

SYNTHESE

LA SANTE PUBLIQUE EN FRANCE.

QUELLE VISION STRATEGIQUE ?

QUELS FINANCEMENTS ?

L'EXEMPLE DES 16 PLANS GOUVERNEMENTAUX 2001 -2002

Etude réalisée pour les Laboratoires Internationaux de Recherche
par



Annie Chicoye
Anne Laure Piard



Véronique Touilly
Sylvie Grenêch

AVANT PROPOS

La santé publique est à la fois, selon le Haut Comité de la Santé Publique, une science : « domaine d'action dont l'objet est l'amélioration de la santé de la population¹... [qui] fait appel à un ensemble de méthodes issues de disciplines variées » et un enjeu politique. C'est bien cette dimension politique que la Société Française de Santé Publique, dans sa réflexion menée en février 2002 sous la direction du Professeur F. GREMY a cherché à embrasser au travers de cette proposition: « la définition d'une stratégie globale pour l'ensemble de la population et la mise en œuvre de l'organisation et de la coopération des interventions au niveau national, régional, local ou européen. »

Une politique de santé publique est en effet une affaire de partenaires et de ressources : « la santé publique comprend les efforts systématiques faits pour identifier les besoins de santé et pour organiser l'ensemble des services pour une communauté donnée. Elle inclut donc les processus d'information requis pour caractériser l'état de santé de la population et la mobilisation des ressources nécessaires pour répondre à cet état. Elle comprend donc l'organisation des personnels et des ressources pour fournir les services nécessaires pour la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies et la réadaptation physique, psychologique et sociale² »

Or face à l'objectif légitime de l'amélioration de la santé de la population, les gouvernements de l'ensemble des pays industrialisés se trouvent actuellement confrontés, dans un contexte de ressources financières limitées, à la nécessaire maîtrise des dépenses publiques allouées à la santé. L'introduction en France de la fixation d'un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) par la loi organique du 22 juillet 1996, voté annuellement par le parlement, avait ainsi pour objectif d'encadrer la croissance des dépenses d'assurance maladie ; il devait, dans l'esprit initial, tenir compte des objectifs de la politique de santé publique et permettre d'orienter la dépense vers ces priorités définies à la lumière des débats de la Conférence Nationale de Santé.

Or la conciliation entre régulation des dépenses et prise en compte des besoins et des priorités de santé soulève des difficultés majeures. En France, les écueils auxquels s'est confrontée depuis 1996 la mise en œuvre de la Loi de financement de la sécurité sociale sont les témoins de la complexité de l'exercice. Récemment, Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a décidé de confier à un groupe de travail issu de la Commission des comptes de la sécurité sociale, Présidé

¹ Définition retenue par le Haut Comité de la Santé Publique lors des ses premiers travaux - La Santé en France - rapport général - 1994

² Définition d'après Julio Frenk, Bury JA. Les enjeux actuels de la santé publique. Actualité et Dossier en Santé Publique 2001 ;37 :57-60.

par Alain Coulomb, délégué général de la FHP, une réflexion sur la « médicalisation de l'ONDAM ».

La difficulté de cet enjeu est particulièrement mise en lumière par la multiplication très médiatisée de plans de santé publique en 2001 et 2002. Au-delà de leur pertinence technique et stratégique se posent les questions de leur faisabilité globale et de l'existence d'un financement réaliste. Certains aspects de ces plans et plus particulièrement la place du médicament illustrent bien cette incohérence et n'ont pas à ce jour fait l'objet d'investigations.

C'est la raison pour laquelle, à la suite des réflexions qu'il a suscité sur la problématique des besoins médicaux en France, le LIR a jugé intéressant de procéder à une analyse méthodique et globale des 16 plans de santé publique décidés entre janvier 2001 et mars 2002 par Bernard Kouchner, alors ministre délégué à la santé. Tel est l'objet de la présente étude confiée à A.C.E. et JNB-Développement.

L'objectif est ici d'aller au-delà des effets d'annonce, de conduire une analyse structurée de ces plans, afin d'en dégager les lignes de force, d'en rechercher les implications pour les différents acteurs et de s'interroger sur leurs conséquences économiques et sur la manière dont elles sont, ou non, prises en compte, notamment à travers la définition de l'ONDAM.

