plus adéquates pour être le plus efficace au moindre coût. La recherche de l'efficacité de chaque prestation réalisée est une nécessité. C'est globalement la logique de l'action publique développée jusqu'à présent. Nous arrivons certainement au bout des effets produits par cette approche, qu'il ne faut pas cependant abandonner. Bien des travaux montrent que, désormais, les progrès d'efficacité les plus importants seront obtenus en s'attachant à la logique globale de la prise en charge d'un problème de santé, au travers par exemple de la bonne gestion du parcours d'une personne souffrant d'une pathologie chronique¹⁵, ou au travers de l'équilibre à établir entre l'importance de la place à accorder aux soins hospitaliers ou ambulatoires, à la prévention et à l'accompagnement médico-social, dans la stratégie de santé retenue.

➤ ***Une priorité de santé met l'accent sur la réponse apportée à un problème de santé particulier, sans négliger les autres besoins de la population***

Se fixer une priorité ne signifie pas l'abandon des réponses apportées à tout autre besoin de santé. Cette idée considère que les prises en charge réalisées sont toutes optimales. Si tel était bien le cas, dans une situation où les moyens sont limités, effectivement, pour soutenir

¹⁴ A cet égard, il suffit de rappeler, par exemple, l'impact sur la morbidité et la mortalité routière qu'a eu la décision de limiter la vitesse et de la contrôler.

¹⁵ Voir à cet égard le dernier rapport de la HCAM : Note adoptée le 22 Avril 2010 intitulée « *Vieillesse, longévité et assurance maladie* ».

une priorité, il faudrait renoncer à des dépenses pourtant utiles, seule façon de trouver des ressources à mettre au service d'un nouveau besoin.

En réalité, bien des réponses apportées aux besoins de santé de la population manquent d'efficacité. Mauvaise qualité des actes, faiblesses de l'organisation de l'offre, défauts de coordination entre les interventions relevant de services différents, médiocres complémentarités entre les prises en charge engagées, procédures de prise en charge inutilement trop coûteuses, expliquent un certain gaspillage de la ressource. La dépense au service de la mise en œuvre d'une priorité peut être financée en apportant des corrections à ces problèmes. Ainsi, avoir retenu une priorité n'aura conduit à l'abandon d'aucun secours.

La priorité dans ce domaine de la santé est un accent plus important donnée à l'action publique pour mieux répondre à certains besoins, en employant des moyens supplémentaires possibles et en usant au mieux des ressources existantes.

- ***La politique nationale de santé sert de cadre aux stratégies conduites par les collectivités territoriales et par les grands opérateurs de santé. Elle est confortée par les priorités et les objectifs que ceux-ci peuvent aussi déterminer, avec les moyens de les mener à bien***

La politique menée en faveur de la santé de la population ne doit pas être hémiplegique, oubliant des stratégies dont peuvent être porteurs les collectivités territoriales et les différents grands opérateurs de l'Etat compétents à l'échelle nationale ou régionale. Ces stratégies permettent d'adapter aux particularités des situations locales les réponses apportées aux problèmes de santé. Elles peuvent aussi être conçues en associant plus facilement et plus largement ceux qu'elles concernent.

Il y aurait une perte d'efficacité à concevoir la stratégie de santé comme portée par un seul centre de décision nationale. En même temps, il faut aussi que l'ensemble des stratégies en faveur de la santé obéisse à une forte cohérence pour ne pas disperser nos efforts. Toute dysharmonie est donc à éviter entre les directions fixées par l'Etat au niveau central et celles qui relèvent des collectivités territoriales ou des Agences régionales de santé au niveau local, ou des grands opérateurs nationaux de l'Etat dans le domaine de la santé, telle l'assurance maladie.

Les stratégies de santé doivent être conçues à la fois de façon centralisée et polycentrique, pour tirer profit de toutes les compétences et de toutes les forces d'initiative et de créativité réparties entre les différentes autorités publiques intervenant dans le domaine de la santé. Pour traiter ce paradoxe, il faut une large association de tous à la détermination du cadre stratégique national, une discipline de la part de tous pour appliquer les priorités et les objectifs nationaux, une place reconnue aux stratégies complémentaires de tous.

2. LE PERIMETRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

La définition de la santé donnée par l'OMS en 1946, rappelée et prolongée par la Charte d'Ottawa en 1986, est très large. Avec une telle définition, toute action publique est susceptible d'avoir un effet sur la santé. Cela est gênant quand il s'agit de déterminer une politique. Pour être opérationnelle, une politique doit avoir un périmètre « administrable ». Pourtant, il est souhaitable de conserver la définition de l'OMS, pour ses avantages et parce qu'il n'est pas concevable que la France travaille sur ces sujets avec des conceptions différentes de celles qui sont utilisées sur le plan international. La proposition faite ici de définition du périmètre de la politique nationale de santé veut corriger les inconvénients de la définition donnée par l'OMS, sans en perdre les avantages.

Le périmètre de la politique nationale de santé doit donc répondre à deux impératifs :

- délimiter un ensemble de buts et de moyens constitutifs d'une action publique centrée sur les risques d'atteintes physiques et psychiques des personnes, la prise en charge des maladies et le développement des capacités de la personne à lutter contre toute perte d'autonomie, à préserver sa santé et à l'améliorer ;
- reconnaître les relations de cause et d'effet existant entre la politique nationale de santé et les autres politiques publiques répondant aux nombreux besoins de la population. Toute politique publique peut avoir un impact sur la santé. La politique de santé peut faciliter la réussite des autres politiques publiques¹⁶.

La loi et les règlements font référence à une politique nationale de santé sans véritablement la définir. La loi du 9 Août 2004 énumère¹⁷ les moyens et les domaines d'intervention d'une politique nationale de santé dans son article 2. Elle ne précise pas ce qu'est une politique nationale de santé. Il conviendrait de faire figurer dans le projet de loi de santé publique la définition suivante.

Proposition N°1 : Texte de loi sur la définition du périmètre d'une politique nationale de santé

La politique nationale de santé a pour objet principal d'agir sur la santé de la population, afin de prévenir les risques de sa dégradation ou d'en corriger les effets sur la personne. Elle est constituée par des priorités, des objectifs et des actions. Elle a pour finalité d'améliorer la santé de la population tout en assurant l'efficacité des actions conduites. Ses effets sont utiles à la réussite des autres politiques publiques. Elle vise à :

- 1° Promouvoir l'égalité devant la santé ;
- 2° Préserver ou restaurer la capacité d'autonomie de chacun ;
- 3° Renforcer la protection de la santé face aux mutations des enjeux sanitaires.

La politique nationale de santé met en œuvre les moyens d'intervention suivants :

- 1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et ses déterminants ;
- 2° La lutte contre les épidémies ;
- 3° La prévention des maladies, des traumatismes, des pertes d'autonomie ;
- 4° L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;
- 5° La promotion de la santé ;
- 6° Le développement de la qualité et de la sécurité des soins et des produits de santé ;
- 7° L'organisation du système de santé et de sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et de la perte d'autonomie des personnes, en établissement comme en ambulatoire ;
- 8° Le financement optimal des activités de santé et des actions en faveur de la santé ;
- 9° Le développement de la recherche et des formations dans le domaine de la santé.

La politique nationale de santé est soutenue par toute politique publique ayant des impacts sur la santé. Ceux-ci doivent être appréciés au moment de leur conception.

La promotion globale de la santé de la population est assurée par la politique nationale de santé et par toute autre politique publique ayant des impacts sur la santé.

¹⁶ Par exemple, le développement d'une politique industrielle a plus de chance de réussir si les travailleurs sont en bonne santé.

¹⁷ Article L. 1411-1 du code de la santé publique.

En conséquence, la politique nationale de santé ne se réduit pas au seul domaine de compétence du ministre de la santé. Elle est interministérielle, aussi bien dans son contenu propre que du fait de son intrication avec d'autres politiques publiques.

Le contenu propre de la politique nationale de santé peut voir son caractère interministériel atténué par des changements de périmètres ministériels. C'est ce qui se passerait si, par exemple, le médico-social relevait un jour de la compétence du ministre de la santé, ou la santé scolaire, ou la santé au travail. Ces évolutions sont imaginables. Elles simplifieraient sans doute la prise de décision. Mais, elles ne sont pas forcément indispensables.

De toutes les façons, ce caractère interministériel de la politique nationale de santé n'est pas dû à son seul contenu propre. Quelles que soient les évolutions des périmètres de compétence ministériels, la politique nationale de santé doit être conçue de manière à permettre la réussite des autres politiques publiques. Et, elle bénéficie des effets des autres politiques publiques. Ces interrelations nécessaires font que la question de la cohérence et de la complémentarité des différentes actions publiques entre elles, conduites par les différents ministères, est au centre de la détermination de la politique nationale de santé.

Ce point est d'une importance majeure. Il a des conséquences sur la méthode d'élaboration de la politique nationale, sur le dispositif d'expertise, sur la concertation, sur le pilotage.

3. L'ARCHITECTURE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Une politique nationale de santé doit à la fois répondre aux différents besoins de santé de toute la population et mettre l'accent sur quelques priorités, afin d'obtenir des résultats significatifs grâce à un renforcement ciblé de ses interventions. L'architecture donnée à la politique nationale de santé proposée ici veut poursuivre ces deux finalités. Elle fait de la recherche de la performance la pierre angulaire de sa construction. Elle est conçue en deux composantes liées entre elles :

- la stratégie nationale de santé, composée de quelques priorités déclinées en objectifs opérationnels, définie pour quatre ans, orientant les efforts de financement possibles ;
- les plans nationaux de santé, déterminant, pour un problème de santé donné, les actions, les prises en charge et les accompagnements, les organisations, relevant de différents moyens d'intervention et assurant la meilleure efficacité et efficience possible.

3.1. *Une stratégie de santé avec quelques priorités susceptibles d'engager des financements adaptés*

Recommandation n°1 : La stratégie nationale de santé est fixée pour une période de quatre ans. Elle fixe un petit nombre de priorités de santé, déclinées en objectifs, et des engagements financiers permettant de les mettre en œuvre, avec des indicateurs de résultats.

Une autre option, inspirée du modèle adopté par le Royaume-Uni, serait de partir de quelques buts déclinés ensuite en objectifs prioritaires. Cela permettrait de limiter le risque de voir interpréter la notion de priorité comme étant l'abandon de certains secours et cela expliciterait les deux niveaux de choix à faire, celui des cibles retenues et celui des objectifs pour les atteindre.

Recommandation n°2 : Une priorité de santé souligne l'effort particulier que le Gouvernement souhaite engager, dans le cadre de l'action publique conduite par différents ministères, pour renforcer la réponse apportée à un besoin de santé de la population ou pour accroître son efficacité. Elle constitue une affirmation politique forte, qui mobilise plusieurs ministères dans leurs champs respectifs d'action.

Une priorité de santé peut porter sur une pathologie donnée, un déterminant de la santé ou une population, la situation d'une offre de santé.

Recommandation n°3 : Une priorité de santé concerne un sujet représentant un enjeu national. Un tel enjeu est constitué quand :

- la solidarité à l'origine du financement pourrait être remise en question (ce peut-être le cas si existent de trop fortes inégalités de santé ou si l'usage de la ressource publique est trop peu optimum ; la contribution supportée par tous pour la santé de chacun ne saurait être employée en vain ou de façon injuste) ;
- un problème de santé touche un grand nombre de personnes, avec des conséquences graves pour la santé, et n'est pas correctement pris en charge ;
- un problème de santé est insuffisamment ou mal pris en considération par la plupart des grands opérateurs de santé de l'Etat (agences nationales, assurance maladie, ARS), parce que, par exemple, il concerne très peu de personnes ;

Recommandation n°4 : Les priorités de santé se déclinent en un petit nombre d'objectifs opérationnels relevant, *a priori*, de tous les domaines d'intervention en faveur de la santé, qu'il s'agisse des soins ambulatoires ou hospitaliers, du médico-social, de la prévention ou de la promotion de la santé, de la sécurité sanitaire, voire d'autres politiques publiques. Ces objectifs opérationnels peuvent correspondre aux dispositions d'un ou plusieurs des plans nationaux de santé prévus par la seconde composante de la politique nationale de santé. **Ils doivent rester assez généraux** pour laisser aux grands opérateurs de santé devant appliquer les priorités nationales le choix des moyens pour obtenir les meilleurs résultats.

Recommandation n°5 : La stratégie nationale de santé peut se donner pour objectif d'améliorer l'efficacité des réponses apportées aux besoins de santé. Elle peut aussi orienter les moyens que l'Etat entend mobiliser au service d'une meilleure réponse à un besoin de santé de la population. Les dispositions des lois annuelles de financement de la sécurité sociale et des lois de finances¹⁸ sont déterminées de façon à mettre en œuvre la stratégie nationale de santé.

3.2. *Une stratégie nationale de santé calée sur le mandat présidentiel*

Recommandation n°6 : La stratégie nationale de santé est préparée la première année du quinquennat du Président de la République nouvellement élu. Les orientations générales de cette préparation sont annoncées dans le discours de politique générale fait par le premier ministre devant le Parlement lors de la formation de son gouvernement.

Recommandation n°7 : La stratégie nationale de santé fait l'objet, un an après l'élection du Président de la République, d'une loi de programmation quadriennale votée par le Parlement, compte tenu de l'importance pour la population des engagements pris. Ce vote au Parlement est précédé d'un débat public organisé, abordant les problématiques de santé, les enjeux, les orientations envisageables pour répondre à ces enjeux, sur la base de données objectives, avec des comparaisons infranationales et internationales.

¹⁸ Sous réserve de l'évolution de celles-ci évoquées dans le présent rapport à la recommandation 21.

Recommandation n°8 : Chaque année, le suivi de la stratégie nationale de santé fait l'objet d'un rapport qui accompagne le projet de loi sur le financement de la sécurité sociale et le projet de loi de finances soumis au Parlement. Ce rapport de suivi se substituera à l'annexe 1 du PLFSS le Programme de qualité d'efficience (PQE) et à la partie de l'annexe 7 qui traite des plans nationaux de santé et de leurs financements.

Actuellement l'annexe 7 du PLFSS fait état du suivi des plans nationaux et l'annexe 1 (le PQE) fixe des objectifs touchant surtout à l'organisation de l'offre et à son efficience¹⁹, avec des indicateurs de résultats à atteindre, sans préciser les moyens de les atteindre. Le contenu programmatique de ces deux annexes doit décliner en fait la stratégie nationale de santé. Aussi, il est logique de le réunir au sein d'un seul et même rapport qui indiquera :

- le bilan annuel de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé ;
- les objectifs programmés en conséquence dans tous les domaines d'intervention en faveur de la santé ;
- les indicateurs de résultats correspondant aux objectifs fixés pour l'année à venir.

Ce rapport de suivi peut développer toutes modifications utiles à la stratégie nationale de santé, pour tenir compte de la survenue de situations sanitaires imprévues ou pour compléter les dispositions envisagées par toute mesure jugée nécessaire. Les conséquences financières de ces évolutions seront reprises dans le PLFSS et le PLF.

Ce rapport de suivi annuel, préparé par le ministère de la santé, devrait faire l'objet d'une concertation, avant d'être soumis au Parlement, dans le cadre de l'examen des projets de loi de financement et de finances.

3.3. *La seconde composante de la politique nationale de santé : des plans nationaux de santé visant à l'efficacité et à l'efficience des réponses apportées aux besoins de la population*

Recommandation n°9 : Un plan national de santé est composé d'un ensemble d'objectifs opérationnels permettant d'assurer, pour une pathologie donnée, un déterminant de la santé ou une population, des modes efficaces et efficaces de prévention, de sécurité sanitaire, de prise en charge soignante et d'accompagnement médico-social, d'organisation de l'offre de santé. Les dispositions du plan national de santé sont accompagnées d'objectifs de résultats. Il comprend un axe sur la recherche et sur la formation.

L'efficience recherchée par un plan national de santé se conçoit selon deux dimensions complémentaires :

- l'efficience de chaque prestation délivrée pour répondre à un problème de santé, obtenue par des dispositions portant sur les organisations et les fonctionnements comme sur les pratiques et les modes de recours aux soins ;
- l'efficience de la réponse d'ensemble apportée à un problème de santé au travers des places respectives accordées à la prévention, aux soins hospitaliers et ambulatoires, aux prises en charge et accompagnements médico-sociaux.

Un plan national de santé n'engage pas *a priori* des dépenses supplémentaires. Il sert de référentiel pour les différents grands opérateurs de santé et pour l'administration centrale elle-même. En décrivant la réponse la plus efficace et la plus efficiente possible à un problème de santé, il permet de situer l'existant et de fixer des objectifs adaptés à la recherche d'une plus grande performance. Il peut se révéler nécessaire d'en modifier

¹⁹ Peu d'objectifs de santé sont prévus, au titre de la prévention, tirés de quelques plans nationaux.

certaines aspects en fonction des réalités locales constatées. La durée d'application d'un plan peut différer selon sa thématique.

Recommandation n°10 : La conception de ces plans nationaux de santé, visant à cette double dimension de l'efficacité de la réponse apportée à un problème de santé, exigera de s'appuyer sur des études coûts résultats issues de la littérature internationale ou des travaux d'expertises réalisés sur la base d'expériences constatées. Il conviendra aussi de **développer la recherche** et, pour cela, d'organiser un programme de recherche sur les prises en charge offrant le meilleur rapport coût/résultats, tant dans la logique d'une prestation donnée à délivrer que dans celle de la réponse d'ensemble apportée à un problème de santé, combinant les soins, le médico-social et la prévention. La Haute autorité de santé (HAS) a vocation à être très impliquée dans la conduite de ce programme de recherche, mais aussi l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

Recommandation n°11 : Les plans nationaux peuvent permettre de mettre en œuvre une ou plusieurs priorités de la stratégie nationale, mais pas forcément. Quand ils ne déclinent pas une priorité de la stratégie nationale, la mise en œuvre de tout ou partie de leurs dispositions relève :

- des priorités qu'aura pu se fixer tel ou tel grand opérateur de santé, tels les services de l'assurance maladie, les agences sanitaires nationales, les ARS ;
- d'une application progressive par toute autorité publique, dans le cadre de l'exercice général de ses compétences dans le domaine de la santé.

Recommandation n°12 : **Le nombre des plans nationaux n'est pas limité.** Il a vocation à couvrir la totalité des réponses aux besoins de santé de la population. Cette seconde composante de la politique nationale de santé a un contenu qui s'enrichit progressivement chaque année, en fonction de l'élaboration de nouveaux plans nationaux de santé décidée par le ministre compétent.

Recommandation n°13 : A échéance régulière, ces plans nationaux doivent faire l'objet d'une **maintenance** chargée d'assurer la bonne validité de leurs dispositions en fonction des résultats de l'évaluation de sa mise en œuvre et de l'évolution des savoirs, des techniques et des pratiques.

Recommandation n°14 : Les dispositions de chaque plan doivent faire l'objet d'une **capitalisation**, afin de ne pas avoir à adopter des dispositions différentes sur un même sujet à l'occasion de l'élaboration d'un nouveau plan traitant d'une autre thématique²⁰.

Recommandation n°15 : **Chaque plan national de santé est arrêté par le ministre compétent** pour les dispositions qu'il comprend. Ainsi, certains plans peuvent être signés par plusieurs ministres. Ce pourrait être le cas du plan santé-travail, d'un plan santé qui concernant les enfants scolarisés, du plan santé-environnement.

Recommandation n°16 : Tous les ans, la mise en œuvre, par le niveau national et par les grands opérateurs de santé, des dispositions de 2 ou 3 plans nationaux fait l'objet d'une **évaluation** consolidée au niveau national, donnant lieu à un rapport, préparé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

²⁰ Par exemple, un objectif, avec ses traductions opérationnelles, « d'aide aux aidant » n'a pas à être décliné de façon différente dans un plan sur la santé mentale, un autre sur l'accompagnement des fins de vie, un autre sur la maladie d'Alzheimer, etc...

Pour préparer ce rapport, l'IGAS constitue un groupe de travail composé d'experts sur la thématique du plan à évaluer et de représentants du Haut conseil en santé publique (HCSP) désignés par cette instance.

Ce rapport d'évaluation complète celui qui est préconisé à la recommandation n° 8 sur le suivi annuel de la stratégie nationale de santé. Il fait l'objet d'une concertation préalable à son examen par le Parlement.

L'organisation générale de cette concertation est suivie par le ministère de la santé. Dans ce cadre, chaque ministère, devant décliner, en totalité ou en partie, une priorité de la stratégie nationale de santé ou un plan national de santé, mène la concertation propre au domaine pour lequel il est compétent.

3.4. *Un tableau de bord national de santé*

Recommandation n°17 : Un « *tableau de bord national de santé* » devra situer, le plus largement possible, l'état de santé de la population par rapport à des valeurs de référence fixées, après avis du Haut conseil en santé publique (HCSP), en s'appuyant sur les données actuelles de la science et sur des comparaisons internationales. Seront utilisés pour ce faire les tableaux de bord existants sur la santé de la population.

Les objectifs de résultats, destinés à évaluer les effets de la mise en œuvre des objectifs opérationnels figurant dans la stratégie nationale de santé et dans les plans nationaux de santé, sont à regrouper au sein de ce tableau de bord, sous la forme d'indicateurs de suivi de la santé de la population.

L'analyse de ce tableau de bord permettra de mesurer les progrès réalisés et servira au choix des priorités à déterminer tous les 5 ans.

3.5. *Une politique de santé à la fois nationale et poly-centrée*

Recommandation n°18 : Chacun des opérateurs de santé doit mettre en œuvre les priorités de la stratégie nationale, mais peut aussi se doter de priorités qui lui sont propres, en fonction de l'analyse des besoins qu'il aura pu faire avec ses partenaires et des problèmes de réponse qu'il aura constatés.

Recommandation n°19 : Pour mettre en œuvre certaines dispositions d'un plan national qui ne décline pas une priorité de la stratégie nationale de santé, si des moyens nouveaux sont nécessaires, un opérateur de santé devra les constituer à partir des marges de manœuvre qu'il aura pu dégager dans le cadre de son action générale. Mais, la mise en œuvre d'un plan national de santé ne réclame pas forcément des moyens nouveaux. Il s'agit de se donner là un référentiel pour améliorer l'efficacité et l'efficience de la réponse apportée à un problème de santé, donc d'utiliser d'abord au mieux les ressources existantes pour obtenir les meilleurs résultats possibles.

Recommandation n°20 : Il conviendrait de concevoir des mécanismes de gestion d'enveloppes permettant à ces opérateurs, notamment les ARS, de pouvoir déterminer localement avec leurs partenaires les priorités qui, en améliorant l'efficacité et l'efficience des prises en charge et des organisations, leur permettront de réorienter concrètement des moyens au service de meilleures résultats pour la santé de la population. Pour cela, il faudrait déterminer des règles souples de gestion de la fongibilité des enveloppes au niveau régional, concevoir des mécanismes permettant de retrouver dans les régions, en marges de manœuvres nouvelles, les bénéfices obtenus par les opérations ayant permis des gains d'efficience.

3.6. *Une loi de financement annuelle de la politique nationale de santé, aux liens renforcés avec la stratégie nationale de santé votée par le Parlement tous les cinq ans*

Recommandation n°21 : La faisabilité du regroupement des moyens de financement de la santé inscrits au PLF et au PLFSS doit être étudiée, en s'appuyant sur les travaux des inspections déjà existants. Un tel regroupement en une seule loi permettrait d'avoir une approche plus cohérente de la stratégie de financement d'ensemble. Cette loi unique de financement de la santé regrouperait les dépenses de l'assurance maladie et les crédits d'Etat d'intervention en faveur de la santé.

Recommandation n°22 : Chaque année, il conviendrait d'apprécier la cohérence entre les résultats du suivi de la politique nationale de santé établis par le rapport pour le Parlement préparé par le ministère de la santé et, d'un autre côté, les financements envisagés dans les lois de financement examinées à l'automne.

L'appréciation de cette cohérence pourrait prendre la forme d'un avis, rendu par *un collège sur la santé* présidé par un magistrat de la Cour des comptes.

Ce collège devrait être composé d'experts dans le domaine de la santé. Plusieurs disciplines d'expertise devraient être représentées. Un représentant du HCSP²¹, désigné par son président, devrait en être membre.

La vice-présidence de ce collège pourrait être confiée à l'IGAS qui en assurerait également le secrétariat.

L'avis annuel établi par le collège est adressé au Parlement au moment de l'examen des projets de loi de financement.

3.7. *Une programmation de l'action des services du ministère de la santé et des autres ministères*

Recommandation n°23 : Cette programmation doit être au service de la préparation de la politique nationale de santé et de sa mise en œuvre est nécessaire. Elle peut être pluriannuelle.

Il convient de fixer en quelque sorte le planning de travail de chaque ministère destiné à préparer la politique nationale de santé ou à la mettre en œuvre. L'entreprise n'est pas facile. Le poids du travail en urgence est tel que les services ont de la peine à concevoir un programme et encore plus de peine pour s'y tenir. L'exercice peut leur paraître vain. Cependant, on peut se demander si l'urgence n'est pas, pour une part, le prix à payer pour ne pas avoir programmé son action et anticipé ainsi un certain nombre de situations. Par ailleurs, il est important que les ministères impliqués dans la préparation et la mise en œuvre de la politique nationale de santé rendent visibles leurs projets de travail, leurs échéances, les conditions selon lesquelles ils vont appliquer leur stratégie. Ces programmes d'actions doivent en effet être portés à la connaissance des partenaires de l'Etat. Leur existence n'empêche pas de répondre à l'urgence et de réviser, en fonction des circonstances, les priorités de travail qui avaient été fixées à moment donné.

²¹ Dans son intervention devant le Haut conseil de santé publique le 18 décembre 2009, le premier président de la cour des comptes avait appelé le Haut conseil à « coproduire » avec la cour « des évaluations de santé publique ». Le *collège d'évaluation en santé* pourrait être composé, notamment, de représentants du Haut conseil en santé publique.

Ces programmes d'actions doivent porter sur :

- les dispositions législatives ou réglementaires à préparer pour appliquer la stratégie nationale de santé et les plans nationaux ;
- les initiatives conduites par les ministères eux-mêmes, mobilisant, à l'échelle nationale, différents moyens d'intervention relevant de la politique nationale de santé. Ces initiatives sont conçues pour mettre en œuvre les priorités de la stratégie nationale de santé, mais aussi les dispositions de tel ou tel plan national de santé ne relevant pas forcément d'une priorité (se fixer des priorités n'exclut pas de conduire des actions sur d'autres thématiques supplémentaires, dans le cadre de la gestion ordinaire des questions de santé).

Ces programmes d'action pluriannuels sont arrêtés par le ministre compétent. Ils sont préparés par les différentes administrations centrales concernées. Certains programmes d'actions peuvent être communs à plusieurs départements ministériels. Ils sont alors arrêtés par les différents ministres compétents.

Un programme d'actions précise :

- l'objectif poursuivi,
 - les travaux nécessaires,
 - le calendrier,
 - le responsable du programme,
 - les conditions principales de mise en œuvre,
 - les indicateurs d'évaluation.
-

Proposition N° 2 correspondant aux recommandations 1 à 16***Texte de loi définissant l'architecture de la politique nationale de santé***

La politique nationale de santé telle que définie à l'article...est constituée de deux composantes liées entre elles, chacune comportant des objectifs de résultat :

1° Une stratégie nationale de santé constituée d'un nombre défini de priorités, déclinées en quelques objectifs engageant la mise en œuvre de moyens d'intervention choisis parmi ceux qui sont énumérés à l'articleElle prévoit les moyens qui seront mobilisés à son service au travers des lois annuelles de financement de la sécurité sociale et des lois de finances ;

2° Des plans nationaux de santé qui, pour une pathologie donnée, un déterminant de la santé ou une population, définissent les objectifs opérationnels assurant les modes de prévention, de prise en charge et d'organisation pour les soins et l'accompagnement médico-social les plus efficaces et les plus efficaces, relevant des différents moyens d'intervention énumérés à l'article.... ;

La stratégie nationale de santé fait l'objet d'une loi de programmation votée pour quatre ans, par le Parlement. Le résultat de sa mise en œuvre fait l'objet d'un rapport annuel au Parlement qui accompagne les projets de lois de financement. A la suite de ce rapport, le Gouvernement peut prendre, dans le cadre des projets de lois de financement, des dispositions tenant compte de modifications de la stratégie nationale de santé rendues nécessaires par le constat de situations de santé imprévues ou pour compléter les dispositions prises en fonction des évaluations réalisées.

Les plans nationaux de santé sont arrêtés par le ou les ministres compétents. Chaque année la mise en œuvre de l'un ou plusieurs d'entre eux fait l'objet d'un bilan, qui complète le rapport annuel de suivi de la stratégie nationale de santé soumis au Parlement.

Proposition N°3 correspondant à la recommandation 8***Texte de loi modifiant le contenu des annexes du PLFSS²²***

Le 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale est supprimée.

Au 7° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, les mots « et analysant l'évolution, au regard des besoins de santé publique, des soins financés au titre de cet objectif » sont supprimés.

Au V de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale est rajouté un 4° rédigé ainsi « Un rapport du ministre de la santé présentant le bilan de la mise en œuvre de la politique nationale de santé, les objectifs programmés en conséquence dans tous les domaines d'intervention en faveur de la santé, les indicateurs de résultats correspondant aux objectifs fixés pour l'année à venir. Ce rapport est accompagné de l'évaluation de plans nationaux de santé réalisée chaque année par l'Inspection générale des affaires sociales.».

²² Il s'agit là d'un amendement à la loi organique du 2 Août 2005.

Proposition N° 4 correspondant à la recommandation 10

Développer l'emploi des études coûts/résultats d'origine diverse. Organiser un programme de recherche sur les prises en charge offrant le meilleur rapport coût/résultats

Il est nécessaire de s'appuyer sur les diverses études et expertises, notamment issues de la littérature internationale, portant sur les coûts/résultats dans le domaine des prises en charge en santé

Sur le modèle du Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), le ministère de la santé devrait pouvoir engager un programme de recherche en santé publique, avec le concours de la HAS et de l'ANESM, pour développer les recherches sur les prises en charge des problèmes de santé offrant le meilleur rapport coût/résultats.

Proposition N° 5 correspondant à la recommandation 17

Constituer un tableau de bord national de santé

Un tableau de bord national de santé devra réunir un ensemble d'indicateurs de suivi de la santé de la population permettant de situer, le plus largement possible, l'état de santé de la population par rapport à des indicateurs de référence fixés après avis du HCSP.

Proposition N° 6 correspondant aux recommandations 18 à 20

Lancer une mission IGAS-IGF sur les marges de manœuvre des ARS

Lancer une mission conjointe IGAS-IGF sur les modalités de gestion d'enveloppes qui permettraient aux ARS de disposer de marges de manœuvre réelles leur permettant de soutenir les priorités s'ajoutant à celles qu'elles auront à mettre en œuvre, relevant de la stratégie nationale de santé.

Proposition N° 7 correspondant à la recommandation 22

Texte de loi créant un collège sur la santé²³

Est créé un collège sur la santé présidé par un magistrat de la Cour des comptes. Il a pour mission de donner un avis annuel sur la cohérence entre d'un côté les dispositions de la politique nationale et les résultats de sa mise en œuvre et, d'un autre côté, les mesures de la loi de finances et de la loi de financement de la sécurité sociale. Ce collège est constitué d'experts dans le domaine de la santé nommés dans des conditions fixées par décret. Un représentant de l'Inspection générale des affaires sociales en assure la vice-présidence. Un représentant du Haut conseil de santé publique siège de droit au sein du collège.

Le Parlement prend connaissance de l'avis du collège sur la santé lors de l'examen annuel des projets de loi de finances et de loi de financement de l'assurance maladie.

²³ Cette disposition législative ayant pour effet de contraindre le législateur à prendre connaissance de l'avis du collège sur la santé, il est nécessaire de l'adopter sous la forme d'un amendement à apporter à la loi organique du 15 Avril 2009.

Proposition N° 8 correspondant à la recommandation 21***Etudier la faisabilité d'une loi annuelle de financement de la santé***

Etudier la faisabilité d'une loi de financement de la santé, annuelle, unique, regroupant le PLF et le PLFSS pour les moyens de financement de la santé.

Proposition N° 9 correspondant à la recommandation 23***Etablir des programmes d'actions pluriannuels pour préparer et mettre en œuvre la politique nationale de santé***

Des programmes d'actions pluriannuels, chargés de préparer et de mettre en œuvre la politique nationale de santé, pour ce qui concerne les initiatives à prendre à l'échelle nationale, sont établis par les services des ministères compétents. Ils peuvent être arrêtés par plusieurs ministres, en fonction de leur contenu. Ils sont portés à la connaissance des partenaires de l'Etat concernés par la préparation et la mise en œuvre de la politique nationale de santé

En conséquence, la politique nationale de santé, au travers de sa première composante, la stratégie nationale de santé votée tous les 4 ans par le parlement, devient un grand chantier présidentiel.

Cette évolution est rendue nécessaire par l'ampleur des enjeux auxquels les questions de santé confrontent notre pays. Ces enjeux sont soutenus par l'importance mal maîtrisée des déficits qui s'accroissent, l'attente de protection toujours plus forte des citoyens, les transformations rapides des défis épidémiques, le progrès des connaissances scientifiques et des techniques. Les choix d'une stratégie de santé, dans ces conditions, ne peuvent échapper au débat politique.

La politique nationale de santé est ici construite sur la distinction la plus nette possible entre les priorités engageant des efforts financiers particuliers et la doctrine d'action permettant de mieux répondre à un problème de santé. Le lien automatique entre un plan national de santé et des moyens supplémentaires est rompu. Cela n'est possible que si les grands opérateurs de santé, notamment les ARS, sont dotés de marges de manœuvre suffisantes pour déterminer avec leurs partenaires locaux les efforts les plus judicieux pour répondre avec plus d'efficacité et d'efficience aux besoins de la population. Sans cela, la pression s'exerçant sur le niveau national pour doter de moyens supplémentaires chaque plan ne faiblira pas.

Une politique nationale et poly-centrée oblige au développement des responsabilités, responsabilités de chaque ministère et des collectivités territoriales dans le cadre de leurs compétences, responsabilités des grands opérateurs de santé, notamment régionaux. Ce développement des responsabilités oblige à respecter un cadre de priorités commun et à des évaluations structurées des actions publiques conduites par les uns et par les autres. Il nécessite aussi que ces responsabilités aillent avec des moyens réels de les exercer. Cela signifie concrètement moins de crédits fléchés par le niveau national dans la répartition des financements à la disposition des ARS, plus de gestion d'enveloppes confiée aux agences, plus de latitude donner aux ARS pour retrouver les effets des gains d'efficacité obtenus par leur action.

Un exemple concret de conduite d'une politique nationale de santé constituée de deux composantes

1° Hypothèse : La lutte contre les Accidents vasculaires cérébraux (AVC) est retenue parmi les priorités de la première composante de la politique nationale de santé, c'est-à-dire la stratégie nationale de santé

Ce choix de priorité a été fait parce qu'il a été considéré, notamment à partir des évaluations issues du *tableau de bord national de santé* comparant les résultats de la France à d'autres pays, que ce problème de santé touchait beaucoup de personnes, avec des conséquences graves pour leur santé et était mal pris en charge.

Le projet de loi de programmation présenté au parlement à l'issue de la première année du quinquennat présidentiel prévoit cette priorité et la décline en quelques objectifs d'action dans le domaine de la prévention, des soins et du médico-social et, le cas échéant, dans le cadre d'autres politiques publiques. Cette déclinaison reprend des objectifs qui figuraient dans un plan national de santé élaboré deux ans avant. Elle en privilégie certains. Des moyens sont programmés sur 4 ans pour développer notamment la prévention des facteurs de risque, les filières de prise en charge de l'AVC, améliorer les traitements en urgence, développer les moyens de réadaptation.

Chaque grand opérateur de santé devra appliquer cette stratégie nationale. Les organismes d'assurance maladie devront la décliner dans leur programme de gestion du risque. Les ARS devront la décliner au travers de leur projet régional de santé (PRS) et choisiront, au-delà des quelques objectifs retenus par la stratégie nationale, les objectifs opérationnels leur paraissant les plus adaptés à la situation de la région. Elles disposeront de quelques crédits fléchés pour mettre en œuvre les mesures nécessaires et utiliseront leurs marges de manœuvre.

Un suivi annuel de cette stratégie est organisé.

2° Hypothèse : La lutte contre les AVC ne fait pas partie des priorités retenues par la stratégie nationale de santé

Un plan national de santé est prévu sur ce problème de santé dans la seconde composante de la politique nationale de santé que sont les plans nationaux de santé. Il a été fait il y a deux ans. Aucun crédit fléché n'est prévu à ce sujet au niveau national.

Un grand opérateur de santé (Assurance maladie, ARS) peut choisir d'en faire une priorité qui s'ajoutera aux priorités nationales, parce qu'il a considéré, avec ses partenaires locaux, que ce sujet était mal traité dans son secteur de compétence. Il utilisera, pour décliner cette priorité en objectifs, le référentiel que représente le plan national. L'application de ce référentiel lui permettra de viser à plus d'efficacité globale et segmentaire dans la réponse apportée, dans son secteur de compétence particulier. Si des moyens supplémentaires sont nécessaires pour renforcer une réponse trop déficiente, améliorer donc l'efficacité, l'opérateur devra avoir recours à ses propres marges de manœuvre.

Ou bien, un grand opérateur ne choisit pas d'en faire une priorité dans son secteur de compétence. Alors, le référentiel que constitue le plan national de santé lui servira pour guider son action ordinaire auprès des différents acteurs impliqués sur ces sujets dans son secteur de compétence (par exemple quand une ARS approuvera un projet d'établissement, procédera à l'inspection d'un établissement ou d'un service, autorisera une structure ou un équipement, financera une action de prévention).

Dans tous les cas de figure, l'action publique conduite fera l'objet d'une évaluation.

Second exemple : conduite d'une politique nationale de santé interministérielle

1° Hypothèse : la réduction des inégalités de santé a été choisie parmi les priorités de la première composante de la politique nationale de santé (stratégie nationale de santé)

Ce choix a été fait sur la base de l'importance constatée des inégalités de santé en France, sur la menace que cette situation fait subir à l'adhésion par la population au système de solidarité qui finance la santé, en faisant référence à des comparaisons internationales figurant dans *le tableau de bord national de santé*.

Il a été décidé de réduire plus particulièrement la mortalité par cancer d'origine professionnelle, parce que la situation constatée montre qu'une part non négligeable des inégalités sociales de santé est due à ce problème de santé.

Deux ans avant, le ministre du travail avait piloté la préparation d'un *plan santé au travail*, et en avait arrêté le contenu, en association avec le ministère de la santé et le ministère de l'agriculture pour certaines dispositions relevant de leurs compétences.

Le projet de loi de programmation soumis au parlement retient cette priorité de réduction des inégalités de santé et la décline, notamment en mettant en avant cet objectif de réduction des cancers d'origine professionnelle. Pour cela, il reprend quelques objectifs plus opérationnels détaillés dans le plan santé au travail. Des engagements financiers sont prévus sur 4 ans pour soutenir la mise en œuvre de ces dispositions prévues par le plan santé au travail déclinant cette priorité de la stratégie nationale de santé.

Le ministre du travail est chargé de mettre en œuvre les dispositions prévues à ce sujet. Il en est de même pour le ministre de la santé et le ministre de l'agriculture, dans leur domaine de compétence. Il en est de même pour les grands opérateurs de santé concernés. Le suivi général de la mise en œuvre du plan santé au travail qui décline une priorité de la stratégie nationale de santé est piloté par le ministère du travail.

Chaque année, un bilan de la mise en œuvre est dressé par chaque ministère compétent. Le ministre de la santé est chargé de regrouper au sein du rapport soumis au parlement le bilan de ce suivi.

2° Hypothèse : La réduction des cancers d'origine professionnelle n'a pas été retenue comme une priorité nationale

Il n'empêche que le ministère du travail a fait un plan santé au travail qui comprend des dispositions pour lutter contre les cancers d'origine professionnelle, dont certaines sont à mettre en œuvre par le ministre de la santé et par le ministre de l'agriculture.

Dans son programme de travail pluriannuel, le ministère du travail, comme celui de la santé et celui de l'agriculture, a prévu des actions pour mettre en œuvre certaines dispositions de ce plan santé au travail. Il en a fait une priorité qui s'ajoute à celles de la stratégie nationale de santé. Il en est de même pour certains grands opérateurs de santé concernés. Si des moyens supplémentaires sont nécessaires, chacun devra avoir recours à ses propres marges de manœuvre.

Ou bien, le plan santé au travail sert de référentiel pour la définition des actions ordinaires menées par chaque ministère ou par chaque grand opérateur concerné.

Dans tous les cas de figure, l'action publique conduite fera l'objet d'une évaluation.

4. DETERMINER LA METHODE ET LE PROCESSUS D'ELABORATION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

4.1. *La méthode d'élaboration du contenu de la politique nationale de santé*

Rien de plus connue que la succession logique des étapes de préparation d'une politique de santé. Elle comprend classiquement :

- la définition des besoins de santé de la population,
- l'identification des problèmes de réponse à ces besoins de santé,
- la détermination des priorités et des objectifs, prenant en compte les contraintes financières,
- la programmation des actions déclinant les priorités et les objectifs,
- la mobilisation des moyens nécessaires,
- la mise en œuvre des actions prévues,
- le suivi et l'évaluation des résultats obtenus.

Chaque temps de cette énumération comporte cependant des difficultés techniques pour être mené à bien qu'il convient de traiter avec méthode. Il ne suffit pas de savoir réciter cette litanie pour maîtriser les questions de méthode posées par la bonne réalisation de chacune de ces étapes. Des travaux insistent par exemple sur le caractère peu probant des études de besoins à l'appui desquels sont pourtant ensuite décidées des stratégies de santé au niveau national²⁴. Ce constat donne lieu généralement à des analyses portant sur le jeu politique des acteurs en présence. Mais il a aussi une réalité sur le fond à ne pas négliger. Il y a une difficulté technique qu'il faut savoir maîtriser pour établir un diagnostic des besoins de santé d'une population et des problèmes de réponse à ces besoins. La prééminence du jeu politique des acteurs en présence, oublieuse de la réalité des besoins et des problèmes de réponse à ces besoins, est d'autant plus assurée que l'incapacité à surmonter les difficultés techniques d'une évaluation objective aura été patente.

Recommandation n°24 : Le déroulé des différentes étapes d'une démarche de définition d'une politique de santé doit obéir à une méthode et suivre un processus d'exécution. Cette méthode et ce processus sont à établir, afin de conduire avec le plus de rigueur possible les travaux nécessaires.

Dans le cas de l'élaboration des plans nationaux, ce guide sur la méthode est d'autant plus nécessaire que, sans lui, les démarches conduites par des administrations différentes pourraient avoir un caractère très hétérogène et, au total, manquer parfois de rigueur.

²⁴ « Une fiction d'institution : les besoins de santé ». Marc-Olivier DEPLAUDE, in Editions La Découverte. « Comment se construisent les problèmes de santé publique ». 2009.

Proposition N° 10 correspondant à la recommandation 24

Définir un guide sur la méthode d'élaboration de la politique nationale de santé

Ce guide devra identifier les opérations à conduire pour établir un diagnostic des besoins de santé de la population et des problèmes posés par les réponses apportées. Il explicitera les critères de priorités à prendre en compte. Il définira les modalités de prise en compte des contraintes financières, d'évaluation des coûts, d'appréciation de l'efficacité des prises en charge envisagées pour un problème de santé donné.

La production d'un tel guide devrait faire l'objet d'un travail spécifique à organiser.

Ce guide pourrait s'appuyer sur les travaux conduits par la DGS et ayant donné lieu à un rapport rendu en décembre 2009 intitulé « *Recommandations pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans nationaux de santé* ».

4.2. La préparation de la stratégie nationale de santé

➤ *La structure de la stratégie nationale de santé*

La stratégie nationale de santé, première composante de la politique nationale de santé, est constituée de 4 volets :

- L'analyse des besoins de santé de la population et des problèmes de réponse à ces besoins.
- Des priorités en nombre limité, déclinés en objectifs et éventuellement en actions. Ces priorités et objectifs sont hiérarchisés entre eux. Ils vont de l'orientation la plus générale à des dispositions plus proches de la réalisation concrète des interventions souhaitées.

Plus ces dispositions sont proches de la réalisation concrète des interventions souhaitées, plus elles auront à prendre la valeur de référentiel et devront relever d'une appréciation sur leur pertinence faite par le grand opérateur de santé ayant à les mettre en œuvre.

Une priorité peut porter sur un déterminant de la santé, ou une pathologie, ou la santé d'une population, ou la situation d'une offre de santé.

Le choix d'une priorité doit être argumenté.

Les objectifs et actions peuvent être ceux prévus par un plan national.

- La mobilisation des moyens à engager pour mettre en œuvre les priorités et les objectifs.
Les coûts de la mise en œuvre des priorités et objectifs font l'objet d'une estimation. Il en est de même pour les gains d'efficacité recherchés.
Les modalités du financement des priorités et des objectifs sont déterminées.
- Le suivi et l'évaluation.
Des indicateurs d'évaluation portant sur les moyens et les résultats sont rattachés aux priorités et objectifs.

Le dispositif de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre est décrit.

➤ *Le déroulé du processus de définition de la stratégie*

Ce déroulé repose sur la succession des 5 grandes étapes suivantes :

- la définition de la méthode de travail, avec l'organisation à mettre en place, la répartition des tâches avec la désignation des responsables, le calendrier ;
- la réalisation des expertises portant sur les besoins de santé de la population et les problèmes de réponse à ces besoins ;
- l'identification des priorités et des objectifs les déclinant ; la définition des dispositions à prendre pour les mettre en œuvre et la description du dispositif de suivi et d'évaluation ;
- l'examen du projet de stratégie nationale et son adoption ;
- la mise en œuvre de la stratégie, son suivi et son évaluation.

➤ *L'organisation du travail*

L'organisation du travail est à définir en trois niveaux de mission, avec pour chacun des responsabilités à identifier et une concertation à organiser.

	Tâches à mener	Responsabilités identifiées	Concertation organisée
Niveau décisionnel	<ul style="list-style-type: none"> - arrêt de la méthode de travail, - arrêt de la méthode de concertation et du débat public, - arrêt du projet soumis à la concertation - examen du suivi et de l'évaluation. 	X	X
Niveau de pilotage opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - préparation de la méthode de travail, - préparation de la méthode de concertation et du débat public, - suivi des travaux conduits pour réaliser les expertises nécessaires, - synthèse des problèmes de réponse aux besoins et des priorités et objectifs à se fixer, - centralisation des éléments de suivi et d'évaluation en vu de leur examen par le niveau décisionnel. 	X	X
Niveau études et travaux nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - réalisation des expertises nécessaires, - propositions de priorités et objectifs, - appréciations des éléments de suivi et d'évaluation recueillis. 	X	X

➤ *Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre*

La responsabilité du suivi et l'évaluation de la mise en œuvre doit être confiée à une institution, un service, ou un chef de projet.

Le suivi et l'évaluation obéissent à un calendrier précis.

Ils font l'objet d'un examen avec les partenaires de l'Etat au sein d'instances de concertation.

4.3. La préparation des plans nationaux de santé

➤ *La structure type d'un plan national de santé*

Un plan national de santé est constitué de 3 volets :

- La caractérisation du problème de santé sur lequel porte le plan national. Elle réunit :
 - des indicateurs de santé, avec des comparaisons interrégionales, internationales ;
 - des données sur l'offre de santé existante et sur les coûts ;

- Les objectifs de prise en charge les plus efficaces et les plus efficaces.

La détermination de ces objectifs s'appuie sur les données de la littérature scientifique, les comparaisons coût/efficacité réalisées, les analyses et les attentes des usagers, la prise en compte des contraintes de ressources.

Pour chaque objectif, sont précisées les mesures adaptées pour les mettre en œuvre et les indicateurs de résultats correspondants.

L'efficacité recherchée est de deux types :

- l'efficacité globale de la prise en charge ; elle porte sur deux axes :
 - ✓ la structuration de l'offre organisée pour un domaine d'intervention particulier (la sécurité sanitaire, la prévention, les soins hospitaliers et ambulatoires, le médico-social) ;
 - ✓ la place respective à donner aux efforts faits en faveur de chacun des différents domaines d'intervention ;
- l'efficacité pour différents segments particuliers de la prise en charge ; elle porte elle aussi sur deux axes :
 - ✓ l'organisation mise en place pour assurer la délivrance d'une prestation donnée ;
 - ✓ la pertinence et le meilleur rapport coût/qualité de chaque prestation délivrée.
- Les indicateurs de suivi et d'évaluation du plan

➤ *L'organisation du travail*

Elle obéit au même principe que celui défini pour la préparation de la stratégie nationale de santé.

➤ *Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre*

Chaque grand opérateur de santé, choisissant, parmi ses priorités s'ajoutant à celles de la stratégie nationale de santé, une thématique correspondant à un ou plusieurs plans nationaux de santé, aura à mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation de son action. Pour les ARS, ce dispositif sera celui conçu dans le cadre du PRS.

Au niveau national, un dispositif de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de tous les plans nationaux est à concevoir, faisant figurer les résultats obtenus pour telle ou telle thématique par le grand opérateur de santé qui s'en est emparé.

Périodiquement, un bilan de cette mise en œuvre est joint au rapport remis au Parlement sur les réalisations de la politique nationale de santé, au moment de l'examen des lois de financement.

4.4. *La maintenance des plans nationaux et la capitalisation de leurs dispositions communes*

Recommandation n°25 : Le travail de maintenance des plans nationaux de santé constituant la seconde composante de la politique nationale de santé doit être permanent. Il est indispensable, périodiquement, de revisiter les dispositions prévues pour prendre en charge de façon efficace et efficiente tel ou tel problème de santé, afin de tenir compte de l'évolution des connaissances scientifiques, des transformations des pratiques et des organisations, des résultats des évaluations conduites sur la mise en œuvre de ces plans. Ce travail de maintenance doit être organisé et planifié. Cette seconde composante de la politique nationale de santé servant de référentiel pour tous les opérateurs de l'Etat dans le domaine de la santé, il faut que ceux-ci disposent de stratégies de prise en charge fiables pour guider leur action.

La capitalisation des dispositions communes aux différents plans nationaux progressivement élaborés, doit permettre d'éviter de se contredire ou de recommencer des travaux déjà réalisés sur certains segments de prise en charge d'un problème de santé donné. Ce travail de capitalisation conduira à dégager, sur des problématiques transversales à plusieurs plans, des éléments de doctrine qui serviront aussi de référence. Il doit être organisé lui-aussi, au même titre que le travail de maintenance des plans.

Proposition N° 11 correspondant à la recommandation 25

Organiser le travail de maintenance et de capitalisation des plans nationaux de santé

Le travail de maintenance des plans doit être assuré par la direction d'administration centrale ou l'opérateur de l'Etat dans le domaine de la santé qui aura piloté leur réalisation.

Un service dédié à cette mission de définition de la politique de santé doit veiller à ce que ces activités de maintenance soient bien engagées et doit suivre leur bonne exécution. Ce même service devra avoir pour mission de travailler à la capitalisation nécessaire des différents plans.

5. REORGANISER LA CONCERTATION ET LE DEBAT PUBLIC

Se doter d'une politique de santé avec quelques priorités fortes exige une implication étroite des différents « acteurs » du système de santé dans le processus de préparation de la décision. Sans cette implication, il sera difficile d'obtenir l'adhésion de la population et des professionnels aux dispositions envisagées pour améliorer la santé de tous. Et sans cette adhésion, la réussite de la politique déterminée est improbable.

Le recours au débat public ou à la concertation est invoqué pour assurer cette implication des « acteurs de la santé » dans le processus de détermination des priorités. Les deux notions sont souvent confondues. Il faut les distinguer.

La concertation entre l'Etat et les représentants de tous les « acteurs de la santé » nécessite de mettre en place des instances et des procédures de travail permanentes et structurées. Elle conduit au final à ce que chacun puisse prendre position par rapport au projet de l'Etat et éclairer ainsi le décideur sur les choix qui s'offrent à lui.

Le débat public, qui n'est pas exclusif de la concertation, est ouvert à tout un chacun. Il permet d'expliquer largement à la population les éléments d'une situation, ses enjeux, les options possibles pour l'action publique. Il est un lieu d'expression des citoyens le plus libre possible. Il peut se tenir selon des régularités établies, mais à des temps particuliers de la définition et de la conduite d'une politique.

Concertation et débat public sont à organiser avec méthode, de façon rigoureuse, sous peine de n'être d'aucune utilité, voire même de compromettre la réussite du projet envisagé. C'est d'autant plus vrai que les sujets à traiter sont ici, dans le domaine de la santé, complexes et facilement chargés d'émotion. Dans ces conditions, construire en raison les solutions les meilleures pour la santé de tous demande une conduite ordonnée de la discussion collective.

5.1. *Un débat public organisé*

➤ *sur la stratégie nationale de santé, tous les 5 ans*

Recommandation n°26 : *Un débat public tous les cinq ans*

Tous les cinq ans, il conviendrait d'organiser un débat public sur les problèmes de santé de la population et les réponses apportées. Il s'agira de s'expliquer sur les défis de toutes sortes à relever et sur les priorités envisageables.

Ce débat public devra être engagé sur la base de données objectives concernant l'état de santé de la population et les caractéristiques de l'offre de santé existant en regard, en s'appuyant sur des comparaisons internationales et sur les enseignements tirés des connaissances scientifiques actuelles.

Ce débat s'inscrira dans le cadre de la préparation du projet de loi de programmation sur la stratégie nationale de santé que le gouvernement soumettra au Parlement.

Recommandation n°27 : *Des « sommets » régionaux sur la santé consolidés au niveau national*

Il serait plus exact de parler de ce débat public au pluriel. Il pourrait être fait de « sommets » régionaux sur la santé consolidés au niveau national. Ces « sommets » régionaux, ouverts au public, seront organisés par les ARS, avec l'appui des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA). Ils devront se dérouler selon une méthode identique définie par le ministère de la santé. Le rendu de ces « sommets » devra se faire selon un modèle identique pour toutes les régions, afin de permettre une synthèse nationale.

La consolidation nationale de ces « sommets » régionaux fera l'objet d'une restitution publique, avec l'appui de la Conférence nationale de santé, dans le cadre d'un « sommet » national de la santé préparé par le ministre de la santé, placé sous l'égide du premier ministre.

Ce « sommet » national réunira des représentants des élus, des partenaires sociaux, des professionnels de santé, des gestionnaires d'établissements et de services de santé, des associations œuvrant dans le champ de la santé, des usagers, des services de l'Etat.

Le résultat de ce débat public fera l'objet d'un rapport joint au projet de loi quadriennal sur la stratégie nationale de santé déposé au Parlement.

➤ *Sur un thème de santé, tous les deux ans*

Recommandation n°28 : Tous les deux ans, sur proposition de la Conférence nationale de santé, le ministre de la santé pourrait saisir les CRSA pour qu'elles traitent, dans le cadre d'un débat public, d'une question de santé. Ces débats publics devront suivre une méthode établie par le ministère de la santé, de manière à permettre une consolidation nationale avec le concours de la conférence nationale de santé.

Proposition N° 12 correspondant aux recommandations 26 à 28

Organiser un débat public :

- Tous les 5 ans sur la politique nationale de santé

Ce débat s'organise à partir de « sommets » régionaux consolidés au niveau national.

Il est préalable à la définition du projet de loi quadriennal sur la stratégie nationale de santé.

Ces « sommets » régionaux sont organisés selon une méthode définie par le ministre de la santé.

La consolidation nationale, préparée par le ministre de la santé, avec l'appui de la Conférence nationale de santé, fait l'objet d'une restitution publique sous l'égide du premier ministre. Elle donne lieu à un rapport joint au projet de loi quadriennal sur la stratégie nationale de santé déposé au Parlement.

- Tous les deux ans, sur une thématique de santé

Tous les deux ans, le ministre de la santé demande aux CRSA d'organiser, selon une méthode définie au niveau national, des débats publics sur une question de santé. Une synthèse nationale sera établie, avec l'appui de la Conférence nationale de santé.

5.2. *Une concertation simplifiée, organisée par thématique et sur l'ensemble de la politique de santé*

Les questions de santé sont trop diverses pour être examinées toutes au sein d'une seule et même instance de concertation. Elles exigent, pour être examinées valablement, que chacun soit bien au fait des complexités particulières des sujets à traiter, de leurs enjeux spécifiques. Il paraît donc judicieux, au niveau national, de travailler avec plusieurs instances de concertation thématiques, mais en apportant quelques modifications au dispositif existant aujourd'hui, tout au moins dans le champ de compétence du ministère de la santé.

De nombreuses instances de concertation sont rattachées au ministère de la santé, soit pour assurer un suivi concerté d'un plan national, soit pour examiner les questions propres à un domaine d'activité (les urgences, la chirurgie...).

Toutes ces instances de concertation sont composées selon les mêmes principes. Une partie de leurs membres sont des représentants des acteurs de la thématique concernée (experts, sociétés savantes, syndicats spécialisés). L'autre partie est constituée de représentants « institutionnels » (fédérations d'établissements, présidents de conférences médicales, partenaires sociaux, élus, organismes de protection sociale, services de l'Etat).

La multiplication des instances de concertation peut diluer le débat, estomper la clarté des positions. De plus, obligés de participer à un trop grand nombre d'instances, certaines institutions ou associations ont des difficultés à se faire représenter. Il s'en suit des problèmes d'assiduité qui font perdre de leur pertinence aux avis rendus.

Par ailleurs, la concertation sur la politique nationale de santé ne saurait être constituée de la seule addition des travaux menés au sein de plusieurs instances thématiques distinctes. Il est aussi nécessaire d'organiser la concertation sur la dimension globale de la politique nationale de santé, afin de mettre en perspective d'une logique d'ensemble les dispositions relevant de tel ou tel domaine d'intervention particulier en faveur de la santé.

Les recommandations suivantes visent à simplifier le dispositif de concertation relevant du ministère de la santé, sans rien perdre de l'avantage de lieux de dialogues larges et suffisants, avec les représentants d'un domaine d'action particulier en faveur de la santé. Par ailleurs chaque ministère ayant à conduire une part de la politique nationale de santé le fait dans le cadre du dispositif de concertation qui lui est rattaché.

Recommandation n°29 : *Faire de la conférence nationale de santé (CNS) la tête de réseau des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA)*

Les missions de la conférence nationale de santé (CNS) devraient être de :

- rendre compte du respect des droits des patients ;
- établir la synthèse des problématiques de santé mises en évidence par les travaux conduits dans le cadre des CRSA ;
- organiser le débat public sur des questions de santé issues des travaux des CRSA, ou à la demande du ministère de la santé.

En conséquence, la composition de la CNS devrait être revue. Aujourd'hui, la CNS a 117 membres. Si demain elle est la tête de réseau des CRSA, la CNS doit pouvoir avoir une composition où les représentants des CRSA constituent une part importante de la conférence. Ainsi, si chaque CRSA a un représentant au sein de la CNS, pour assurer une position dominante à cette représentation des régions, la conférence doit comporter au total entre 50 et 60 membres, représentants des usagers, des professionnels de santé, des gestionnaires de services et d'établissements, des organismes de protection sociale, du ministère de la santé, du travail, de l'environnement, de l'éducation nationale.

Le président de la CNS pourrait être élu parmi les membres représentants les usagers ou les professionnels de santé.

Recommandation n°30 : *Constituer une seule instance de concertation sur les questions de perte d'autonomie des personnes : un conseil national de l'autonomie*

Une même instance de concertation pourrait regrouper l'actuel comité national consultatif sur les personnes handicapées (CNCPH) avec le comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA) et la section sociale du conseil national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS). Cette nouvelle instance pourrait comporter deux sections, l'une sur les personnes handicapées et l'autre sur les personnes âgées. Les questions communes à ces deux sections pourraient faire l'objet de travaux en séance plénière ou au sein d'une commission partagée entre des représentants des deux secteurs.

La mission de ce *conseil national de l'autonomie* serait de :

- rechercher un diagnostic partagé sur les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes et les problèmes de réponse à ces besoins ;
- donner un avis sur les stratégies de prise en charge et d'accompagnement de la perte d'autonomie ;
- donner un avis sur les textes réglementaires envisagés.

Le président de ce *conseil national de l'autonomie* serait nommé par le ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées.

Recommandation n°31 : *Constituer une commission ayant une approche globale des questions de santé : Le conseil en santé*

Ce *conseil en santé* se substituerait à différentes commissions constituées dans le cadre du suivi et de l'évaluation de plusieurs plans ou domaine d'intervention en faveur de la santé.

Il n'était pas possible, dans le cadre de cette mission, d'étudier en détail l'activité des diverses commissions de concertation existantes sur des plans nationaux ou des thématiques de santé. Il conviendra de le faire avant de dresser la liste exacte des commissions à regrouper au sein de ce conseil en santé. D'ores et déjà, il est possible d'en inventorier plusieurs qui pourraient être remplacées par le *conseil en santé*²⁵.

Ce conseil aurait pour mission de :

- donner un avis sur la stratégie nationale de santé, ses priorités, ses objectifs, ses engagements financiers, son suivi et son évaluation ;

²⁵ Comité de pilotage du programme national nutrition santé ; comité de suivi du plan national d'amélioration de la douleur ; comité de suivi du programme d'action sur le sommeil ; comité national de suivi des mesures nationales pour la radiothérapie ; comité national de suivi du développement des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie ; conseil national de la chirurgie ; conseil national de l'urgence hospitalière.

- donner un avis sur le contenu des plans nationaux de santé, le suivi de leur mise en œuvre et leur évaluation ;

Il serait constitué par une section permanente et des sections thématiques :

- Une section permanente

La section permanente du *conseil en santé* serait composée de la représentation « institutionnelle » qui se retrouve dans chacune ou presque des diverses commissions de concertations existantes (des élus, des partenaires sociaux, des représentants de l'Etat, des professionnels de santé, des gestionnaires d'établissements et de services, des usagers, des organismes de protection sociale). Les membres « institutionnels » de cette section permanente du *conseil en santé* pourraient ainsi examiner tous les aspects de la politique nationale de santé, s'assurer ainsi de la cohérence d'ensemble, avoir une vision générale de sa mise en œuvre.

Seraient membres de droit de la section permanente les présidents de la conférence nationale de santé et du conseil national de l'autonomie. Les membres de cette section permanente doivent être au nombre d'environ 50 personnes.

- Des sections thématiques

Le *conseil en santé* pourrait se réunir en associant à la section permanente une section thématique différente selon le thème abordé à son ordre du jour : la chirurgie, la nutrition santé, la lutte contre la douleur etc...

Les membres de chaque section thématique sont des experts ou des représentants du domaine concerné. Ils sont au nombre de 15 à 20 personnes. Ils sont associés ponctuellement aux travaux de la section permanente, avec les mêmes droits d'expression et de participation aux débats que les autres membres « institutionnels ».

Proposition N° 13 correspondant à la recommandation 31

Texte de loi créant un conseil en santé

Est mis en place un conseil en santé chargé de donner un avis sur la stratégie nationale de santé et sur les plans nationaux de santé. Ce conseil en santé est tenu informé du suivi et de l'évaluation de la stratégie nationale de santé et des plans nationaux de santé.

Il est constitué d'une section permanente et de sections thématiques.

La composition de la section permanente est fixée par décret. Elle comprend des représentants des parlementaires, des partenaires sociaux, des gestionnaires de services et d'établissement, des professionnels de santé, des usagers, des organismes de protection sociale et de l'Etat.

Les sections thématiques sont constituées d'experts et de représentants d'un domaine faisant l'objet d'un plan national de santé. Elles sont réunies auprès de la section permanente sur le point d'ordre du jour qui les concerne Leur composition est fixée par le ministre compétent pour le plan national de santé concerné.

Proposition N° 14 correspondant à la recommandation 29***Texte de loi modifiant la mission et la composition de la Conférence nationale de santé***

A l'article L. 1411-3 du code de la santé publique,

1° La phrase « Elle est consultée par le Gouvernement lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de la politique de santé publique mentionnées à l'article L.1411-2. » est remplacée par la phrase « Elle donne au Gouvernement un avis sur les problématiques de santé mises en évidence par les travaux des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie.» ;

2° La phrase « Elle formule des avis et propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre.» est supprimée.

Proposition N° 15 correspondant à la recommandation 30***Texte de loi créant un conseil national de l'autonomie regroupant le CNCPH, le CNRPA et la section sociale du CNOSS***

Est mis en place un conseil national de l'autonomie, regroupant le conseil national consultatif des personnes handicapées, le conseil national des retraités et des personnes âgées, la section sociale du conseil national de l'organisation sanitaire et social. Ce conseil est constitué de deux sections, l'une consacrée aux personnes handicapées, l'autre aux personnes âgées. Il est chargé de donner un avis sur les aspects de la politique nationale de santé et les projets de textes réglementaires concernant les personnes handicapées et les personnes âgées.

Sa composition est fixée par décret.

5.3. Une concertation tout le long du processus d'élaboration de la politique nationale de santé

Les différentes instances composant le dispositif de concertation thématique et général doivent être associées aux différents temps du déroulement du processus d'élaboration de la politique nationale de santé. Ce processus comprend trois grandes étapes, pour ce qui concerne la préparation de la stratégie nationale de santé, et deux grandes étapes pour la préparation d'un plan national de santé :

Recommandation n°32 : *Les trois étapes de la concertation pour la préparation de la stratégie nationale de santé*

Les étapes du processus d'élaboration de la stratégie nationale de santé	Les sujets de la concertation
<i>1. L'annonce du processus de préparation de la stratégie nationale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - présentation des objectifs généraux poursuivis - explicitation des contraintes existantes - examen de la méthode et du calendrier
<i>2. Le diagnostic des problèmes de réponse aux problèmes de santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> - examen état de santé de la population et situation de l'offre de santé - analyse des problèmes de réponse aux problèmes de santé
<i>3. Les orientations de la stratégie de santé dans le cadre des contraintes de ressources existant</i>	<ul style="list-style-type: none"> - discussion du projet d'orientations stratégiques - description du dispositif de suivi et d'évaluation

Recommandation n°33 : *Les deux étapes de la concertation pour la préparation des plans nationaux de santé*

Les étapes du processus d'élaboration d'un plan national de santé	Les sujets de la concertation
<i>1. L'annonce du processus de préparation du plan</i>	<ul style="list-style-type: none"> - présentation des objectifs généraux poursuivis - explicitation des contraintes existantes - examen de la méthode et du calendrier
<i>2. Les objectifs opérationnels du plan, accompagnés d'objectifs de résultats</i>	<ul style="list-style-type: none"> - discussion du projet d'objectifs opérationnels assurant l'efficacité et l'efficience de la prise en charge transversale à tous les domaines d'intervention en faveur de la santé - examen des objectifs de résultats assignables au plan

5.4. *Un suivi et une évaluation concertés de la politique nationale de santé*

Recommandation n°34 : Le suivi et l'évaluation de la politique nationale de santé doivent faire l'objet d'une organisation précise, associant les « acteurs de santé ». Ce suivi et cette évaluation peuvent se concevoir dans le cadre de la préparation du rapport annuel que le Gouvernement devra présenter au Parlement accompagnant la loi de financement. Les éléments de ce rapport seront alors discutés au sein du *conseil en santé*. Ce rapport comprendra :

- un bilan de la mise en œuvre de la stratégie nationale,

- un bilan de la mise en œuvre de un ou plusieurs plans nationaux de santé engagés par les opérateurs de santé, notamment les ARS, mais aussi l'assurance maladie.

L'avis donné par la conférence sera joint au rapport remis au parlement.

5.5. Calendrier du débat public et de la concertation

		Année n°1	Année n°2	Année n°3	Année n°4	Année n°5	Année n°6	Année n°7
1^{ère} composante Stratégie Nationale de Santé	1 – L'annonce	Concertation					Concertation	
	2 – Diagnostic des problèmes	Débat public					Débat public	
	3 – Priorités	Concertation	Vote Parlement				Concertation	Vote Parlement
2^{ème} composante Plans nationaux de santé	Concertation chaque année, pour chaque plan proposé, en deux étapes : l'annonce et les objectifs opérationnels							
Suivi et évaluation de la stratégie et de 1 ou plusieurs plans	Concertation	Concertation	Concertation	Concertation	Concertation	Concertation	Concertation	Concertation
	Rapport Parlement	Rapport Parlement	Rapport Parlement	Rapport Parlement	Rapport Parlement	Rapport Parlement	Rapport Parlement	Rapport Parlement

6. REDEFINIR LE PILOTAGE DE L'ELABORATION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Le pilotage de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique nationale est de deux natures : décisionnel et opérationnel.

6.1. Le pilotage décisionnel

La politique nationale de santé nécessite de faire des choix de priorités et d'objectifs, ayant des conséquences sur les moyens financiers à mobiliser. Il est donc indispensable d'organiser les conditions de la prise de décision.

La politique nationale de santé est interministérielle, dans son contenu comme dans ses interrelations avec les autres politiques publiques. La prise de décision doit donc être interministérielle. La politique nationale de santé sera donc arrêtée par les ministres, selon les mécanismes habituels des prises de décisions interministérielles, sous réserve des dispositions devant faire l'objet d'un vote au Parlement.

Cependant, il faut pouvoir s'engager dans un travail pluri-partenarial qui seul assurera de déboucher sur une vraie cohérence d'ensemble, plutôt que sur la simple juxtaposition de dispositions portées par les uns et par les autres. Aussi, en amont de ce cadre de décision interministériel, il est nécessaire de concevoir un pilotage interministériel portant sur :

- le travail d'élaboration de la politique nationale de santé ;
- la préparation du projet de priorités et d'objectifs qui constituera le projet de loi quadriennale ;
- le suivi de la mise en œuvre.

Pour cela il serait utile de constituer une instance réunissant les décideurs administratifs des différents ministères concernés et les principaux grands opérateurs nationaux de santé. Cette instance doit se situer dans un niveau intermédiaire entre les mécanismes de prise de décision par les ministres et l'organisation du pilotage opérationnel des travaux. Les tâches à conduire étant nombreuses, devant être complémentaires, exigeant d'associer de nombreux acteurs interministériels, il faut bien une instance administrative, dotée d'autorité, pour conduire ces travaux collectifs, préparatoires à un projet de loi dont ensuite l'arbitrage définitif se fera dans le cadre plus habituel des RIM et du fonctionnement du conseil des ministres. C'est la mise en place de cette instance qui est proposée dans les recommandations suivantes.

Recommandation n°35 : *Les missions du pilotage décisionnel interministériel*

- retenir la programmation des plans nationaux de santé à préparer ;
- retenir la méthode de préparation de la stratégie nationale de santé et des plans nationaux de santé ;
- répartir les responsabilités et déterminer les collaborations nécessaires entre les différentes administrations centrales de l'Etat et les opérateurs de santé chargés de conduire tel ou tel aspect des travaux à réaliser ;
- arbitrer le choix des priorités qui constitueront le projet de stratégie nationale de santé soumis à la concertation et au vote du Parlement ;
- retenir la méthode d'organisation du débat public à mener dans le cadre de la préparation de la stratégie nationale de santé ;
- examiner le bilan de mise en œuvre de la politique nationale de santé et donner les impulsions nécessaires pour réorienter, si besoin, les actions engagées afin de mettre en œuvre la politique nationale de santé ;
- valider le rapport soumis chaque année au parlement sur la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Recommandation n°36 : *L'organisation du pilotage décisionnel interministériel*

Il existe déjà une instance de pilotage décisionnelle dont les missions portent sur la mise en œuvre de la politique nationale de santé par les ARS, le *conseil national de pilotage* (CNP) créé par la loi HPST. Le CNP, placé sous la responsabilité des ministres sociaux, a une composition interministérielle et associe des grands opérateurs à ses prises de décision. Cependant il ne saurait tenir lieu d'instance décisionnelle interministérielle sur la définition de la politique nationale de santé, d'abord parce que ses missions fixées par la loi ne le prévoit pas, ensuite parce que sa composition ne serait pas adaptée au traitement de ce sujet.

Deux solutions sont envisageables :

- soit faire évoluer le CNP actuel, en le constituant à géométrie variable,

- soit créer une nouvelle instance à distance du CNP.

Dans les deux cas, **la présidence de cette instance administrative** décisionnelle, interministérielle, constituée autour de la définition de la politique nationale de santé et de son suivi, devrait être confiée au Premier ministre. Le ministre de la santé devrait assurer la vice-présidence et le secrétariat de cette instance.

Premier scénario : constituer un CNP élargi

Il serait plus simple de ne pas créer une seconde instance dont les attributions porteraient cette fois-ci sur la préparation et le suivi de la politique nationale de santé. Cette seconde instance, en effet, aurait une composition qui reprendrait au moins la totalité des membres actuels du conseil national de pilotage. Nous adopterions un fonctionnement bien complexe en nous dotant d'une instance de pilotage décisionnel pour définir la politique nationale et d'une seconde instance, différente, pour piloter sa mise en œuvre par les ARS, avec en partie les mêmes membres et, sur une bonne part des sujets traités, un *continuum* entre la politique et sa mise en œuvre.

La solution préférable serait de prévoir **une formation élargie du conseil national de pilotage** exerçant, dans cette position, les missions liées à la préparation de la politique nationale de santé et à son évaluation.

Cette formation élargie du conseil national de pilotage aurait besoin de se réunir une fois par an au moins. Elle examinerait alors :

- le projet annuel de programmation pour la préparation des plans ;
- la méthode de travail envisagée pour préparer les plans qui seront élaborés dans l'année, avec la répartition des tâches ;
- le pré-rapport sur le bilan de la mise en œuvre annuel de la politique nationale de santé et les impulsions nouvelles qu'il conviendrait éventuellement de donner aux actions engagées.

Cette réunion annuelle devrait avoir lieu au plus tard en septembre de chaque année, en tenant compte du calendrier de préparation des projets de loi de financement déposés à l'Automne au parlement.

La composition de cette formation élargie du conseil national de pilotage pourrait comprendre, outre les membres actuels du conseil national de pilotage quand il se réunit pour assurer le pilotage des ARS, les responsables des différents opérateurs de santé nationaux²⁶, un représentant des ARS, un représentant des autres ministères²⁷ concernés par la politique nationale de santé, soit parce que cette politique est utile à la réussite de l'action publique qu'ils conduisent, soit parce que cette dernière a un impact sur la santé.

En plus de sa réunion annuelle, tous les cinq ans, cette formation élargie du conseil national de pilotage sera réunie au moins deux fois pour examiner :

- d'abord, la méthode d'organisation du débat public dans le cadre de la préparation de la stratégie nationale de santé ;
- ensuite, le projet de stratégie nationale de santé

²⁶ AFSSA-AFSSSET, AFSSAPS, InVS, INPES, INCA, HAS, ANEMS.

²⁷ Intérieur, Travail, MEEDDM, Agriculture, Justice, Education Nationale.

Second scénario : créer un conseil sur la politique nationale de santé

Ses missions et sa composition seraient les mêmes que celles d'un conseil national de pilotage élargi. Son appellation serait différente. Il serait formellement distingué ainsi du conseil national de pilotage.

L'intérêt de cette formule serait de plus nettement marquer une différence entre la fonction de pilotage des ARS et la définition de la politique nationale de santé. Il s'agit là d'une question de symbole plus que de réalités concrètes variables selon le scénario. Les autres ministères impliqués dans la définition de la politique nationale de santé et de son suivi pourraient avoir le sentiment d'être rangés sous la bannière du ministère de la santé, s'ils se retrouvaient siéger dans une instance dont l'appellation rappellerait trop à leurs yeux le pilotage par les ministères sociaux des ARS.

Le premier scénario est celui qui est ici recommandé. Il est plus simple et il rappelle que les ARS ne sont pas dans la seule dépendance du ministère de la santé, qu'elles sont des établissements publics relevant de la compétence de plusieurs ministères et devant s'impliquer localement dans des stratégies interministérielles. Il n'est donc pas illogique qu'un lien soit visible entre la définition de la politique nationale de santé et le pilotage des ARS qui auront à en appliquer une bonne part.

6.2. *Le pilotage opérationnel*

Pour assurer le bon déroulement de chacune des étapes qui constituent le déroulé d'une démarche de définition d'une politique de santé, un scénario serait de créer une direction d'administration centrale chargée de la stratégie en santé au sein du ministère de la santé.

Ce scénario a l'avantage de donner à la préparation de la stratégie des moyens assurés et dédiés à cette mission méritant d'être professionnalisée. Cependant, il oblige à créer une direction d'administration centrale supplémentaire. Il a surtout comme inconvénient d'entraîner une profonde réorganisation de la totalité de l'administration centrale du ministère de la santé. De plus, il ne résout pas la question de l'inter-ministériarité dans la définition de la politique nationale de santé.

Un second scénario, plus simple à mettre en œuvre, permettant des progrès plus rapides, pourrait reposer sur deux axes :

- ne pas remettre en question les compétences des différentes directions d'administration centrales dites « métiers » dans la définition des éléments de la stratégie en santé relevant de leurs compétences ;
- créer un service chargé de préparer la méthode de fabrication de la stratégie, de coordonner la réalisation des travaux conduits sous la responsabilité de telle ou telle direction d'administration centrale, de préparer la synthèse sachant dépasser la simple juxtaposition des différentes contributions de chacun, de suivre la bonne application du projet collectif.

Les recommandations suivantes obéissent à ce second scénario.

Recommandation n°37 : *Constituer une mission interministérielle de la stratégie en santé*

Le rôle de cette mission interministérielle de la stratégie en santé est de préparer, de coordonner et d'animer le déroulement de la totalité du processus d'élaboration de la politique nationale.

Cette mission interministérielle est une structure légère, constituée de 10 à 20 personnes. Elle est chargée de :

- préparer la méthode d’élaboration de la stratégie nationale de santé et la méthode d’organisation du débat public ;
- suivre le bon déroulement des travaux de préparation de la stratégie nationale de santé et des différents plans nationaux de santé dont la responsabilité est confiée aux administrations centrales et aux opérateurs ;
- proposer à l’arbitrage du Conseil national de pilotage élargi les priorités et objectifs opérationnels de la stratégie nationale de santé, à partir des contributions des différentes administrations centrales et des opérateurs de santé associés et proposer la programmation des plans nationaux de santé ;
- organiser le suivi et l’évaluation de la bonne mise en œuvre de la politique nationale de santé et piloter la préparation du rapport annuel au parlement sur le bilan de la politique nationale de santé ;
- assurer la capitalisation des dispositions communes à plusieurs plans nationaux de santé ;

La position de cette mission interministérielle de la stratégie en santé doit être double :

- rattachée au ministère de la santé, parce qu’une bonne partie de son rôle va porter sur le soutien aux activités menées par les différentes administrations centrales de ce ministère ;
- placée auprès de l’instance interministérielle constituée sur le pilotage décisionnel de la politique nationale de santé, parce qu’elle doit pouvoir travailler à favoriser les approches interministérielles des questions de santé.

Le rattachement de la mission au sein du ministère de la santé. Deux options sont envisageables :

- un rattachement à la DGS
- un rattachement au secrétariat général

La DGS pilote déjà la préparation de nombreux plans nationaux. Elle a vocation à analyser les besoins de santé et, pour cela, elle maîtrise les opérations qui sont au point de départ du déroulé de la démarche devant aboutir à la détermination de la stratégie nationale de santé. Mais, la DGS est très absorbée par la gestion des crises sanitaires et, accaparée par l’urgence, elle pourrait ne pas s’investir suffisamment dans la préparation des stratégies qui demande de prendre du recul par rapport au court terme. Par ailleurs, la culture « santé publique » de la DGS n’a pas familiarisée cette direction avec les questions hospitalières ou du médico-social et surtout avec la prise en compte des contraintes financières.

Le secrétariat général est dans un positionnement transversal qui lui permet d’être équidistant de toutes les directions « métiers », assurant la bonne prise en compte, au moment de la synthèse, des préoccupations de chacune. Il est aussi une structure interministérielle et ce positionnement est plus adéquat pour travailler à la coordination d’administrations centrales relevant de l’autorité de plusieurs ministres. Mais, le secrétariat général, du fait même de sa situation en surplomb par rapport aux autres directions « métiers », pourrait être perçu comme dépossédant peu à peu celles-ci de leur autorité dans la conduite des tâches de préparation de la stratégie devant leur revenir.

Une mission placée auprès du CNP élargi, la présidence de ce CNP élargi étant assurée par le Premier ministre.

Cette position aiderait cette mission à avoir un rôle de coordination interministérielle dans le bon déroulement des travaux conduits par les administrations centrales compétentes. Elle pourrait même accueillir des correspondants, et pourquoi pas des membres, venant d'autres ministères que celui de la santé. Elle assisterait le conseil national de pilotage élargi, sous l'autorité de son président, dans l'exercice de ses missions.

Recommandation n°38 : *Confier la responsabilité de chaque phase de la préparation de la politique nationale de santé à une administration d'administration centrale ou à un opérateur de santé*

<p>Cette position aiderait cette mission à avoir un rôle de coordination interministérielle dans le bon déroulement des travaux conduits par les administrations centrales compétentes. Elle pourrait même accueillir des correspondants, et pourquoi pas des membres, venant d'autres ministères que celui de la santé. Elle assisterait le conseil national de pilotage élargi, sous l'autorité de son président, dans l'exercice de ses missions.</p> <p>Recommandation n°38 : <i>Confier la responsabilité de chaque phase de la préparation de la politique nationale de santé à une administration d'administration centrale ou à un opérateur de santé</i></p> <p style="text-align: center;">Domaine de pilotage</p>	<p>Responsable du pilotage opérationnel</p>
Tenue du tableau de bord national de santé	DGS
Expertise utile à la préparation de la stratégie nationale de santé	DGS
Préparation des priorités et des objectifs opérationnels de la stratégie nationale de santé, pour chaque domaine d'intervention en faveur de la santé	Chaque direction d'administration centrale, de différents ministères, compétente pour tel ou tel domaine d'intervention en faveur de la santé
Préparation et maintenance des plans nationaux de santé	<p>Chaque direction d'administration centrale, de différents ministères, compétente pour tel ou tel domaine d'intervention en faveur de la santé</p> <p>Un opérateur de santé dans son domaine de compétence</p>

Chaque responsable du pilotage d'une phase de préparation de la politique nationale de santé associe aux travaux nécessaires des représentants d'autres directions d'administration centrales ou d'opérateurs de santé, autant que nécessaire.

Recommandation n°39 : *Conforter le pilotage par l'Etat de ses opérateurs de santé*

Chaque administration centrale est chargée de piloter les opérateurs relevant de son champ de compétence. Ce pilotage doit être formellement organisé. Il repose sur cinq instances de pilotage opérationnel. Celles-ci existent déjà, de façon plus ou moins formalisée selon les cas. Leurs procédures de travail sont à bien définir.

Instances opérationnelles regroupant les opérateurs de santé	Responsable du pilotage opérationnel	Instance de pilotage décisionnelle
Les ARS (regroupements nationaux périodiques)	Secrétaire général	Conseil national de pilotage
ABM, AFSSA, AFSSAPS, AFSSET, InVS, INPES, EFS, INCA, IRSN, EPRUS (<i>Le CASA, auquel sont associés : la HAS, le HCSP, l'EHESP et l'INSERM</i>)	DGS	Conseil national de pilotage élargi
CNAMTS, MSA, RSI	DSS	- Conseil national de pilotage élargi - Conseil national de pilotage
ANAP, ATIH, CNG	DGOS	- Conseil national de pilotage élargi - Conseil national de pilotage
CNSA, ANESM	DGCS	- Conseil national de pilotage élargi - Conseil national de pilotage

Chacune de ces instances opérationnelles, réunies à dates fixes, a pour mission de :

- préparer les contractualisations nécessaires entre l'Etat et ses différents opérateurs de santé ;
- assurer un partage d'information entre les opérateurs et l'administration centrale sur leurs activités respectives et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé ;
- examiner les mesures permettant de résoudre les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé ;

- veiller à la bonne mise en œuvre par les opérateurs de santé des dispositions de la politique nationale de santé.

Un bilan de leur activité est fait chaque année devant le conseil national de pilotage élargi.

Recommandation n°40 : *Consolider la mission de coordination interministérielle assurée par la DGS*

Une instance de coordination de l'action interministérielle dans le domaine de la santé existe déjà – le *conseil national de santé publique*, institué par la loi de 2004. La DGS est responsable de son animation. Cette instance est aujourd'hui surtout un lieu de partage d'information entre les différents ministères et opérateurs de santé qui en sont membres. Son activité doit rester technique, être organisée de façon à ce que soit discutée en son sein la méthode d'élaboration de la stratégie nationale de santé et des plans nationaux de santé. Devra être aussi examinée au sein de cette instance la méthode d'élaboration de toute politique publique ayant des effets sur la santé ou susceptible de bénéficier de l'appui apporté par l'action publique en faveur de la santé. Ainsi, chaque ministère pourra plus aisément envisager de s'associer aux différents travaux en cours, en fonction de son intérêt au sujet traité.

Les résultats des travaux communs menés aux différentes étapes de préparation des politiques, seront dressés au sein de cette instance technique de coordination interministérielle. Son programme de travail est fixé par le conseil national de pilotage élargi, auquel elle soumet le bilan de son activité.

Cette instance technique de coordination interministérielle, œuvrant dans le domaine opérationnel, devrait être copilotée par la DGS et la mission interministérielle de la stratégie en santé.

Proposition N° 16 correspondant aux recommandations 35 à 36

Texte de loi sur le pilotage décisionnel de la politique nationale de santé

Le conseil national de pilotage mis en place par l'article *L. 1433-1* du code de santé publique siège en formation élargie, selon une composition et avec des modalités de fonctionnement fixées par décret, afin d'examiner les conditions de préparation de la politique nationale de santé et les résultats de sa mise en œuvre. Il valide le projet de stratégie nationale de santé soumis au Gouvernement. Il est présidé par le Premier ministre. Le ministre chargé de la santé en est le vice-président.

Proposition N° 17 correspondant à la recommandation 37

Constitution d'une mission interministérielle de la stratégie en santé

Est constituée une mission interministérielle de la stratégie en santé. Cette mission est rattachée, au sein du ministère de la santé, à et placée auprès du conseil national de pilotage élargi, afin de l'assister dans ses missions portant sur la préparation de la politique nationale de santé et sur le suivi et l'évaluation de sa mise en œuvre.

7. ARTICULER LA POLITIQUE NATIONALE AVEC LES STRATEGIES DES DIFFERENTS OPERATEURS DE L'ETAT

La stratégie nationale de santé fixe des priorités et détermine les réponses les plus efficaces et les plus efficaces à apporter aux problèmes de santé de la population. Chaque ministère dont l'action a un impact sur la santé, les collectivités territoriales et les grands opérateurs de santé de l'Etat, tous ont à mettre en œuvre, dans le cadre de leurs compétences, les dispositions de la stratégie nationale votée par le Parlement. Mais tous doivent aussi pouvoir se doter d'une stratégie plus large, dont les axes sont adaptés aux particularités des situations auxquelles ils ont à faire face. Là est le principe général qui conditionne les articulations nécessaires à construire entre toutes les autorités publiques agissant en faveur de la santé.

Au total, cette politique de santé à la fois nationale et poly-centrée est rendue solidaire par trois moyens :

- l'obligation pour tous de mettre en œuvre les priorités nationales ;
- un ensemble le plus complet possible de référentiels utiles à la déclinaison des priorités de la stratégie nationale, aux stratégies plus spécifiques adoptées par les différentes autorités publiques agissant en faveur de la santé et à la définition de leurs actions constantes ;
- le rendu compte par chaque autorité publique agissant en faveur de la santé de la stratégie conduite et de son action générale, dans son domaine de compétence, qu'il s'agisse de la mise en œuvre des priorités et objectifs de la stratégie nationale, de ses priorités et objectifs propres ou de sa gestion ordinaire.

7.1. *Un travail plus collectif des différentes autorités publiques compétentes dans le domaine de la santé, tout le long de l'élaboration de la stratégie nationale*

Recommandation n°41 : La stratégie nationale de santé, première composante de la politique nationale de santé, est préparée en associant tous les ministères concernés, les collectivités territoriales et les grands opérateurs de santé, à la définition des besoins, l'identification des problèmes de réponse à ces besoins, la conception des priorités et des objectifs.

Pour ce faire, le travail d'expertise préalable s'appuie sur les analyses établies par ces différentes autorités publiques dans le cadre de leurs compétences.

Les ARS peuvent être chargées de relayer les contributions des collectivités territoriales de leur région au déroulé de la démarche d'élaboration de la stratégie nationale de santé. Elles disposent pour cela d'un lieu de travail commun, les commissions de coordination des politiques prévues par la loi HPST sur la prévention et sur le médico-social.

Le guide méthodologique sur la préparation de la stratégie nationale exposera les modalités concrètes selon lesquelles ces différentes autorités publiques travailleront ensemble à chaque étape de la démarche de planification.

7.2. *Des autorités publiques responsables et agissant toutes en cohérence les unes avec les autres*

Recommandation n°42 : La stratégie nationale de santé, votée par le parlement, est à mettre en œuvre par toutes les politiques publiques conduites, dans le cadre de leurs compétences portant sur la santé, par les différents ministères compétents, par les collectivités territoriales, par tous les grands opérateurs de santé.

Au-delà de la stratégie nationale à mettre en œuvre, chaque autorité publique peut décider de priorités et d'objectifs supplémentaires répondant aux problèmes de santé auxquels elle est confrontée, dans le cadre de ses compétences. Ces priorités et objectifs, s'ajoutant à ceux fixés par la stratégie nationale de santé, ne sauraient être en opposition avec ces dispositions nationales, y compris dans leurs déclinaisons régionales au travers des PRS arrêtés par les directeurs généraux des ARS.

7.3. *Toute action publique en faveur de la santé doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation*

Recommandation n°43 : Chaque autorité publique agissant en faveur de la santé doit rendre compte de ses engagements et de leurs résultats, pour ce qui concerne la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé, ses priorités et objectifs propres et sa gestion ordinaire des questions de santé.

Ainsi, tous les ans, un rapport de suivi de la stratégie nationale de santé sera préparé, sous la coordination de la mission interministérielle de la stratégie en santé, pour être soumis au Parlement, à partir des informations en provenance de toute autorité publique ayant eu à conduire des actions pour la mettre en œuvre.

Tous les ans, toujours à partir des informations en provenance de toute autorité publique, l'IGAS sera chargée d'évaluer la mise en œuvre de un ou plusieurs plans nationaux de santé. Le résultat de cette évaluation sera intégré au rapport fait par le ministère pour être soumis au Parlement.

Proposition N° 18 correspondant à la recommandation 42

Texte de loi sur la cohérence globale des politiques de santé conduites par différentes autorités publiques

Toute autorité publique exerçant ses responsabilités dans le domaine de la santé peut se fixer des priorités et objectifs spécifiques s'ajoutant à ceux de la stratégie nationale de santé qu'elle se doit d'appliquer.

Ces priorités et objectifs spécifiques ne sauraient être en opposition avec les dispositions découlant de la stratégie nationale de santé.

IV. Récapitulatif des propositions

	Dispositions législatives	Autres dispositions
<p>Proposition N°1 <i>Texte de loi sur la définition du périmètre d'une politique nationale de santé</i></p>	<p>La politique nationale de santé a pour objet principal d'agir sur la santé de la population, afin de prévenir les risques de sa dégradation ou d'en corriger les effets sur la personne. Elle est constituée par des priorités, des objectifs et des actions. Elle a pour finalité d'améliorer la santé de la population tout en assurant l'efficacité des actions conduites. Ses effets sont utiles à la réussite des autres politiques publiques. Elle vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° Promouvoir l'égalité devant la santé ; 2° Préserver ou restaurer la capacité d'autonomie de chacun ; 3° Renforcer la protection de la santé face aux mutations des enjeux sanitaires. <p>La politique nationale de santé met en œuvre les moyens d'intervention suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et ses déterminants ; 2° La lutte contre les épidémies ; 3° La prévention des maladies, des traumatismes, des pertes d'autonomie ; 4° L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ; 5° La promotion de la santé ; 6° Le développement de la qualité et de la sécurité des soins et des produits de santé ; 	

	<p>7° L'organisation du système de santé et de sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et de la perte d'autonomie des personnes, en établissement comme en ambulatoire ;</p> <p>8° Le financement optimal des activités de santé et des actions en faveur de la santé ;</p> <p>9° Le développement de la recherche et des formations dans le domaine de la santé.</p> <p>La politique nationale de santé est soutenue par toute politique publique ayant des impacts sur la santé. Ceux-ci doivent être appréciés au moment de leur conception.</p> <p>La promotion globale de la santé de la population est assurée par la politique nationale de santé et par toute autre politique publique ayant des impacts sur la santé.</p>	
<p>Proposition N°2 <i>Texte de loi définissant l'architecture de la politique nationale de santé</i> (correspondant aux recommandations 1 à 16)</p>	<p>La politique nationale de santé telle que définie à l'article...est constituée de deux composantes liées entre elles, chacune comportant des objectifs de résultat :</p> <p>1° Une stratégie nationale de santé constituée d'un nombre défini de priorités, déclinées en quelques objectifs engageant la mise en œuvre de moyens d'intervention choisis parmi ceux qui sont énumérés à l'article ...Elle prévoit les moyens qui seront mobilisés à son service au travers des lois annuelles de financement de la sécurité sociale et des lois de finances ;</p> <p>2° Des plans nationaux de santé qui, pour une pathologie donnée, un déterminant de la santé ou une population, définissent les objectifs opérationnels assurant les modes de prévention, de prise en charge et d'organisation pour les soins et l'accompagnement médico-social les plus efficaces et les plus efficaces, relevant des différents moyens d'intervention énumérés à l'article.... ;</p> <p>La stratégie nationale de santé fait l'objet d'une loi de programmation votée pour quatre ans, par le Parlement. Le résultat de sa mise en œuvre fait l'objet d'un rapport annuel au Parlement qui accompagne les projets de lois de financement.</p>	

	<p>A la suite de ce rapport, le Gouvernement peut prendre, dans le cadre des projets de lois de financement, des dispositions tenant compte de modifications de la stratégie nationale de santé rendues nécessaires par le constat de situations de santé imprévues ou pour compléter les dispositions prises en fonction des évaluations réalisées.</p> <p>Les plans nationaux de santé sont arrêtés par le ou les ministres compétents. Chaque année la mise en œuvre de l'un ou plusieurs d'entre eux fait l'objet d'un bilan, qui complète le rapport annuel de suivi de la stratégie nationale de santé soumis au Parlement.</p>	
<p>Proposition N° 3</p> <p><i>Texte de loi modifiant le contenu des annexes du PLFSS</i></p> <p>(Amendement à la loi organique du 2 Août 2005)</p> <p>(correspondant à la recommandation 8)</p>	<p>Le 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale est supprimée.</p> <p>Au 7° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, les mots « et analysant l'évolution, au regard des besoins de santé publique, des soins financés au titre de cet objectif » sont supprimés.</p> <p>Au V de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale est rajouté un 4° rédigé ainsi « Un rapport du ministre de la santé présentant le bilan de la mise en œuvre de la politique nationale de santé, les objectifs programmés en conséquence dans tous les domaines d'intervention en faveur de la santé, les indicateurs de résultats correspondant aux objectifs fixés pour l'année à venir. Ce rapport est accompagné de l'évaluation de plans nationaux de santé réalisée chaque année par l'Inspection générale des affaires sociales.».</p>	
<p>Proposition N° 4</p> <p><i>Développer l'emploi des études coûts/résultats d'origine diverse. Organiser un programme de recherche sur les prises en charge offrant le meilleur rapport coût/résultats</i></p>		<p>Il est nécessaire de s'appuyer sur les diverses études et expertises, notamment issues de la littérature internationale, portant sur les coûts/résultats dans le domaine des prises en charge en santé</p> <p>Sur le modèle du PHRC, le ministère de la santé devrait pouvoir engager un</p>

(correspondant à la recommandation 10)		programme de recherche en santé publique, avec le concours de la HAS et de l'ANESM, pour développer les recherches sur les prises en charge des problèmes de santé offrant le meilleur rapport coût/résultats.
<p>Proposition N° 5</p> <p><i>Constituer un tableau de bord national de santé</i></p> <p>(correspondant à la recommandation 17)</p>		<p><i>Un tableau de bord national de santé</i> devra réunir un ensemble d'indicateurs de suivi de la santé de la population permettant de situer, le plus largement possible, l'état de santé de la population par rapport à des indicateurs de référence fixés après avis du HCSP.</p>
<p>Proposition N° 6</p> <p><i>Lancer une mission IGAS-IGF sur les marges de manœuvre des ARS</i></p> <p>(correspondant aux recommandations 18 à 20)</p>		<p>Lancer une mission conjointe IGAS-IGF sur les modalités de gestion d'enveloppes qui permettraient aux ARS de disposer de marges de manœuvre réelles leur permettant de soutenir les priorités s'ajoutant à celles qu'elles auront à mettre en œuvre, relevant de la stratégie nationale de santé.</p>
<p>Proposition N° 7</p> <p><i>Texte de loi créant un collège d'expertise en santé</i></p> <p>(Amendement à la loi organique du 15 avril 2009)</p>	<p>Est créé un collège sur la santé présidé par un magistrat de la Cour des comptes. Il a pour mission de donner un avis annuel sur la cohérence entre d'un côté les dispositions de la politique nationale et les résultats de sa mise en œuvre et, d'un autre côté, les mesures de la loi de finances et de la loi de financement de la sécurité sociale. Ce collège est constitué d'experts dans le domaine de la santé nommés dans des conditions fixées par décret. Un représentant de l'Inspection générale des affaires sociales en assure la vice-présidence Un représentant du</p>	

(correspondant à la recommandation 22)	haut conseil de santé publique siège de droit au sein du collège. Le Parlement prend connaissance de l'avis du collège sur la santé lors de l'examen annuel des projets de loi de finances et de loi de financement de l'assurance maladie.	
Proposition N° 8 <i>Etudier la faisabilité d'une loi annuelle de financement de la santé</i> (correspondant à la recommandation 21)		Etudier la faisabilité d'une loi de financement de la santé, annuelle, unique, regroupant le PLF et le PLFSS pour les moyens de financement de la santé.
Proposition N° 9 <i>Etablir des programmes d'actions pluriannuels pour préparer et mettre en œuvre la politique nationale de santé</i> (correspondant à la recommandation 23)		Des programmes d'actions pluriannuels, chargés de préparer de mettre en œuvre la politique nationale de santé, pour ce qui concerne les initiatives à prendre à l'échelle nationale, sont établis par les services des ministères compétents. Ils peuvent être arrêtés par plusieurs ministres, en fonction de leur contenu. Ils sont portés à la connaissance des partenaires de l'Etat concernés par la préparation et la mise en œuvre de la politique nationale de santé
Proposition N° 10 <i>Définir un guide sur la méthode d'élaboration de la politique nationale de santé</i>		Définir un guide sur la méthode d'élaboration de la politique nationale de santé

(correspondant à la recommandation 24)		
<p>Proposition N° 11</p> <p><i>Organiser le travail de maintenance et de capitalisation des plans nationaux de santé</i></p> <p>(correspondant à la recommandation 25)</p>		<p>Le travail de maintenance des plans doit être assuré par la direction d'administration centrale ou l'opérateur de l'Etat dans le domaine de la santé qui aura piloté leur réalisation.</p> <p>Un service dédié à cette mission de définition de la politique de santé doit veiller à ce que ces activités de maintenance soient bien engagées et doit suivre leur bonne exécution. Ce même service devra avoir pour mission de travailler à la capitalisation nécessaire des différents plans.</p>
<p>Proposition N° 12</p> <p><i>Organiser un débat public</i></p> <p>(correspondant aux recommandations 26 à 28)</p>		<p>- Tous les 5 ans sur la politique nationale de santé</p> <p>Ce débat s'organise à partir de « sommets » régionaux consolidés au niveau national.</p> <p>Il est préalable à la définition du projet de loi quadriennal sur la stratégie nationale de santé.</p> <p>Ces « sommets » régionaux sont organisés selon une méthode définie par le ministre de la santé.</p> <p>La consolidation nationale, préparée</p>

		<p>par le ministre de la santé, avec l'appui de la Conférence nationale de santé, fait l'objet d'une restitution publique sous l'égide du premier ministre. Elle donne lieu à un rapport joint au projet de loi quadriennal sur la stratégie nationale de santé déposé au Parlement.</p> <p>- Tous les deux ans sur une thématique de santé</p> <p>Tous les deux ans, le ministre de la santé demande aux CRSA d'organiser, selon une méthode définie au niveau national, des débats publics sur une question de santé. Une synthèse nationale sera établie, avec l'appui de la Conférence nationale de santé.</p>
<p>Proposition N° 13 : Texte de loi créant un conseil en santé (correspondant à la recommandation 31)</p>	<p>Est mis en place un conseil en santé chargé de donner un avis sur la stratégie nationale de santé et sur les plans nationaux. Ce conseil en santé est tenu informé du suivi et de l'évaluation de la stratégie nationale de santé et des plans nationaux de santé.</p> <p>Il est constitué d'une section permanente et de sections thématiques.</p> <p>La composition de la section permanente est fixée par décret. Elle comprend des représentants des parlementaires, des partenaires sociaux, des gestionnaires de services et d'établissement, des professionnels de santé, des usagers, des organismes de protection sociale et de l'Etat.</p> <p>Les sections thématiques sont constituées d'experts et de représentants d'un domaine faisant l'objet d'un plan national de santé. Elles sont réunies auprès de</p>	

	la section permanente sur le point d'ordre du jour qui les concerne Leur composition est fixée par le ministre compétent pour le plan national de santé concerné.	
<p>Proposition N° 14 :</p> <p><i>Texte de loi modifiant la mission et la composition de la Conférence nationale de santé</i></p> <p>(correspondant à la recommandation 29)</p>	<p>A l'article L. 1411-3 du code de la santé publique,</p> <p>1° La phrase « Elle est consultée par le Gouvernement lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de la politique de santé publique mentionnées à l'article L.1411-2. » est remplacée par la phrase « Elle donne au Gouvernement un avis sur les problématiques de santé mises en évidence par les travaux des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie.» ;</p> <p>2° La phrase « Elle formule des avis et propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre.» est supprimée.</p>	
<p>Proposition N° 15 :</p> <p><i>Texte de loi créant un conseil national de l'autonomie regroupant le CNCPH, le CNRPA et la section sociale du CNOSS</i></p> <p>(correspondant à la recommandation 30)</p>	<p>Est mis en place un conseil national de l'autonomie, regroupant le conseil national consultatif des personnes handicapées, le conseil national des retraités et des personnes âgées, la section sociale du conseil national de l'organisation sanitaire et social. Ce conseil est constitué de deux sections, l'une consacrée aux personnes handicapées, l'autre aux personnes âgées. Il est chargé de donner un avis sur les aspects de la politique nationale de santé et les projets de textes réglementaires concernant les personnes handicapées et les personnes handicapées.</p> <p>Sa composition est fixée par décret.</p>	
<p>Proposition N° 16</p> <p><i>Texte de loi sur le pilotage décisionnel de la politique nationale de santé</i></p> <p>(correspondant aux recommandations 35 et 36)</p>	<p>Le conseil national de pilotage mis en place par l'article L. 1433-1 du code de santé publique siège en formation élargie, selon une composition et avec des modalités de fonctionnement fixées par décret, afin d'examiner les conditions de préparation de la politique nationale de santé et les résultats de sa mise en œuvre. Il valide le projet de stratégie nationale de santé soumis au Gouvernement. Il est présidé par le Premier ministre. Le ministre chargé de la santé en est le vice-président.</p>	

<p>Proposition N° 17 <i>Constitution d'une mission de la stratégie en santé</i> (correspondant à la recommandation 37)</p>		<p>Est constituée une mission interministérielle de la stratégie en santé. Cette mission est rattachée, au sein du ministère de la santé, à et placée auprès du conseil national de pilotage élargi, afin de l'assister dans ses missions portant sur la préparation de la politique nationale de santé et sur le suivi et l'évaluation de sa mise en œuvre.</p>
<p>Proposition N° 18 <i>Texte de loi sur la cohérence globale des politiques de santé conduites par différentes autorités publiques</i> (correspondant à la recommandation 42)</p>	<p>Toute autorité publique exerçant ses responsabilités dans le domaine de la santé peut se fixer des priorités et objectifs spécifiques s'ajoutant à ceux de la stratégie nationale de santé qu'elle se doit d'appliquer.</p> <p>Ces priorités et objectifs spécifiques ne sauraient contredire les dispositions découlant de la stratégie nationale de santé.</p>	

Lettre de mission



Ministère de la Santé et des Sports

*Le Ministre du Travail, des relations sociales,
de la famille, de la solidarité et de la ville*

Le Ministre de la Santé et des sports

CAB 3 – Me.D. 10. 4395

Paris, le 21 MAI 2010

Monsieur,

La pertinence et l'efficacité de la politique nationale de santé dépendent, pour une large part, des conditions dans lesquelles elle est élaborée et fait l'objet d'une concertation auprès de l'ensemble des acteurs concernés.

Deux lois adoptées depuis 2004 ont notamment permis d'améliorer significativement ces conditions d'élaboration et de concertation.

La loi de santé publique du 9 août 2004, tout d'abord, en cohérence avec les dispositions de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, a mis en place des instances nationales répondant aux exigences de démocratie sanitaire et d'interministérialité. La conférence nationale de santé et le comité national de santé publique, ont en effet permis respectivement d'organiser la concertation dans le champ de la santé avec l'ensemble des acteurs concernés au sein de la société civile, et de fournir un cadre de travail adapté à la nature interministérielle des politiques de santé.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a, quant à elle, unifié, au sein des agences régionales de santé (ARS), les services de l'Etat et de l'Assurance chargés de la santé, et créé le conseil national de pilotage (CNP) des ARS, chargé d'animer leur réseau, d'assurer la cohérence des instructions qui leurs sont adressées, et de veiller à la cohérence des politiques qu'elles mettent en œuvre.

Dans la perspective de la préparation de la révision de la loi du 9 août 2004, il convient d'achever, sur la base d'un bilan critique, la mise en place d'une gouvernance pleinement satisfaisante de la politique nationale de santé. C'est l'objet de la mission que je souhaite vous confier.

Vous veillerez, conformément à la définition de la santé donnée par l'organisation mondiale de la santé, à prendre en compte l'ensemble des dimensions de la politique de santé (en incluant notamment la prévention, les soins et l'accompagnement). La promotion d'une approche globale et décloisonnée est, en effet, indispensable pour mener une politique de santé efficace et efficiente.

Monsieur Alain LOPEZ
Inspecteur général des affaires sociales
IGAS
39/41 quai André Citroën
75015 Paris

En premier lieu, vous étudierez les modalités actuelles d'élaboration de la politique nationale de santé, et vous ferez des recommandations permettant de la rendre plus cohérente, plus pertinente et plus efficace. Votre réflexion devra en particulier viser une meilleure articulation des acteurs nationaux appelés à concourir à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé, en particulier les directions et services concernés du ministère chargé de la santé, du ministère chargé des personnes âgées et des personnes handicapées, les régimes obligatoires d'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité et de l'autonomie. Vous analyserez selon quelles modalités concrètes la politique nationale de santé pourrait être formalisée.

Vos propositions devront également prendre pleinement en compte l'importance stratégique d'une approche interministérielle de la politique de santé.

En second lieu, vous ferez un bilan des différentes instances et modalités de concertation existant au niveau national et portant sur les politiques de santé. Vous formulerez des propositions visant à simplifier et à mieux mettre en cohérence ces instances et ces modalités, afin notamment de prendre en compte le contexte nouveau induit par la création des agences régionales de santé et des différentes instances régionales de concertation et de démocratie sanitaire.

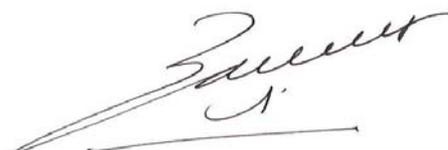
Pour mener à bien votre mission, vous bénéficierez du concours de l'ensemble des acteurs nationaux précités. Vous constituerez et présiderez un groupe de travail associant des représentants de chacun d'eux, ainsi que des représentants des agences régionales de santé. Vous veillerez en outre, bien sûr, à recueillir l'avis des principaux acteurs concernés au sein de la société civile.

Compte tenu du calendrier prévu pour l'élaboration du projet de loi révisant la loi de santé publique du 9 août 2004, je vous remercie de m'adresser votre rapport pour le 15 juillet prochain.

Nous vous prions de croire, monsieur, à l'expression de notre considération distinguée.



Eric WOERTH



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Sigles utilisés

- **AFSSA** : Agence française de sécurité des aliments
- **AFSSAPS** : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- **AFSSET** : Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
- **ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico sociaux
- **ANESM** : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- **ARS** : Agences régionales de santé
- **ATIH** : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- **CASA** : Comité d'animation du système d'agences
- **CNAMTS** : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- **CNCPH** : Comité national consultatif sur les personnes handicapées
- **CNRPA** : Comité national des retraités et des personnes âgées
- **CNS** : Conférence Nationale de Santé
- **CNSA** : Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie
- **CNSP** : Comité national de santé publique
- **CRSA** : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
- **DGCS** : Direction générale de la cohésion sociale
- **DGOS** : Direction générale de l'organisation des soins
- **DGS** : Direction générale de la santé
- **DREES** : Direction de la recherche, des études et de l'évaluation en santé
- **DSS** : Direction de la sécurité sociale
- **EFS** : Etablissement français du sang
- **EHESP** : Ecole des hautes études en santé publique
- **EPRUS** : Etablissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires
- **FNORS** : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
- **HAS** : Haute autorité de santé
- **HCAAM** : Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie
- **HCSP** : Haut Conseil de la santé publique
- **HPST** : Hôpital Patient Santé Territoire (Loi)
- **IGAS** : Inspection générale des affaires sociales
- **INCA** : Institut national du cancer
- **INPES** : Institut national de prévention et d'éducation à la santé
- **INVS** : Institut de veille sanitaire
- **IRSN** : Institut de radio protection et de sûreté nucléaire
- **LF** : Loi de finance
- **LFSS** : Loi de financement de la sécurité sociale
- **MSA** : Mutualité sociale agricole
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **PHRC** : Programme hospitalier de recherche clinique
- **PLF** : Projet de loi de finance
- **PLFSS** : Projet de loi de financement de la sécurité sociale
- **PNNS** : Plan national nutrition santé
- **PQE** : Programme de qualité et d'efficience « Maladie »
- **PRS** : Projet régional de santé
- **RGPP** : Révision générale des politiques publiques
- **SDO** : Schéma d'organisation départemental de la psychiatrie

- **SFE** : Société française d'évaluation
- **SFSP** : Société française de santé publique
- **SROS** : Schéma régional d'organisation sanitaire
- **UNCAM** : Union nationale des Caisses d'assurance maladie

Rapport sur les conditions d'élaboration et de mise en œuvre de la politique nationale de santé

ANNEXES VOLUME 2

Établi par

Alain LOPEZ

Membre de l'Igas

**Rapport sur les conditions d'élaboration
et de mise en œuvre de la politique
nationale de santé**

*Fait à la demande du Ministre du travail, des relations sociales, de la
famille, de la solidarité et de la ville*

et

de la Ministre de la santé et des sports

Volume 2

Annexes

Alain LOPEZ
Membre de l'IGAS

21 Juillet 2010

ANNEXES

Ces annexes ont été établies à partir des contributions de la DGS, la DGCS, la DGOS la DSS.

SOMMAIRE

ANNEXES	5
Annexes I	9
1. Le passage d'une politique nationale de santé centrée sur le curatif à une approche globale de la santé toujours plus concertée	9
2. La forme actuelle de la politique nationale de santé en France	12
2.1. La définition de la politique nationale de santé	12
2.2. Les principes auxquels doit obéir la politique nationale de santé sont fixés par un rapport annexé à la loi	14
2.3. L'architecture de la politique nationale de santé	15
2.4. La méthode et le processus d'élaboration	16
2.5. Un exemple de politique nationale : le plan Cancer	17
3. Le dispositif d'expertise	20
3.1. Le haut conseil en santé publique (HCSP)	20
3.2. La Haute autorité de santé	21
3.3. Les agences sanitaires	21
3.4. Les sociétés savantes	21
3.5. Les personnalités qualifiées	21
3.6. L'expertise dans le domaine médicosocial	22
4. Le dispositif de concertation au niveau national	24
4.1. Le dispositif de concertation dans le domaine de la « santé publique » : La conférence nationale de santé (CNS)	24
4.2. Le dispositif de concertation dans le domaine de l'hôpital	25
4.3. Le dispositif de concertation dans le domaine du médico-social	26
5. Le pilotage national	28
5.1. L'organisation du pilotage de la politique nationale de santé au sein du ministère de la santé	28
5.2. Le pilotage par le ministère de la santé des opérateurs de santé et leur mode d'association à la préparation et à la définition de la politique nationale de santé	29
5.3. La coordination interministérielle : le comité national de santé publique (CNSP)	30
6. Les expériences étrangères	31
6.1. Le concept de priorité	31
6.2. La nature des priorités	31
6.3. La durée de validité de la politique de santé	33
6.4. Le véhicule retenu pour fixer la politique de santé	33
6.5. La concertation	33
6.6. Le pilotage	33
6.7. L'articulation national/régional	34
6.8. Dans le champ médicosocial	34
7. L'articulation de la politique nationale française avec les recommandations européennes	36
Annexes II	39
1. La composition du groupe de travail et de l'équipe projet	39
1.1. L'équipe projet	39
1.2. Le groupe de travail	39
2. Les personnes rencontrées	40
3. Les sigles utilisés	43

Annexes I

1. LE PASSAGE D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTE CENTREE SUR LE CURATIF A UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTE TOUJOURS PLUS CONCERTEE

➤ *Une approche de la santé centrée sur le curatif, issue du modèle biomédical, domine jusqu'au milieu des années 70*

Cette approche centrée sur le curatif, fait suite au courant hygiéniste du début du XXème siècle. Le rôle de l'Etat consiste surtout à mieux organiser l'offre de soins.

La loi de 1970 instaurant notamment la carte hospitalière est le point d'orgue de cette vision de la politique de santé centrée sur le curatif. Conscient de la nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses de santé, l'Etat renforce ses moyens de régulation en agissant sur l'organisation et la planification de l'offre de soins.

➤ *Une approche de la santé plus équilibrée avec la loi de 1975 sur les personnes handicapées*

La loi de 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées est un des premiers textes à proposer une politique intégrée dans un champ qui n'est plus celui du soin exclusivement. Ce texte fondateur remplace le terme d'assistance par celui de « *solidarité - obligation nationale* ».

Cette loi fixe le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics en développant une approche populationnelle. Elle met l'accent sur l'importance de la prévention et du dépistage des handicaps, instaure l'obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés. Par la création de prestations spécifiques et des Commissions départementales de reconnaissance des droits (COTOREP et CDES), elle améliore la situation des personnes handicapées en leur donnant les moyens de leur réinsertion sociale.

Si elle pose le principe de l'accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et affirme la nécessité du maintien des personnes dans un cadre ordinaire de travail et de vie, la politique ainsi mise en œuvre apporte surtout des réponses bien spécifiques à la population concernée.

Dans les années 1980, les travaux de WOOD modifieront l'approche et orienteront les lois futures : le handicap est une restriction de la participation sociale résultant de l'interaction entre une limitation d'activité (incapacité) liée à un problème de santé (déficience) et des obstacles environnementaux.

En mai 2001, l'OMS adoptera **la CIF**, classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, classification distincte de la classification internationale des maladies (CIM).

➤ *La promotion d'une approche globale de la santé à partir des années 80*

A partir des années 80, certains chercheurs, professionnels et administrateurs de la santé, vont défendre l'intérêt d'une approche globale des questions de santé. La charte d'Ottawa, adoptée en 1986, sert de manifeste à ce courant. Elle reconnaît, au travers du concept de

promotion de la santé, l'importance des déterminants de la santé qui, pour une bonne part, se situent en dehors du système de soins, relèvent de bien des domaines de l'action publique.

Dans la même période, la contrainte économique se renforce obligeant à faire évoluer les modes de financement des hôpitaux et les questions de qualité et de sécurité sanitaires suscitent des attentes plus fortes de la part de la population.

Au début des années 90, le Haut comité de la santé publique (HCSP) publie ainsi plusieurs rapports importants qui proposent un cadre global et intersectoriel de réflexion, font le point sur la santé des français, discutent de principes et valeurs susceptibles de sous-tendre l'action publique, proposent des objectifs et sélectionnent diverses priorités.

Les ordonnances d'avril 1996 réforment l'administration du système de soins (création des agences régionales d'hospitalisation (ARH), créent l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des instances de concertation : conférence nationale et régionales de santé.

➤ ***Le développement des démarches de planification à partir des années 90***

Les premiers outils de planification voient le jour en 1986 avec les schémas départementaux de l'organisation de la psychiatrie (SDO) et les schémas régionaux d'organisation sanitaires (SROS) en 1991.

Sur la base notamment des travaux du HCSP, des plans ou programmes nationaux de santé sont préparés sur les priorités que l'administration se fixe. Il y a, depuis le milieu des années 90, une quarantaine de plans ou programmes nationaux « actifs ». Ils portent sur des pathologies, des déterminants de santé, des populations ou sur des questions diverses en santé publique. Les méthodes d'élaboration sont diverses. Ils comportent le plus souvent des « axes » ou des mesures en matière de prévention, dépistage, prise en charge, recherche, et formation. Ils amorcent dès les années 90 des coopérations interministérielles autour de certaines questions de santé. Ils constituent des instruments importants en créant des dynamiques sur une question. Ils sont cependant reconnus assez faibles quant au suivi de leur mise en œuvre et à l'évaluation *ex post*.

En 1996 et 1997, un processus de détermination des priorités régionales de santé et d'élaboration de programmes régionaux de santé prend appui sur les constats du rapport du rapport du HCSP de 1994 qui présente alors les différentiels d'état de santé entre les régions.

La loi organique de 1996 a également imposé la présentation, en annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale, d'un rapport « *présentant les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale* ». Ces orientations devaient être approuvées par loi elle-même. « *L'application décevante et formelle de ces dispositions, et notamment le renvoi régulier du débat sur le rapport annexé à l'article premier du projet de loi en fin de discussion parlementaire, ont conduit à l'abrogation de ces dispositions par la loi organique de 2005.* » (D. Tabuteau, déjà cité).

➤ ***La formalisation d'une politique nationale de santé au début des années 2000***

En mars 2001, Bernard Kouchner, devant la conférence nationale de santé, propose 6 axes prioritaires de santé publique, qui seront à l'origine notamment de plusieurs plans

nationaux¹. Il décrit également un processus d'élaboration d'une politique nationale de santé, partie intégrante du développement de la démocratie sanitaire, qui sera votée dans la loi sur les droits des malades de 2002. Il s'agit d'organiser un débat parlementaire autour des priorités de santé au printemps et de laisser à l'automne le débat budgétaire discuter des moyens à mobiliser pour les atteindre. Ce dernier texte a introduit également une définition de la prévention dans le code de la santé publique et créé l'Institut national de la prévention et de l'éducation à la santé (INPES). Il appelle enfin à une nouvelle étape dans le développement de la sécurité sanitaire.

En effet, parallèlement à la structuration progressive de la politique de santé de « long terme », les crises sanitaires des années 80 ont introduit un nouveau rythme et des nouvelles contraintes pour l'action publique. Depuis les lois de 1993 et de 1998, jusqu'à la loi HPST les pouvoirs publics n'ont eu de cesse de mieux organiser la veille et la sécurité sanitaire, par la création et le renforcement notamment du réseau des agences sanitaires.

➤ *Une nouvelle approche de la politique médicosociale :*

- La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale en définit les modalités et les principes (Art. L. 116-1, L. 116-2, L. 311-1)

L'action sociale et médico-sociale doit promouvoir dans un cadre interministériel l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, prévenir les exclusions et en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables en situation de précarité ou de pauvreté.....

Cette action est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains, avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux en leur garantissant un accès équitable sur tout le territoire.

Les missions de l'action sociale et médico-sociale, définies par l'article L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) sont multiples :

- 1° Evaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux ;
- 2° Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;
- 3° Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état, ainsi qu'à son âge ;
- 4° Actions d'intégration scolaire, de réadaptation, d'insertion sociale et professionnelle, d'aide à la vie active, de conseil sur les aides techniques ;
- 5° Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;
- 6° Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique...

¹ La lutte contre les pathologies chroniques, la lutte contre les pathologies infectieuses, la lutte contre les maladies émergentes ou orphelines, la lutte contre les pratiques addictives, des programmes d'actions spécifiques (essentiellement populationnels) et des actions d'intérêt général (relatives par exemple à la nutrition, à la fin de vie etc.).

- La loi du 11 février 2005 :

Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, elle pose en principe que l'accès au droit commun dans tous les domaines – santé, école, travail, loisirs – doit être la règle pour toute personne en perte d'autonomie, les réponses spécifiques n'étant mises en œuvre que si elles sont nécessaires pour compenser le handicap quelle qu'en soit la cause.

Le principe du libre choix de vie des personnes handicapées est clairement affirmé, tout comme le Plan Solidarité Grand Age de 2006 le fait pour les personnes âgées.

Une différence existe cependant avec le secteur sanitaire : les besoins en matière médicosociale étant loin d'être satisfaits, cette période voit des places se créer, en établissements et services, pour les personnes âgées et handicapées, les efforts de coordination et les progrès médicaux et technologiques ne suffisant pas en ces domaines à répondre aux carences existantes.

➤ ***Le développement de la démocratie sanitaire***

La démocratie sanitaire s'est affirmée depuis une dizaine d'années, avec les Etats généraux de la santé de 1999, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui renouvelle notamment la gouvernance du système de santé. Reconnue par les textes de lois, la démocratie sanitaire² est aujourd'hui confrontée à la réalité de sa mise en œuvre, de manière à assurer la participation et implication effectives des parties concernées aux processus de définition de la politique de santé.

A l'été 2002, l'annonce des chantiers présidentiels (sécurité routière, handicap, cancer) constitue un nouveau mode de définition des priorités de santé. Elle donne une impulsion majeure sur ces thématiques mais interroge la stabilité du processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé, notamment en ce qui concerne la concertation.

2. LA FORME ACTUELLE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE EN FRANCE

La politique nationale de santé se détermine au travers de plusieurs lois qui traitent d'objectifs qui tous s'additionnent :

- la loi du 9 Août 2004 qui fixe un certain nombre de priorités et une centaine d'objectifs,
- la loi annuelle de financement de la sécurité sociale.

2.1. La définition de la politique nationale de santé

Principalement issu de la loi d'août 2004, le chapitre 1er du livre IV du code de la santé publique est intitulé : « politique de santé publique ». Il s'ouvre sur l'article L1411-1. Celui-ci indique que c'est la Nation (la représentation nationale) qui définit *sa* politique de santé selon des objectifs pluriannuels. Le texte emploie tantôt le terme de politique de santé, tantôt celui de politique de santé publique.

² La « démocratie sanitaire » est comprise comme l'implication collective des parties prenantes (professionnels, usagers, partenaires sociaux, élus...) dans tous les espaces de santé, notamment en faveur de la promotion et de la réalisation des droits des usagers. Elle permet la participation des parties prenantes à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la décision publique en santé. Elle implique plus particulièrement d'organiser la représentation des usagers pour promouvoir leur expression. La démocratie sanitaire est complémentaire de la démocratie politique et de la démocratie sociale.

L'Etat est responsable de l'élaboration de ces objectifs et des moyens (plans, actions, programmes) mis en œuvre pour les atteindre. Il est aussi responsable de l'évaluation de cette politique.

Dans le même article sont énumérés les champs concernés par la politique de santé *publique*:

- La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ; la lutte contre les épidémies ; la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ; l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ; l'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ; la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire (on constate que les inégalités de santé sont ici envisagées selon une approche territoriale plutôt que sociale).
- Mais aussi, la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ; l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ; la démographie des professions de santé. Ces trois derniers champs montrent que le législateur de 2004 considérait l'organisation sanitaire comme partie intégrante de la politique de santé *publique*. Cependant, dans le rapport annexé à la loi, sont clairement exclues de cette politique « l'action médicale et les soins » quand ils entrent dans le cadre de pratiques individuelles.³
- Enfin, l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer constituent un autre domaine de la politique de santé publique qui appelle des réponses situées également, voire principalement, en dehors du champ habituel des grandes directions d'administration centrale sanitaires et sociales.

Dans le rapport annexé à la loi de 2004, il est en outre précisé que « *la politique de santé publique est le principal instrument dont se dote la Nation afin d'orienter et d'organiser son effort pour protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population, ou de groupes ayant des traits communs, en s'attachant à corriger les inégalités (...). La politique de santé publique concerne les aspects populationnels de l'état de santé. Elle traite des déterminants dans l'environnement physique, social, économique et culturel qui contribuent à créer des conditions favorables pour améliorer l'état de santé, pour prévenir la survenue ou l'aggravation des maladies, pour réduire leurs conséquences sur les capacités fonctionnelles, l'activité et la qualité de vie des personnes touchées par la maladie. Elle incite les individus à faire eux-mêmes des efforts pour maîtriser et améliorer leur propre santé. L'approche populationnelle concerne aussi les caractéristiques des structures et de l'organisation qui facilitent l'accès aux services rendus par les professionnels de santé et qui conditionnent leur efficacité.* »

³ L'élaboration de la politique de santé publique nécessite de distinguer deux niveaux dans l'approche de la santé : celui des personnes et celui de la population. Ces deux niveaux ne doivent pas être opposés. Ils sont complémentaires et doivent être soigneusement articulés.

2.2. Les principes auxquels doit obéir la politique nationale de santé sont fixés par un rapport annexé à la loi

Le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique invite explicitement à « se référer pour la définition d'objectifs et pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans stratégiques de santé publique » aux principes de la politique nationale de santé suivants :

Principe de connaissance : les objectifs sont définis et les actions sont choisies en tenant compte des meilleures connaissances disponibles ; réciproquement, la production de connaissances doit répondre aux besoins d'informations nécessaires pour éclairer les décisions.

Principe de réduction des inégalités : la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques.

Principe de parité : la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les spécificités de la santé des hommes et de la santé des femmes.

Principe de protection de la jeunesse : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte l'amélioration de la santé des nourrissons, des enfants et des adolescents.

Principe de précocité : la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent privilégier les actions les plus précoces possibles sur les déterminants de la santé pour éviter la survenue ou l'aggravation de leurs conséquences.

Principe d'efficacité économique : le choix des actions et des stratégies qu'elles composent s'appuie sur l'analyse préalable de leur efficacité et des ressources nécessaires.

Principe d'intersectorialité : les stratégies d'action coordonnent autant que nécessaire les interventions de l'ensemble des secteurs concernés pour atteindre un objectif défini.

Principe de concertation : la discussion des objectifs et l'élaboration des plans de santé publique doivent comporter une concertation avec les professionnels de santé, les acteurs économiques et le milieu associatif

Principe d'évaluation : les objectifs de santé et les plans stratégiques doivent comporter dès leur conception les éléments qui permettront de faire l'évaluation des actions menées.

2.3. *L'architecture de la politique nationale de santé*

➤ *La loi du 9 Août 2004 : quelques priorités et cent objectifs*

- Les priorités.

La loi de 2004 elle-même ne précise pas de priorité en dehors de celle mentionnée à l'article L.1411-1-1. : « *l'accès à la prévention et aux soins des publics fragilisés* »⁴.

Le rapport annexé précise toutefois que « *pour certains problèmes de santé, notamment ceux pour lesquels il y a nécessité de coordonner les actions d'intervenants multiples sur plusieurs années, la politique de santé publique définit des plans stratégiques pluriannuels organisant des ensembles d'actions et de programmes cohérents.* » A ce titre ont été retenus les plans suivants :

- cancer,
- violence-comportements à risque et conduites addictives (qui n'a jamais vu le jour en tant que tel malgré d'importants travaux préparatoires),
- santé environnement,
- qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques,
- prise en charge des maladies rares.

En l'absence de priorités plus précisément définies, les thématiques de ces plans ont été considérées, de fait, comme les priorités de santé publique pour la période 2004-2008.

- Les objectifs

L'article L.1411-2 précise que c'est par voie législative que doivent être définis tous les 5 ans les objectifs de la politique de santé *publique*.

Le rapport annexé précise que « *la politique de santé publique définit, pour un ensemble de problèmes de santé (pathologies et/ou déterminants), des objectifs de santé quantifiés susceptibles d'être atteints dans la population, ou dans des groupes spécifiques ayant des traits communs, à une échéance pluriannuelle (cinq ans).* »

« *Les objectifs quantifiés adoptés par la représentation nationale ont une valeur d'engagement : celui d'un résultat, en termes de santé, jugé atteignable compte tenu des connaissances et des moyens disponibles. Ces objectifs valent pour tous les acteurs du système de santé : l'organisation des soins devra les prendre en compte, de même que les discussions conventionnelles entre les professions de santé et les organismes de protection sociale. Les différentes politiques publiques devront y faire référence si elles ont des impacts sanitaires prévisibles.* » Ce paragraphe du rapport annexé confirme bien le lien entre la politique de santé publique et l'organisation des soins (cf. surpa). Il introduit également les concepts d'études d'impact sur la santé.

⁴ La loi HPST a introduit une seconde priorité explicite de la politique de santé publique (art L. 3231-1): la prévention de l'obésité et du surpoids. Le même texte fait aussi mention (art. L4133-1) de « priorités de santé publique » à prendre en compte dans le développement professionnel continu.

Le rapport annexé identifie finalement 100 objectifs auxquels correspondent des « *indicateurs spécifiques permettant de mesurer et suivre les résultats obtenus. L'évaluation de l'atteinte des objectifs quantifiés contribue à l'évaluation de la performance du système de santé, et plus généralement à l'évaluation des politiques publiques qui ont un impact sur la santé de la population.* »

Le suivi de la mise en œuvre de la loi et des programmes de santé doit être réalisé chaque année. L'évaluation de la loi est effectuée après 5 ans. Il était prévu un office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Celui-ci a été dissous.

➤ *La loi annuelle de financement de la sécurité sociale (LFSS)*

Votée tous les ans en Automne par le Parlement, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) fixe des objectifs de dépense pour l'assurance maladie et des prévisions de recette. L'exposé des motifs de la loi organique du 2 Août 2005 souligne que, pour le Gouvernement, le projet de LFSS constitue, au travers de sa construction, de sa présentation au Parlement et de sa mise en œuvre, « *le vecteur essentiel de sa politique en matière de sécurité sociale* ».

La LFSS est accompagnée de plusieurs annexes.

La première annexe établit « *pour les années à venir, les programmes de qualité et d'efficacité relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale ; ces programmes comportent un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, une représentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et, le cas échéant, lors de l'année en cours.*»⁵.

La septième annexe analyse « *l'évolution, au regard des besoins de santé publique, des soins financés au titre de cet objectif* » national de dépense. En fait, cette annexe suit les dépenses liées aux différents plans nationaux mis en œuvre.

➤ *Les plans nationaux*

Le rapport annexé à la loi de 2004 apporte un éclairage sur le processus de planification à mettre en place pour atteindre les différents objectifs inventoriés. Il précise ce que doit être un plan national et définit le principe de sa déclinaison régionale.

2.4. La méthode et le processus d'élaboration

➤ *Le processus d'élaboration des objectifs défini par la loi du 9 Août 2004*

Le Haut conseil de santé publique (HCSP) établit un rapport sur l'état et les déterminants de la santé de la population. Il comporte un état des lieux particulier concernant les inégalités socioprofessionnelles et les disparités géographiques de santé. Le rapport du HCSP permet au Gouvernement de préciser les objectifs de la politique et les principaux plans d'action à mettre en œuvre.

⁵ II de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale.

➤ *La méthode d'élaboration des plans nationaux*

Le rapport annexé à la loi apporte un éclairage sur le processus de planification à mettre en place pour atteindre les objectifs:

« Chaque plan spécifie sur la période de temps considérée la relation entre les objectifs quantifiés à atteindre et les actions à mettre en œuvre. Il définit les actions et les programmes qui doivent être entrepris et leurs modalités de mise en œuvre pour atteindre un ensemble d'objectifs. (...) Les objectifs et les plans stratégiques définis au niveau national sont déclinés au niveau régional ou à un niveau territorial approprié en fonction des caractéristiques spécifiques du problème de santé concerné, de ses déterminants, ou des conditions de mise en œuvre des actions. Les plans nationaux et régionaux font l'objet d'une évaluation explicite de la mise en œuvre des actions programmées et des résultats effectivement obtenus. »

2.5. Un exemple de politique nationale : le plan Cancer

Au travers de l'exemple des différents plans cancer, et notamment du plan stratégique 2004-2008, il est possible de décrire les mécanismes actuels d'élaboration, de suivi et d'évaluation de tels instruments de programmation et d'en dégager les forces et faiblesses, mises en lumière notamment par les évaluations conduites par le HCSP et la Cour des comptes.

*
* *

➤ *Le cancer, un problème de santé considéré comme étant une priorité*

A la fin des années 1990, le cancer est en passe de devenir la première cause de mortalité devant les maladies cardiovasculaires. Il constitue déjà la première cause de mortalité évitable. Dès lors, des mesures sont décidées pour mieux organiser les soins au niveau régional (circulaire 1998), renforcer le rôle des réseaux de soins, favoriser le dépistage par une prise en charge à 100% des actes réalisés dans le cadre de programmes de dépistage organisés. Des Etats Généraux des malades du cancer organisés en novembre 1998 par la Ligue Nationale contre le cancer font ressortir le besoin d'un ensemble d'actions coordonnées.

C'est dans ce contexte qu'est annoncé le programme cancer 2000-2005 qui comportent 26 mesures regroupées en 5 axes :

- renforcer la prévention ;
- généraliser le dépistage de certains cancers ;
- favoriser en permanence la qualité de la prise en charge ;
- améliorer les conditions de vie et garantir les droits de la personne malade ;
- coordonner les efforts de recherche.

Le programme est par contre très flou sur le financement des mesures.

➤ *La décision d'en faire une priorité est prise par le président de la république ; la loi votée par le Parlement reprend cette priorité*

Deux ans plus tard, le 14 juillet 2002, le Président de la République annonce trois chantiers particuliers pour le quinquennat : la sécurité routière, les personnes handicapées et le cancer. A partir de septembre 2002, une commission d'orientation, animée par la DGS, est

chargée de faire un point exhaustif sur la question du cancer en France. Le plan cancer 2003-2007 est ainsi présenté, le 24 mars 2003, sans fiche financière estimant les coûts. Les évaluations ont montré que de nombreuses consultations ont été menées durant les 6 mois dédiés à l'élaboration du plan mais aucune véritable concertation n'a été engagée au moment de l'écriture du plan.

Le nouveau plan affiche un objectif ambitieux : diminuer de 20% la mortalité par cancer en 5 ans. Il comporte 70 mesures et 200 actions, dans des domaines tels que : prévention, dépistage, soins, accompagnement social, formation, recherche. Il prévoit la création de l'INCA.

Il est intéressant de noter que 18 mois après son annonce, le plan cancer est repris en tant que plan stratégique dans le rapport annexé à la Loi relative à la politique de santé publique (08/2004) mais que, par contre, l'objectif de – 20% de mortalité n'est pas repris.

Le montant total des mesures nouvelles du plan représente 100 millions d'euros en 2003 ; il doit atteindre 640 millions d'euros en 2007.

- *Un plan dont la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation sont organisés avec plus ou moins de réussite*

Un dispositif spécifique de pilotage de la mise en œuvre est également prévu avec la mise en place d'une mission nationale de projet. Le suivi se veut national et régional mais les objectifs et les indicateurs sont pour la plupart à construire. Certains de ceux déjà existants posent des problèmes de rédaction.

Il est également prévu, dès 2003, que « *le plan cancer est assorti, dès son lancement, d'un dispositif d'évaluation de politique publique. Ce dispositif consiste à mesurer l'impact du plan en termes de santé publique, à évaluer la perception du plan par les patients et les professionnels, et enfin à analyser les évolutions conduites par le plan en matière culturelle et organisationnelle, notamment sur l'offre de soins. Le projet associera des spécialistes de l'organisation, de l'économie, de la sociologie et de la médecine. Il sera coordonné à son démarrage par la mission nationale de projet puis par l'Institut National du Cancer.* »

Faute d'indicateurs, d'objectifs et de tableau de bord (financiers et d'activités), le suivi et l'évaluation ne seront pas satisfaisants. En outre le rôle de coordination de l'évaluation confiée initialement à l'Inca interrogeait sur la capacité d'une telle instance, créée par le plan et chargée d'une partie de sa mise en œuvre, à avoir la distance nécessaire.

*
* *

- *Les enseignements de l'évaluation du plan cancer*

Le caractère emblématique du plan cancer, le montant théorique des financements qui lui étaient consacrés et la volonté politique de conduire un deuxième plan, ont finalement conduit à une multiplication des bilans et évaluations du plan 2003-2007. Ont ainsi été rédigés, avec des objectifs et périmètres certes différents :

- Un bilan des actions menées début 2008 (DGS)
- Un rapport thématique de Cour des Comptes en juin 2008

- Une évaluation par le HCSP. Le HCSP a conduit là sa première évaluation d'un grand plan de santé publique, avec le concours d'un cabinet extérieur et de l'IGAS (janvier 2009)
- Un rapport au Président de la République de recommandations pour le plan cancer 2009-2013 (Pr. Grünfeld – mars 2009).

L'évaluation par le HCSP a reposé sur une lettre de mission (9 janvier 2008) exprimant l'objectif « *d'évaluer l'impact du plan, afin de permettre de mesurer les avancées réalisées et de dégager les principales orientations du futur plan* ».

En résumé, l'évaluation a révélé les impacts suivants (en complément de l'évaluation de la Cour des comptes qui a analysé plus en détails les problèmes liés au financement) :

- Des contrastes mais des progrès indéniables ;
- Une impulsion initiale, donnant un cap, avec à l'appui des financements nouveaux ; mais il a été quasi-impossible de suivre les dépenses ;
- La création d'une agence dédiée à une pathologie dont les missions, initialement, n'avaient pas été bien calibrées ;
- Des sujets tels que les inégalités sociales de santé absents du plan.

L'évaluation renseigne aussi sur le processus de planification, en pointant :

- Un manque de concertation ;
- Des interrogations sur le rôle de certains acteurs ;
- Des objectifs mal rédigés, peu nombreux et qui « s'enchainent » mal ;
- Une absence de priorités ;
- Des problèmes majeurs de pilotage et « d'outillage » pour l'allocation des crédits, la mise en œuvre, le suivi, et l'évaluation ;
- Une faiblesse de la coordination interministérielle ;
- Des difficultés pour déployer le plan en régions.

En ce qui concerne l'évaluation elle-même :

- Le HCSP a réalisé une « *méta-évaluation* »
- Il s'est agi d'un processus très lourd, en partie du fait de l'absence de préparation et de suivi : 10 axes, beaucoup de questions évaluatives, un comité d'évaluation, une équipe projet, dix équipes pour les axes, 1 an de travail, 500 pages etc.
- L'évaluation du HCSP et les différents travaux produits sur le sujet (cf. infra) interrogent là aussi l'efficacité de l'action publique ;
- Le commanditaire n'a pas piloté l'évaluation ;
- La dimension « recherche » n'a pas été évaluée du fait de difficultés d'accord entre l'agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) et le HCSP ;
- Des problèmes de moyens et de compétence se sont révélés (en économie, en santé-travail, environnement...);
- Les rédacteurs du plan 2 ont manqué de temps pour s'approprier l'ensemble des résultats de l'évaluation ;
- L'évaluation ne s'est pas appuyée sur une concertation organisée (absence d'association des bénéficiaires) ; il n'y a pas eu de communication des résultats et donc pas de processus d'apprentissage collectif déclenché par l'évaluation.

Malgré ces réserves, le plan cancer 2009-2013 a tiré partie de(s) l'évaluation(s) :

- On été prises en compte des orientations sur le fond issues des recommandations des l'évaluation (la question des inégalités de santé par exemple) ;
- Le processus de planification a été amélioré: pilotage des travaux et du plan, articulation avec les autres plans nationaux et avec les régions, dispositif de suivi etc.
- Les évaluations à mi parcours et en 2013 sont prévues y compris en ce qui concerne la partie recherche qui sera évaluée par l'AERES.

3. LE DISPOSITIF D'EXPERTISE

Lors de l'élaboration d'un plan de santé publique ou de tout autre élément concourant à la politique nationale de santé, le premier niveau d'expertise mobilisé est celui des sous-directions et bureaux au sein desquels on retrouve des professionnels de santé publique et des spécialistes de la thématique. Mais la complexité des questions soulevées, la multiplicité des champs à couvrir (observation, prévention, thérapeutique...) rend le plus souvent nécessaire le recours à des instances prévues par la loi ou aux agences sanitaires, ainsi qu'à la saisine de sociétés savantes, ou personnalités qualifiées.

3.1. *Le haut conseil en santé publique (HCSP)*

Jusqu'à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'expertise en santé publique relevait de deux instances : le Haut Comité de la santé publique et le Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Les articles L.1411-4 et L.1411-5 du code de la santé publique leur substituent une instance nationale d'expertise: le Haut Conseil de la santé publique (HCSP). La création de cette instance s'est inscrite dans une démarche de simplification et de lisibilité administratives visant à faciliter la mobilisation de l'expertise multidisciplinaire nécessaire à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la politique de santé publique.

Le HCSP est chargé d'assurer les missions d'expertise précédemment assurées par les deux instances susdites, en lien avec les agences sanitaires. Il contribue au processus d'élaboration des objectifs de santé publique et des plans stratégiques inscrits dans la loi et évalue leur réalisation. Il assure également une fonction d'aide à la décision des pouvoirs publics en matière d'évaluation et de gestion des risques sanitaires, incluant l'expertise de la politique vaccinale. Il exerce enfin une fonction de veille et de réflexion prospective sur les tendances épidémiologiques et les évolutions technologiques, culturelles, sociales ou environnementales propres à affecter l'état de la santé de la population et les possibilités d'intervention.

Le HCSP comprend un collège et des commissions spécialisées à laquelle peuvent être rattachés des comités techniques permanents. Le collège et les commissions spécialisées sont composés de membres de droit et de personnalités qualifiées. Le Haut Conseil dispose d'un secrétariat général qui assure l'organisation de ses travaux, ainsi que leur valorisation, en fonction des priorités définies par le collège. Ce secrétariat général est assuré par la direction générale de santé.

3.2. *La Haute autorité de santé*

L'article 41 de la LFSS 2008 a donné compétence à la HAS pour émettre des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces. Ces recommandations ont pour but d'établir des recommandations hiérarchisées en fonction de l'efficacité, sous la forme la plus opérationnelle possible (arbre décisionnel, chemin clinique...), afin d'en faciliter la lecture pour le médecin prescripteur.

Ainsi la HAS établit des recommandations sur les stratégies thérapeutiques les plus efficaces pour des pathologies fréquentes, notamment l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie ou l'ulcère gastrique. Elle produit également des référentiels médico-économiques pour les actes en série (notamment des masseurs kinésithérapeutes) et sur la durée des indemnités journalières pour certaines pathologies. Enfin, elle inclut désormais de manière plus prégnante la dimension médico-économique dans de nombreuses demandes, notamment dans le cadre de l'évaluation des dispositifs de dépistage.

3.3. *Les agences sanitaires*

Pour tenter de répondre à la complexification croissante des questions de santé publique, ainsi qu'à une attente forte de la part du public, issue notamment des crises sanitaires du début des années quatre-vingt-dix, les pouvoirs publics ont voulu renforcer l'expertise par la création d'agences nationales thématiques.

Actuellement au nombre de 10 (ABM, AFSSA, AFSSAPS, AFSSET, InVS, INPES, EFS, INCA, IRSN, EPRUS) les agences sont regroupées au sein du *comité d'animation du système d'agences (CASA)* auquel sont associés la HAS, le HCSP et l'INSERM.

3.4. *Les sociétés savantes*

Diverses sociétés savantes sont aussi mobilisées par les services du ministère lors de l'élaboration, du suivi ou de l'évaluation de tel ou tel élément de la politique nationale de santé publique. En dehors des sociétés savantes thématiques, la société française de santé publique (SFSP) et la société française d'évaluation (SFE) constituent des points d'appui particulièrement utiles. La première participe en permanence au débat sur les questions de santé publique. Elle apporte son soutien à de nombreux bureaux de la DGS pour l'élaboration ou le suivi de plans ou programmes nationaux. La seconde contribue, en lien avec le HCSP, à l'évaluation de certains plans ainsi qu'à l'élaboration et à la diffusion de bonnes pratiques en matière d'évaluation des politiques publiques.

La fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) est également un référent important pour développer et harmoniser l'expertise en termes d'observation de la santé sur l'ensemble du territoire.

3.5. *Les personnalités qualifiées*

Enfin, des personnalités qualifiées sont parfois sollicitées, en dehors des cadres institutionnels ou associatifs préalablement décrits, pour contribuer à la réflexion ou à l'élaboration de la politique nationale de santé.

3.6. *L'expertise dans le domaine médicosocial*

Elle s'appuie sur divers outils d'observation et quelques organismes d'études et de recherches spécialisés.

3.6.1. **L'observation sanitaire et sociale**

Le handicap étant un concept multidimensionnel, il n'est pas facile de dénombrer les personnes handicapées et les données varient selon qu'il s'agit de la reconnaissance sociale ou administrative du handicap.

La première grande enquête **en population générale** dite **enquête HID**, réalisée en 1998-1999 par l'INSEE avait un angle d'approche plus social que médical, s'intéressant aux conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes.

La DREES, la MIRE et l'INSERM ont développé des exploitations diversifiées à partir des données de cette enquête.

L'enquête « **handicaps-santé** » 2008-2009 prend la suite de l'enquête HID et pour la 1^{ère} fois les thèmes de la santé et du handicap sont associés, en cherchant à mesurer certains indicateurs annexés à la loi de santé publique de 2004. Sa périodicité devrait être de 5 ans.

En outre on apprend par **l'enquête vie quotidienne et santé de 2007(INSEE) par voie postale**, que « *limitations dans les activités et sentiment de handicap ne vont pas forcément de pair* », qu'une personne sur dix, vivant chez elle, considère avoir un handicap.

Les données des MDPH, une fois leur système d'information stabilisé, devraient fournir un certain nombre de renseignements tant sur la nature et la gravité des handicaps reconnus que sur les besoins de services non satisfaits.

La CNAMTS, de son côté, analyse les données relatives aux pensions d'invalidité et les statistiques d'indemnisation des accidents du travail.

Les données issues de ces deux sources ne sont pas comparables dans la mesure où les barèmes ne sont pas les mêmes.

L'enquête ES, exhaustive, transversale, est réalisée par la DREES environ tous les 5 ans auprès des services et établissements médico-sociaux (dernière en 2006 et prochaine en 2010). Elle décrit la population des bénéficiaires, avec l'entrée déficience principale et déficience associée et quelques items d'incapacité.

L'AGEFIPH, la DARES et Pôle-emploi fournissent des statistiques sur l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés.

3.6.2. **Recherche et formation**

Le développement de la recherche et de la formation sur le handicap est un enjeu majeur compte tenu des besoins d'information du ministère pour la conduite de cette politique qui concerne à minima, 1,7 million de personnes – chiffre auquel s'ajoutent les familles et aidants, très impliqués – pour un montant d'environ 36 Milliards d'euros (chiffres 2007).

➤ Les CREAI (centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée)

Ils furent créés en 1964 et regroupés dans l'ANCREAI, avec des missions d'observation, de recherche et de formation, dans le champ des personnes âgées et handicapées, et de l'exclusion.

➤ Le Centre technique national d'études et de recherche sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI)

Il a aussi été créé en 1964. Il doit éclairer les pouvoirs publics sur les besoins d'interventions en direction des personnes handicapées. Il assure à ce titre une fonction d'études et de recherches et une fonction de documentation. Il intervient aussi, sur délégation de l'INSERM, en tant que centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les questions relatives à la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).

➤ L'Ecole des Hautes études en santé publiques (EHESP)

L'EHESP a succédé en janvier 2008 à l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), est un établissement public qui exerce une double mission de formation et de recherche en santé publique et action sociale.

L'EHESP, depuis son changement de statut, étend son champ de compétences à de nouvelles spécialités, diplômes et collaborations internationales, et souhaite renforcer son implication dans la recherche et la formation sur le handicap.

C'est dans cette optique qu'un rapprochement avec le CTNERHI pourrait être envisagé.

➤ L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)

Créée par la loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'ANESM est chargée de l'évaluation interne et externe des activités et de la qualité. Elle diffuse des recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant la bientraitance, l'évaluation, l'ouverture des établissements sur leur environnement, l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social.

➤ L'observatoire interministériel de l'accessibilité

L'observatoire interministériel de l'accessibilité et de la conception universelle a été créé par le décret n°2010-124 du 9 février 2010. Il est placé auprès du Premier ministre.

Il a trois missions:

- Il est chargé d'évaluer l'accessibilité et la convenance d'usage des bâtiments d'habitation, des établissements recevant du public, des lieux de travail, de la voirie, des espaces publics, des moyens de transports et des nouvelles technologies. Il recense les progrès réalisés en matière d'accessibilité et de conception universelle.
- Il est chargé d'identifier et de signaler les obstacles à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 11 février 2005 en matière d'accessibilité et les difficultés rencontrées par les personnes handicapées ou à mobilité réduite dans leur cadre de vie.
- Il constitue un centre de ressources chargé de rechercher, répertorier, et diffuser les bonnes pratiques en matière d'accessibilité et de conception universelle.

➤ L'ONFRIH : Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap

- Créé par la loi du 11.2.2005, il doit établir des états des lieux et émettre des préconisations dans 3 domaines : la recherche et l'innovation, la prévention et la formation. Il évalue les politiques les programmes et les réalisations dans ces 3 domaines et formule des avis.
- Son conseil d'orientation comprend 53 membres.
- Ses rapports sont remis au ministre chargé des personnes handicapées et transmis à l'Education nationale, au CNCPPH et à la CNSA.

➤ Les instituts de recherche scientifiques

Il s'agit, notamment, de l'IFR 25- RFRH (institut fédératif de recherche sur le handicap), fédération de laboratoires réunis autour du handicap par convention entre l'INSERM, du CNRS et de l'INED, des universités, du CNAM, de l'institut Garches.

4. LE DISPOSITIF DE CONCERTATION AU NIVEAU NATIONAL

Le dispositif de concertation au niveau national est organisé selon les différents domaines d'intervention en faveur de la santé. Il n'existe pas de lieu de concertation permettant d'examiner et discuter, avec les partenaires de l'Etat, la politique nationale de santé dans son ensemble.

4.1. *Le dispositif de concertation dans le domaine de la « santé publique » : La conférence nationale de santé (CNS)*

La conférence nationale de santé (CNS) a été créée par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996. Ses missions et sa composition ont été adaptées par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, de façon à intégrer le processus pluriannuel de définition, de mise en œuvre et d'évaluation de la politique de santé publique qui prévaut désormais au niveau national comme régional.

Lieu de concertation sur les orientations des politiques de santé, la Conférence nationale de santé permet aux acteurs du système de santé d'exprimer leurs points de vue sur les politiques de santé. Elle est le lieu d'expression des demandes et des besoins de la population en termes d'état de santé, d'accès au système de santé. Elle favorise le dialogue entre les usagers, les professionnels, les autres acteurs et les responsables politiques, notamment grâce à ses liens étroits avec les conférences régionales de santé dont elle relaie les travaux.

La CNS est consultée par le gouvernement lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de la santé publique. Elle formule des avis et propositions sur les plans et programmes prévus par le gouvernement ou en vue d'améliorer le système de santé en France. Elle contribue à l'organisation de débats publics sur les questions de santé. La CNS réalise un rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé, sur la base des rapports établis par les conférences régionales de santé (cf. l'article L. 1411-3 du code de la santé publique).

Le décret n° 2005-1540 du 8 décembre 2005 modifié prévoit que la CNS comporte 113 membres répartis en 6 collèges et désignés par arrêté du ministre chargé de la santé pour un mandat de trois ans renouvelable une fois. Le mandat des membres actuels, arrivé à échéance en septembre 2009, a été prorogé jusqu'au 31 décembre 2010 par décret n°2009-1113 du 11 septembre 2009.

Les 6 collèges regroupent les représentant(e)s suivant(e)s :

- collège 1 : 20 représentant(e)s des malades et usagers du système de santé,
- collège 2 : 39 représentant(e)s des professionnels de santé et des établissements de santé ou autres structures de soins et de prévention,
- collège 3 : 6 représentant(e)s des collectivités territoriales et 6 représentants de l'assurance maladie,
- collège 4 : 26 représentant(e)s des conférences régionales de santé,
- collège 5 : 3 représentant(e)s d'organismes de recherche et 7 personnalités qualifiées,
- collège 6 : 6 représentant(e)s des acteurs économiques.

Sont également membres de la Conférence, sans voix délibérative, le directeur général de la santé, le directeur général de l'offre de soins, le directeur général de la cohésion sociale, le directeur de la sécurité sociale, le président du Haut Conseil de la santé publique et le président du collège de la Haute autorité de santé ou leurs représentant(e)s. En outre, à la demande de l'instance, d'autres personnes qualifiées peuvent être y associées pour apporter leur concours.

La CNS comporte un bureau opérationnel de 28 membres issus de tous les collèges, dont la composition a été élargie à la suite de l'extension de ses compétences par le décret précité du 11 septembre 2009 : le bureau peut désormais adopter des avis en cas d'urgence. Le bureau élit le Président de la Conférence. Le secrétariat de l'instance et de son bureau est assuré par la direction générale de la santé.

4.2. *Le dispositif de concertation dans le domaine de l'hôpital*

Le dispositif de concertation, autour de la définition de la politique de santé et du suivi de sa mise en œuvre, est construit à partir de plusieurs commissions constituées sur des thématiques précises. Telles les urgences, la chirurgie, la naissance...A ces commissions s'ajoutent des comités de suivi réunis sur un plan national particulier (maladies rares, nutrition santé...).

La composition de ces différentes instances de concertation obéit toujours sensiblement aux mêmes principes. Une partie de la commission est de nature institutionnelle. On y retrouve en général des représentants des partenaires sociaux, des gestionnaires d'établissements ou de services, des élus parfois, des représentants de l'Etat et des organismes de protection sociale. L'autre partie est constituée d'experts de la thématique concernée par la commission, de représentants des sociétés savantes.

4.3. *Le dispositif de concertation dans le domaine du médico-social*

4.3.1. **Dans le cadre de la politique du handicap**

➤ Le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)

Il a été créé par la loi du 30 juin 1975 et réorganisé par la loi du 17 janvier 2002. Il assure la participation des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques les concernant.

Il peut se saisir de toute question relative à la politique concernant les personnes handicapées.

Il est sollicité pour avis sur les textes relevant de ce domaine.

Chaque année, il remet un rapport portant sur l'application de la politique relative aux personnes handicapées.

Le CNCPH se réunit au moins deux fois par an. Il comprend 65 membres titulaires et 62 suppléants, représentant les associations du secteur, les élus locaux, les organismes de protection sociale, les organisations syndicales.

Le ministre chargé des personnes handicapées nomme :

- le président pour 3 ans ;
- les membres, pour 3 ans, sur propositions des organismes et associations ;
- le vice-président pour 1 an (renouvelable une fois), parmi les représentants des associations ou organismes regroupant les personnes handicapées ou leurs familles.

➤ Le Comité interministériel du handicap (CIH)

Le Comité interministériel du handicap s'est substitué en 2009 à la Délégation interministérielle aux personnes handicapées. Il est présidé par le Premier ministre. Composé des ministres concernés par la politique en faveur des personnes handicapées, il permettra de renforcer la cohérence interministérielle et la transversalité des politiques du handicap (santé, médico-social, emploi, accessibilité...). Le comité a pour missions de :

- définir, coordonner et évaluer les politiques conduites par l'Etat en direction des personnes handicapées et de leurs familles ;
- veiller au respect de l'égalité de traitement et de l'accès aux droits des personnes handicapées ;
- s'assurer du respect des objectifs pluriannuels des politiques menées en faveur des personnes handicapées ;
- préparer la *Conférence nationale du handicap* qui doit se tenir tous les trois ans ; le secrétaire général, placé auprès du Premier ministre, est chargé de préparer les travaux et délibérations du CIH, ainsi que la coordination et le suivi de la mise en œuvre des décisions prises.

4.3.2. Dans le cadre de la politique des personnes âgées

➤ Le Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA)

Le CNRPA est une commission consultative placée auprès du ministre chargé des personnes âgées qui en assure la présidence (articles D. 149-1 à D. 149-6 du code de l'action sociale et des familles). Le décret n° 2009-624 du 6 juin 2009 a prorogé le CNRPA pour une durée de 5 ans.

Il est consulté par le ministre sur les projets de textes réglementaires concernant les personnes âgées et relatifs aux politiques de prévention de la perte d'autonomie, de soutien à la dépendance, de maintien à domicile, de coordination gérontologique ainsi qu'à la qualité des prises en charge par les services et établissements.

4.3.3. Dans une approche transversale.

➤ Le Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS)

Présidé par un conseiller d'Etat ou un conseiller-maître à la Cour des comptes, il comporte une section sanitaire et une section sociale. Il siège en formation plénière, à la demande des ministres, lorsque la nature des questions inscrites à l'ordre du jour rend souhaitable leur examen par l'ensemble du comité national.

Il comprend des élus, des représentants de l'assurance maladie, des présidents de CME, des représentants d'organismes syndicaux et d'utilisateurs, des personnes qualifiées, et pour la section sociale, des représentants des institutions sociales et médico-sociales

La section sanitaire du comité est consultée par le ministre chargé de la santé sur :

- les projets de décrets relatifs aux conditions d'implantation des activités de soins et des équipements matériels lourds ;
- les projets de décrets portant création d'établissements publics de santé nationaux ;
- toute question concernant l'organisation des soins sur demande du ministre.

La section sociale est consultée :

- sur les projets de création, de transformation ou d'extension d'établissements ou de services mentionnés à l'article L. 312-1 et relevant du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale ;
- sur toute question concernant l'application du livre III du code de l'action sociale et des familles, sur demande du ministre.

➤ La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Etablissement public créé par la loi du 30 juin 2004 et confirmé par la loi du 11 février 2005, c'est à la fois une caisse et une agence d'appui aux réseaux pour la mise en œuvre de la politique publique de la perte d'autonomie. Elle mène un dialogue direct de type fonctionnel avec les services de l'Etat.

Son conseil scientifique assiste le Conseil et le directeur dans la définition des orientations et la conduite des actions de la Caisse et peut être saisi pour avis.

Il travaille notamment sur la question de l'évaluation des besoins des personnes âgées et handicapées et sur les aides techniques. Il doit également donner une dimension internationale à ses travaux par l'étude des nouvelles pratiques menées dans d'autres pays européens ou étrangers.

➤ L'association des départements de France (ADF)

Les élus sont attentifs aux difficultés des personnes mais aussi aux conséquences économiques des choix opérés, en termes de dépenses pour les collectivités locales et en termes d'impact sur l'aménagement du territoire et l'emploi local, de l'implantation des structures d'accueil

Enfin, la politique du handicap, qui se veut participation à la vie sociale et accessibilité sans restriction, implique de mobiliser les autres ministères, Education Nationale, Urbanisme, Transports.

5. LE PILOTAGE NATIONAL

5.1. *L'organisation du pilotage de la politique nationale de santé au sein du ministère de la santé*

- *Le pilotage de la préparation de la politique nationale de santé publique est confié à la DGS*

La direction générale de la santé a pour mission de préparer la « *politique de santé publique définie à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique* » et de contribuer à sa mise en œuvre, « *en liaison avec les autres directions et services du ministère chargé de la santé et des autres départements ministériels compétents ainsi qu'avec l'appui des établissements ou organismes qui en dépendent* »⁶.

Cependant, le champ de la responsabilité de la DGS n'est pas totalement clair, en l'absence d'une définition de la politique de santé publique et de la politique de santé. Certes, la loi de 2004, dans son article L. 1411-1 énumère ce que comprend une politique de santé publique. Mais cette façon de faire ne définit pas vraiment ce qu'est une telle politique. Les concepts de politique de santé et de politique de santé publique sont tous deux employés dans le corps de l'article sans que leurs différences soient explicitées. Et l'énumération de ce qu'une politique de santé publique comprend est incomplète et parfois imprécise s'il s'agit d'une politique de santé.

Ainsi, si la responsabilité confiée à la DGS est bien établie pour ce qui concerne la préparation de la politique qui portera sur globalement la promotion de la santé, la prévention et la sécurité sanitaire, elle est moins assurée quand il s'agit d'étendre le champ au secteur médico-social, aux soins hospitaliers et ambulatoires, à la maîtrise des dépenses.

- *Le pilotage de la préparation des plans nationaux de santé obéit à des formes d'organisation variables*

Chaque direction d'administration centrale du ministère chargé de la santé a vocation à piloter la préparation d'un plan national de santé. Les autres directions et les opérateurs concernés par certains aspects du plan sont, en général, associés aux travaux d'élaboration de la stratégie.

Le plan « santé au travail » est piloté par le ministère du travail.

Le plan « santé-environnement » est copiloté par le ministère chargé de la santé et le ministère chargé de l'environnement.

⁶ Article R. 1421-1 du code de la santé publique.

Le plan Alzheimer, voulu par le président de la république, est piloté par une commission interministérielle, associant les opérateurs de l'Etat concerné, sous la présidence d'un conseiller de l'Elysée.

- *Le pilotage décisionnel de la politique nationale de santé n'est pas organisé*

Il n'existe pas d'instance organisée où se discuterait et se décideraient, avec les responsables concernés par la préparation d'un plan national de santé, le choix des plans à engager, la méthode d'élaboration du plan retenu, les arbitrages éventuellement nécessaires entre les orientations et objectifs du plan.

5.2. *Le pilotage par le ministère de la santé des opérateurs de santé et leur mode d'association à la préparation et à la définition de la politique nationale de santé*

- *Le comité d'animation du système d'agences (CASA)*

Le CASA, créé en 2008, est une instance de travail collectif, au plus haut niveau, entre la direction générale de la santé (DGS) et les principaux opérateurs nationaux des politiques de prévention et de sécurité sanitaire. Il a pour but de développer l'approche partagée et la cohésion entre ces acteurs du système d'agences, afin de renforcer le pilotage des politiques de prévention et de sécurité sanitaire et d'optimiser leurs résultats. Il répond à une exigence forte du fait de la diversité des opérateurs, corollaire de leur spécialisation et de leurs expertises propres, ainsi que du caractère jeune et évolutif de l'ensemble qu'ils constituent. Le CASA vient élargir le champ du travail collectif déjà organisé (réunions hebdomadaires de sécurité sanitaire autour du DGS, comité des secrétaires généraux autour du secrétaire général de la DGS) aux thématiques à plus longue échéance et touchant à l'exercice des cœurs de métiers.

- *Le pilotage de l'assurance maladie*

L'article 117 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) prévoit qu'est conclu entre l'État et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) un contrat d'objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'UNCAM (qui regroupe la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la Mutualité sociale agricole et le Régime social des indépendants).

Ce contrat État/UNCAM vise à favoriser la qualité et l'efficacité des soins à travers trois champs de la gestion du risque :

- la prévention et l'information des assurés ;
- l'évolution des pratiques ;
- l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé.

Pour chacune des thématiques, le contrat a vocation à fixer, en lien avec l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté, des objectifs pluriannuels communs aux trois régimes d'assurance maladie qui seront ensuite mis en œuvre conjointement par l'assurance maladie et l'État. Ces objectifs constitueront le socle des contrats pluriannuels régionaux de gestion du risque, conclus entre les ARS et les caisses d'assurance maladie.

Le premier contrat Etat-Uncam est en cours de négociation.

- *Le pilotage des crédits d'assurance maladie dévolus au champ médicosocial : la CNSA*

Ce pilotage est assuré par la Direction générale de la cohésion sociale.

- *Le pilotage des ARS*

La loi HPST a mis en place un *conseil national de pilotage* présidé par les ministres sociaux⁷. Ce conseil valide toutes les instructions données aux ARS.

Entre les ARS et le ministre chargé de la santé et le ministre chargé du travail est signé un contrat d'objectif et de moyens pluriannuel faisant l'objet d'avenants annuels.

5.3. *La coordination interministérielle : le comité national de santé publique (CNSP)*

Issu de la fusion entre le comité national de sécurité sanitaire et le comité technique national de prévention, le Comité national de santé publique (CNSP), créé par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, a pour objectif de coordonner les actions et les financements de l'ensemble des acteurs institutionnels concernés par la mise en œuvre de la politique de santé publique.

Selon les termes de la loi, ce comité, présidé par le ministre chargé de la santé, a pour missions :

- *« de coordonner l'action des différents départements interministériels en matière de sécurité sanitaire et de prévention ;*
- *d'analyser les événements susceptibles d'affecter la santé de la population ;*
- *de contribuer à l'élaboration de la politique dans les domaines de la sécurité sanitaire et de la prévention et d'en examiner les conditions de financement ».*

Parmi les instances créées par la loi du 9 août 2004, la fonction spécifique du CNSP est de favoriser la coordination interministérielle, et même interinstitutionnelle. Le CNSP trouve son fondement dans le caractère nécessairement interministériel de la prévention en santé publique.

Le CNSP apparait donc comme une instance tout à la fois de concertation avec des partenaires d'autres départements ministériels et une instance de pilotage.

Le CNSP se réunit une fois par trimestre autour de séances thématiques alternant des sujets de prévention et de sécurité sanitaire.

Le CNSP a été désigné comme l'instance de suivi du plan de prévention des accidents de la vie courante piloté par le ministère de l'Economie (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes).

C'est également dans le cadre du CNSP que le comité de pilotage du programme national nutrition santé (PNNS) valide chaque année ses orientations stratégiques.

Le secrétariat et la présidence du CNSP est assuré par la DGS.

⁷ Font partis du conseil national de pilotage des ARS : le secrétaire général, les directeurs de la DGOS, DGS, DGCS, DSS, DREES, du budget, de la CNAMTS, de la MSA, du RSI, de la CNSA, le chef de l'IGAS.

6. LES EXPERIENCES ETRANGERES

De nombreux pays se sont peu à peu dotés ces 20 dernières années d'une politique de santé avec quelques priorités⁸. Le mouvement, engagé au début des années 90 par la Suède et le Royaume-Uni, s'est étendu à la plus part des pays occidentaux. A chaque fois, il s'agit de :

- se fixer des objectifs qui ne portent pas sur le seul secteur des soins, mais aussi sur les déterminants de la santé, incluant donc le sujet de la prévention ;
- associer de plus en plus largement l'usager à la préparation de la politique de santé et au processus de décision ;
- faire en sorte que les professionnels et les gestionnaires des établissements et services soient bien partis prenantes de la politique envisagée.

Les raisons de cette situation sont bien sûr partout les mêmes. Tous les pays sont confrontés à la nécessité de maîtriser leurs dépenses de santé et doivent faire face à des évolutions technologiques de plus en plus coûteuses. Dans un tel contexte, des choix sont à faire pour tirer le meilleur parti de la ressource existante et obtenir plus d'efficacité dans la réponse aux besoins de santé d'une population toujours plus exigeante. Ces choix ne sauraient se concevoir sans associer ceux qu'ils concernent, les usagers au premier chef, mais aussi les professionnels et les gestionnaires d'établissements et de services.

6.1. *Le concept de priorité*

Le terme est de moins en moins employé, bien qu'il s'agisse bien dans tous les cas, de décider des quelques problématiques de santé pour lesquels des efforts plus particuliers seront engagés. Le terme de priorité peut faire craindre à la population que des réponses à des besoins seraient abandonnées. Ainsi, certains pays, tel le Royaume-Uni lui ont préféré le terme de « *But* », réservant la notion de « *priorité* » aux objectifs principaux retenus pour mettre en œuvre les buts.

Ailleurs, il s'agit d'objectifs énoncés en nombre limité. C'est le cas par exemple en Allemagne en 2003, où 8 objectifs avaient été retenus portant, pour 5 d'entre eux⁹, sur une pathologie, pour un autre sur un domaine d'intervention, la prévention¹⁰, pour un autre sur une population, les moins de 20 ans, et pour le dernier sur la démocratie sanitaire.

Ces objectifs de santé prioritaires font l'objet en général d'une programmation prévoyant les crédits qui seront engagés pour les mettre en œuvre. Ils sont accompagnés d'indicateurs de résultats.

6.2. *La nature des priorités*

De nombreux pays appliquent la démarche des *Health Targets* préconisée par l'OMS à la fin des années 90.

Cette démarche consiste à fixer des objectifs de santé à la politique de santé. Les résultats à atteindre sont déterminés en termes d'état de santé de la population ou de déterminants de la santé. Les objectifs sont fixés pour un temps donné, avec un suivi et une évaluation organisés.

⁸ Voir l'étude réalisée à la demande de la DGS en 2003 par le GRAPHOS-CNRS IFROSS (Lyon), Université Jean Moulin Lyon 3, étude dirigée par Jean-Pierre CLAVERANNE « *Les modalités de définition des objectifs et stratégies de santé. Description et analyse des dispositifs des pays de l'Union Européenne et d'Amérique du Nord* ».

⁹ Diabète, cancer du sein, accidents cardio-vasculaires, douleurs chroniques du dos, dépression.

¹⁰ Réduction de la consommation du tabac.

Chaque pays engage la démarche de définition de sa politique en fixant, en général sous la forme d'un article de loi, des principes directeurs. Le plus souvent, ces principes directeurs sont de trois ordres :

- le principe de la dignité humaine, dont la conséquence est la volonté de réduire les inégalités sociales de santé (Royaume-Uni, Finlande, Québec) ;
- le principe des besoins et de la solidarité. Il s'agit de répondre aux besoins les plus importants (gravité des maladies, nombre de personnes concernées) ;
- le principe du coût-efficacité. La question de l'économie, de la dépense, entre ici dans la détermination des choix.

Lorsque les objectifs de santé, obéissant à la démarche des *Health Targets* sont trop nombreux, on constate qu'après une première définition donnée à un moment donné, les pays s'essoufflent et ne renouvellent pas la démarche. Cela a été le cas notamment au Québec. Par ailleurs, trop d'objectifs de santé quantifiés rendent la politique suivie illisible et apparaissent davantage comme des intentions que de réelles situations susceptibles d'être atteintes. Enfin, une liste d'objectifs de santé a tendance à viser l'exhaustivité et ne prend pas en compte les impacts croisés qui peuvent exister entre eux.

Aussi, certains pays¹¹ ont évolué vers des priorités moins nombreuses, plus générales, afin d'avoir des effets plus structurels sur les problèmes de santé. Par ailleurs, ces priorités n'ont plus été seulement centrées sur un état de santé à atteindre, mais aussi sur des évolutions attendues de l'offre de santé.

Certains pays ont distingué les objectifs de santé, calés sur la démarche des *Health Targets* des objectifs sur l'offre de santé. C'est notamment le cas de la Suède. Le Royaume-Uni et la communauté française de Belgique ont adopté des priorités intégrant les objectifs de santé et les objectifs d'évolution du système de soins.

Au Danemark, en 2002, a été retenu un programme national de promotion de la santé avec des priorités. Ces priorités se déclinent en facteurs de risques sur lesquels il est question d'agir (tabac, alcool...), portent ensuite sur les pathologies qui en découlent (diabète, cancers...) et sur des populations touchées (femmes enceintes, enfants...). A ces objectifs s'ajoutent des objectifs de management.

En Finlande, le programme national déterminé en 2001 a fixé 8 Priorités, avec des indicateurs de résultats et des stratégies d'action pour les mettre en œuvre, accompagnées de recommandations.

En Italie, le plan national a des priorités qui portent sur l'organisation et le management de l'offre de soins, la prévention et l'éducation, la recherche et la formation.

Dans le canton de Genève, en 1999, a été défini un plan de santé comprenant :

- 4 priorités de santé publique (accidents, cancers, maladies transmissibles, maladies mentales) ;
- 2 priorités sociales (inégalités sociales, qualité de vie) ;
- 1 priorité organisationnelle (système d'information).

En Suède, la politique de santé publique est basée sur 11 objectifs qui portent sur les principaux déterminants de la santé. A l'inverse, la stratégie en matière de santé en Nouvelle-Zélande, porte sur l'organisation de l'offre de santé et l'implication des usagers.

¹¹ C'est le cas par exemple de la Finlande, de la province de Navarre en Espagne, de l'Italie, du Danemark.

6.3. *La durée de validité de la politique de santé*

Au Danemark, il s'agit de déterminer un programme de promotion de la santé pour une période décennale.

En Finlande, chaque Gouvernement nouvellement nommé fixe un plan quadriennal qui s'inscrit le cadre d'un projet national de santé plus général.

En Italie, le plan national de santé est biennal.

Au Portugal, le plan de santé est quadriennal.

Dans le canton de Genève, la plan de santé est triennal.

En Autriche, le gouvernement fédéral établit un plan de santé publique triennal.

En Espagne, les provinces établissent leurs plans de santé pour 4 ans. Cette période de 4 ans est calée sur la durée de mandat des gouvernements provinciaux.

Dans la communauté française de Belgique, le programme de santé est quinquennal.

6.4. *Le véhicule retenu pour fixer la politique de santé*

En général, c'est la loi qui est retenu pour fixer le contenu programmatique de la politique de santé. Selon l'organisation politique du pays, cette loi est une loi nationale ou une loi régionale.

Dans le Canton de Genève, « la planification sanitaire qualitative » est votée par le parlement cantonal.

En Espagne, la stratégie nationale est fixée par la loi votée au parlement. Ainsi, en 2003, deux priorités ont été fixées : un plan cardiopathie et un plan cancer.

En Finlande, les priorités de santé font l'objet d'une discussion au parlement sur la base d'un rapport.

Au Luxembourg, le premier ministre annonce dans sa déclaration de politique générale les orientations selon lesquelles va être préparé un plan national de santé.

6.5. *La concertation*

A l'intérieur d'un pays fédéral, la place donnée à la concertation peut être variable entre les régions. Ainsi, en Allemagne, certains Landers privilégient le travail avec les experts pour préparer la politique de santé, d'autres ont des approches plus participatives à l'endroit de la population, des professionnels.

Au Portugal, l'adoption de la politique de santé est précédée d'une large concertation avec tous les acteurs concernés, professionnels, gestionnaires, élus, usagers.

6.6. *Le pilotage*

Partout, ce sont les Gouvernements, nationaux ou régionaux, qui définissent les objectifs et les stratégies de santé. Pour cela, ils s'appuient sur des travaux de recherche menés par des agences spécialisées ou des groupes de travail organisés par les ministères.

Dans certains pays, il existe au sein du ministère de la santé, un « *département de politique et de stratégie en santé* »¹². C'est lui qui établit le projet qui sera soumis à la décision du ministre de la santé.

Parfois, une priorité est déclinée en actions dans le cadre d'un pilotage assuré par une personne ou une institution. C'est le cas dans le canton de Genève, dans la province de Navarre en Espagne.

Au Danemark, le programme national de santé de 2002 a été retenu par plusieurs ministères associés, sans consultation véritable de la population. Chaque ministre détermine les stratégies relevant de sa compétence pour mettre en œuvre telle ou telle priorité nationale.

En Finlande, le plan quadriennal de santé est établi en interministériel.

En Suède, les 11 buts et leurs cibles précises de la politique de santé, sont suivis et évalués. Ce suivi et cette évaluation donne lieu à un rapport devant un comité de direction, composé de différents ministres, présidé par le ministre de la santé.

6.7. *L'articulation national/régional*

Une tendance assez générale, même dans les pays centralisés, consiste à répartir les rôles ainsi entre le niveau national et le niveau régional :

- au niveau national de fixer des principes généraux servant de cadre à la politique de santé, de fournir des référentiels d'action, de contrôler la bonne application des orientations nationales ;
- au niveau local de décider les actions les plus appropriées.

Plus l'organisation du pays est fédérale, plus le cadre national est peu contraignant, limité surtout à des travaux épidémiologiques comparatifs sur les besoins, à la production de recommandations, et à la répartition des moyens entre les régions. A noter que quand ce cadre national va en perdant de sa contrainte, se posent des questions importantes d'égalité de traitement entre les régions. C'est le cas en Allemagne où les objectifs nationaux ne sont que des recommandations qui ne s'imposent pas aux Landers et qui ne sont pas vraiment mis en œuvre. C'est le cas aussi en Italie où les objectifs nationaux ne s'imposent pas aux régions et ne sont que peu appliqués.

6.8. *Dans le champ médico-social*

La comparaison des expériences françaises et étrangères en matière de politique nationale de santé, et plus encore sur le seul champ médicosocial, n'est pas toujours aisée à établir. Les analyses trouvées dans la littérature portent souvent moins sur les modes d'élaboration des politiques nationales que sur les systèmes de santé eux-mêmes : place respective des acteurs (professionnels de santé, experts, politiques), régulation *versus* liberté de la demande, équilibre public-privé, offre de soins libérale par rapport à l'offre administrée...

Si la montée en puissance de la notion de santé publique **en France** est indéniable, notamment avec la loi de 2004, le secteur médicosocial était encore peu présent dans cette approche globale : il était plutôt abordé à travers les manifestations pathologiques du handicap et de la perte d'autonomie (maladies chroniques et infectieuses, Alzheimer, Parkinson, troubles psychiques ...).

¹² C'est le cas en Catalogne.

Les acteurs propres à ce secteur ont été toutefois largement consultés pour des réformes spécifiques, telle que la loi du 11 février 2005 sur l'Égalité des droits et des chances des personnes handicapées qui refonde les droits des personnes handicapées, en donnant au terme « handicap » une acception très large et qui désigne comme essentiel le droit à la santé, dans toutes ses dimensions de prévention et de soins.

Les travaux de préparation de la future loi de Santé publique 2010 – 2014 marquent un tournant en posant comme un axe fort la nécessité de préserver ou restaurer la capacité d'autonomie de chacun – notamment des personnes handicapées ou vieillissantes et en perte d'autonomie – tout au long d'un véritable parcours de soins et de vie .

Quelques exemples à l'étranger, sur les instances d'expertise et de concertation, ou sur l'approche des problèmes de santé et de handicap constituent des repères utiles pour déterminer nos propres orientations.

➤ **Le Québec.**

Au Québec, le concept de réseau intégré de services au plan local se veut une réponse à l'essentiel des besoins de prise en charge, notamment des personnes vulnérables, la politique de santé est très liée à l'action sur les déterminants de santé.

Ainsi, un « Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie » (2006-2012) coexiste avec le « Programme national de santé publiques » (2003-2012).

• *L'expertise*

Deux organismes publics constituent des lieux d'expertise et distinguent là aussi les champs sanitaire et médico-social.

L'Institut National de Santé Publique du Québec créé par une loi de 1998. Il vise à être le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec.

Administré par un conseil de 14 membres, nommés par le gouvernement, dont le sous ministre de la santé et des services sociaux, et des experts de la santé publique, de l'éducation et de secteurs socio-économiques, il a pour objectif de faire progresser les connaissances et de proposer l'adoption de politiques gouvernementales susceptibles de mieux protéger et améliorer la santé et le bien-être de la population du Québec

Il est aussi consulté sur tout texte législatif ou réglementaire pris dans quelque domaine que ce soit, pouvant avoir un impact sur la santé.

L'Office des personnes handicapées du Québec

Administré par un conseil de 16 membres nommés par le gouvernement, représentant largement les personnes handicapées elles-mêmes, il conseille le gouvernement, évalue les lois et les plans d'action, effectue des recherches, promeut l'utilisation d'une classification uniforme des déficiences et handicaps et l'amélioration des normes. Il peut conclure des ententes avec des gouvernements étrangers.

➤ **Les États-Unis**

Les États-Unis ont longtemps privilégié une approche de la santé par des programmes spécifiques sur des pathologies ou des addictions par exemple.

Une évolution est en cours, renforcée par les conséquences d'événements comme ceux du 11 septembre 2003, ou l'ouragan Katrina. Outre la nécessité d'avoir des moyens de réponse aux crises, le gouvernement cherche à identifier des priorités au sein de l'ensemble de la population, ainsi qu'une meilleure connaissance des déterminants de santé et de handicap, en mettant aussi en place des collectes de données, susceptibles d'aider à fixer des objectifs mesurables.

La politique du Handicap au contraire a une cohérence et une unité plus grandes. Les prestations sont fédérales et, dès 1990, avec l'ADA (American Disabilities Act), une politique globale du handicap, fondée sur la non-discrimination, était instituée.

7. L'ARTICULATION DE LA POLITIQUE NATIONALE FRANÇAISE AVEC LES RECOMMANDATIONS EUROPEENNES

D'importantes inégalités de santé existent au sein de l'Union Européenne : écart d'espérance de vie de 13,2 ans pour les hommes et 8,2 ans pour les femmes, et taux de mortalité infantile variant de 1 à 5 ; on évalue à 11,4 millions le nombre d'années de vie perdues en raison des inégalités de santé¹³.

Ce problème constitue un dossier d'actualité, très soutenu par la Présidence espagnole de l'UE (1^{er} semestre 2010).

Si l'élaboration des politiques de santé relève, pour l'essentiel de la compétence des états-membres, la Commission de l'UE considère qu'elle peut renforcer les efforts nationaux et régionaux par une coordination (MOC ou méthode ouverte de coordination pour la protection sociale) et l'échange de bonnes pratiques.

La lutte contre les inégalités est une des priorités de la stratégie de l'UE 2008-2013, et a donné lieu à un programme spécifique de 3 ans, « DETERMINE ». En outre, 5 Mds € de fonds structurels sont investis dans le secteur santé.

Le Conseil de l'UE a adopté le 8 juin 2010 les conclusions¹⁴ du Comité de Protection sociale. Celles-ci préconisent de :

- combattre les inégalités de santé, dans le contexte actuel de crise économique et financière, car cela contribuera à la cohésion sociale de l'Europe et aura un impact sur l'économie ;
- améliorer les données et les connaissances disponibles et les mécanismes de mesure, de suivi et d'évaluation ;
- associer tous les acteurs sociaux à l'effort ;
- mieux répondre aux besoins des groupes vulnérables et victimes d'exclusion sociale (migrants, minorités ethniques, handicapés, sans-abri...) ;
- améliorer la contribution des autres politiques de l'UE aux politiques de santé.

Quelques sujets donnent toutefois lieu à débat : par exemple, la notion d'inégalités de santé.

Pour certains pays (Suède, Irlande, Danemark), il s'agit de privilégier seulement les populations les plus vulnérables, compte tenu des ressources limitées.

Pour la Présidence espagnole (et la France), ce problème doit être traité plus largement, en intégrant les groupes sociaux intermédiaires.

¹³ Bilan du programme « DETERMINE » avril 2010.

¹⁴ <http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms>

De même, l'ambition d'évaluer l'impact sur la santé de toutes les politiques est irréaliste aux yeux de certains (Allemagne, Suède), qui souhaitent cibler cet impact seulement sur les politiques jugées les plus pertinentes pour cet exercice.

La France quant à elle s'est déclarée globalement favorable aux orientations proposées au niveau européen, notamment en matière de réduction des inégalités de santé.

Annexes II

1. LA COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL ET DE L'EQUIPE PROJET

1.1. L'équipe projet

- Alain LOPEZ, membre de l'IGAS, chargé de mission
- Nicolas PRISSE, représentant de la DGS
- Dominique MARTIN représentant de la DGOS
- Michèle PIVIN, représentante de la DGCS
- Marine JEANTET, représentante de la DSS

1.2. Le groupe de travail

- Alain LOPEZ, membre de l'IGAS, chargé de mission
- Nicolas PRISSE, représentant de la DGS
- Dominique MARTIN représentant de la DGOS
- Philippe PINTON, représentant de la DGOS
- Michèle PIVIN, représentante de la DGCS
- Marine JEANTET, représentante de la DSS
- Elisabeth ROUSSEAU, représentante de la DSS
- Lucile OLIER, représentante DREES
- Philippe LAFFON, représentant de la MSA
- Hervé TREPPOZ, représentant la MSA
- Cécile COURREGES, Directrice générale de l'ARS Bourgogne
- Denis MORIN, Directeur général de l'ARS Rhône-Alpes
- M. VINCKE, Directeur adjoint de l'ARS Picardie
- Un représentant de la CNAMTS,
- Antoine PERRIN, médecin conseil national du RSI
- Stéphanie DESCHAUME, représentante du RSI
- Un représentant de la CNSA.
- Philippe RITTER, personnalité qualifiée.

2. LES PERSONNES RENCONTREES

Ministère de la santé

- M. BERTRAND Jean-Marie, secrétaire général des ministères
- Pr. HOUSSIN Didier, directeur général de la santé
- Mme DELAPORTE Sophie, adjointe au directeur général de la santé
- M. HEYRIES Fabrice, directeur de la DGCS
- M. DIDIER-COURBIN Philippe, sous-directeur à la Direction générale de la cohésion sociale
- Mme PODEUR Annie, directrice générale de la DGOS
- M. FAUCON Félix, chef de service à la DGOS
- Mme LEMAIRE Natacha, sous-directrice à la DGOS
- M. LIBAULT Dominique, directeur de la DSS
- Mme BROCAS Anne-Marie, directrice de la DREES
- Mme GONZALES Lucie, chef de bureau à la DREES
- Mme DANET Sandrine, chargée de mission à la DREES

Ministère du travail et secrétariats d'Etat

- M. TURGIS Sylvain, conseiller auprès de la secrétaire d'Etat chargée des Aînés
- Mme GROUCHKA-SOUHAITE Anne-Sophie, directrice adjointe du cabinet de la secrétaire d'Etat chargé de la famille et des personnes handicapées
- M. FRANCOIS-DAINVILLE Grégoire, conseiller auprès du ministre du travail
- M. COMBEXELLE Jean-Denis, Directeur de la Direction générale du travail
- Mme DELAHAYE-GUILLOCHEAU Valérie, adjointe au directeur de la direction générale du travail

Parlementaires

- Mme HERMANGE Marie-Thérèse, sénatrice
- M. MILON Alain, sénateur
- M. BUR Yves, député
- M. MEHAIGNERIE Pierre, député, président de la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale
- M. PELISSARD Jacques, président de l'AMF (Association des Maires de France)

IGAS

- M. BOISSIER Pierre, chef de l'IGAS
- M. LANNELONGUE Christophe
- M. LE COZ Gildas
- M. MARIE Etienne
- M. GAGNEUX Michel

-
- M. BRAS Pierre-Louis
 - Mme YENI Isabelle
 - M. GOHET Patrick

Centre d'analyse stratégique

- M. CHRIQUI Vincent, directeur général du centre d'analyse stratégique
- Mme BOISSON Marine, chef du département questions sociales
- Mme GERBER Sara-Lou, chargée de mission au département questions sociales

HCAAM

- M. PIVETEAU Denis, président du HCAAM
- M. VINQUANT Jean-Philippe, secrétaire général du HCAAM

Associations d'usagers

- M. SAOUT Christian, président du CISS
- Mme. FERNANDEZ-CURIEL Sylvaine, membre du CISS
- M. CARRE Daniel, membre du CISS Ile-de France
- M. MOREL Marc, directeur du CISS
- M. LEBRUN Pierre-Marie, membre du CISS
- Mme LEPEE Maryse, membre du bureau de la FNARS
- Mme FENDER Lise, chargée de mission santé à la FNARS
- Mme FINKELSTEIN Claude, présidente de la FNAPSY
- M. CANNEVA, Président de l'UNAFAM
- M. DENIS Sylvain, vice-président du CNRPA
- M. DURAND Bernard, président de la Fédération d'aide à la santé mentale – Croix marine

Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAMTS)

- M. AUBERT Jean-Marc, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins

Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie

- M. IDRAC, président du conseil d'administration de la CNSA
- M. VACHEY Laurent, directeur de la CNSA

Représentants hospitaliers

- M. CAILLET René, représentant de la FHF
- Mme DOREL Dominique-Chantal, représentante de la FHP
- Mme LOGEROT Hélène, représentante de la FEHAP
- M. FRECHON Denis, représentant CNDCH
- M. LUBEIGT Roland, représentant ADESM
- M. MAIGNE, représentant FNCLCC

- M. SEGADE Jean-Paul, représentant conférence des directeurs généraux de CHU

Représentants des professionnels de santé libéraux

- M. BERGEREAU Alain, représentant FFMKR
- M. COIMBRA Serge, représentant la FNP
- M. GAERTNER Philippe, représentant la FSPF
- M. LEVY Pierre, représentant la CSMF
- M. NOSSOVITCH Serge, représentant la CNSA
- M. RUA Roger, représentant la SML
- M. TISSERAND Philippe, représentant la FNI
- M. YVERNOGEOU Jean-Marc, représentant la CNSD
- M. LAURENT Frédéric, représentant l'UNPF
- Mme KIRNIDIS Catherine, représentante le SNIIL

Personnalités expertes

- Dr. HUBERT Elisabeth, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
- M. BERARD François, délégué national de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
- M. ELGHOZI Laurent, représentant « Santé publique et territoire »
- Mme AUMAITRE Flore, représentante « réseau français des villes-santé »
- Dr LEGMAN Michel, président du conseil national de l'ordre des médecins
- M. TABUTEAU Didier, responsable de la chaire santé de Science Politique Paris
- M. FLAHAULT Antoine, directeur de l'EHESP
- M. RENAUDIN Noël, président du comité économique des produits de santé
- Pr. SAN MARCO Jean-Louis, président de la FNES
- Mme CAMBON Linda, membre de la FNES
- Pr. SALAMON Roger, président du HCSP
- Mme POMAREDE Renée, conseiller auprès du président du HCSP
- M. TRUGEON Alain, président de la FNORS
- M. LEDESERT Bernard, membre de la FNORS

Commissions rencontrées :

- Conférence Nationale de la Santé
- Conseil national de santé publique
- Conseil national consultatif des personnes handicapées (section permanente)
- COPAIR santé de l'IGAS
- Comité d'animation du système d'agence

Consultation de partenaires des ARS dans trois régions :

- région Bourgogne
- région Rhône-Alpes
- région Picardie

3. LES SIGLES UTILISES

- **ANESM** : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- **ARS** : Agences régionales de santé
- **CASA** : Comité d'animation du système d'agences
- **CNAMTS** : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- **CNCPH** : comité national consultatif sur les personnes handicapées
- **CNRPA** : Comité national des retraités et des personnes âgées
- **CNS** : Conférence Nationale de Santé
- **CNSA** : Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie
- **CNSP** : Comité national de santé publique
- **CRSA** : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
- **DGCS** : Direction générale de la cohésion sociale
- **DGOS** : Direction générale de l'organisation des soins
- **DGS** : Direction générale de la santé
- **DREES** : Direction de la recherche, des études et de l'évaluation en santé
- **DSS** : Direction de la sécurité sociale
- **EHESP** : Ecole des hautes études en santé publique
- **FNORS** : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
- **HAS** : Haute autorité de santé
- **HCAAM** : Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie
- **HCSP** : Haut Conseil de la santé publique
- **HPST** : Hôpital Patient Santé Territoire (Loi)
- **IGAS** : Inspection générale des affaires sociales
- **INPES** : institut national de prévention et d'éducation à la santé
- **LF** : Loi de finance
- **LFSS** : Loi de financement de la sécurité sociale
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **PHRC** : Programme hospitalier de recherche clinique
- **PLF** : Projet de loi de finance
- **PLFSS** : Projet de loi de financement de la sécurité sociale
- **PNNS** : Plan national nutrition santé
- **PQE** : Programme de qualité et d'efficience « Maladie »
- **PRS** : Projet régional de santé
- **RGPP** : Révision générale des politiques publiques
- **SDO** : schéma d'organisation départemental de la psychiatrie
- **SFE** : Société française d'évaluation
- **SFSP** : Société française de santé publique
- **SROS** : schéma régional d'organisation sanitaire
- **UNCAM** : Union nationale des Caisses d'assurance maladie