SYNTHESE

LE CHAMP COUVERT

Les 16 plans et programmes analysés sont les suivants :

1. Programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'asthme (2002-2005)
2. Programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2 (2002-2005)
3. Discours de politique générale sur les maladies rares
4. Programmes d'actions insuffisance rénale chronique (2002-2004)
5. Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques (2001-2005)
6. Programme national nutrition santé (2001-2005)
7. Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées
8. Plan National d'Education pour la Santé (PNEPS) : un enjeu de santé publique
9. Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage
10. Programme national de réduction des risques cardiovasculaires (2002-2005)
11. Programme de lutte contre la douleur (2002-2005)
12. Dépistage national du cancer du sein en France
13. Plan santé mentale : l'usager au centre d'un dispositif à rénover
14. Programme national de développement des soins palliatifs (2002-2005)
15. Plan triennal de lutte contre le SIDA (2002-2004)
16. Plan national hépatites virales C et B

Une grille d'analyse a été définie, et nourrie par les informations publiques disponibles. La consolidation des plans par thèmes transversaux a permis d'approcher leur impact global sur différents axes : la charge de travail des acteurs et des institutions, la formation et l'information dispensées vers les professionnels et les usagers, l'impact sur l'organisation du système de santé, l'impact potentiel sur le recours aux soins et notamment les consommations médicamenteuses et les besoins de financement. Nous avons également analysé ces plans au regard du cadre théorique d'élaboration et de mise en œuvre d'une stratégie d'entreprise, afin de les situer dans une perspective de planification stratégique et opérationnelle.

UN EFFORT DE COHERENCE AU SERVICE D'AMBITIONS ELEVEES

DES LIGNES DE FORCE COMMUNE

Les lignes de force communes aux plans illustrent les objectifs poursuivis par le gouvernement de Lionel Jospin en termes de démocratisation du fonctionnement de notre système de santé et d'amélioration de sa qualité. Elles anticipent certains axes qui figurent dorénavant dans la loi du 4 mars 2002 relative « aux droits des malades et à la qualité du système de santé » au travers notamment :

- d'un effort de décloisonnement entre structures ministérielles (santé, éducation, justice, intérieur...), de déconcentration (coordination nationale par le ministère de la santé) au travers de nombreux comités techniques et de déclinaison régionale par l'intermédiaire des structures de l'Etat dans les régions ;
- de la volonté de généraliser des expériences ou des initiatives locales qui ont été jugées pertinentes et réussies ;
- du développement de la connaissance et de l'amélioration de la qualité des soins et des pratiques grâce à la mise en œuvre de systèmes d'information, à l'informatisation des praticiens, à l'appui des Agences nationales qui apportent leur expertise, à l'organisation des soins autour de pôles de référence, à l'information et la formation des acteurs ;
- du développement d'une approche globale du patient, depuis le dépistage jusqu'à l'orientation dans le système de santé et la prise en compte de la dimension sociale ;
- de la participation de la population et des malades à l'éducation à la santé, du développement de l'éducation thérapeutique ;

DES AMBITIONS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELLES

Ces plans sont de même marqués par la volonté commune de s'inscrire dans une démarche de planification stratégique. Et l'analyse de chacun d'entre eux, pris individuellement, au regard des étapes d'élaboration de plans stratégiques (fixation d'objectifs, mise en œuvre de plans d'actions, adaptation de l'organisation, évaluation) met en évidence la qualité des travaux qui ont permis leur conception, tout en soulignant des faiblesses importantes, plus particulièrement en termes d'anticipation des évolutions organisationnelles nécessaires. Ainsi :

- Ils s'appuient souvent sur des analyses environnementales récentes et complètes.

- Les objectifs annoncés sont eux de qualité hétérogène : ils ne sont pas toujours clairs, pas toujours précis, ni quantifiés ou datés ; quand ils le sont on peut parfois s'interroger sur leur réalisme.
- Les programmes qui présentent les plans d'action les plus riches sont ceux qui traitent de sujets sur lesquels des recommandations ou des référentiels sont disponibles.
- L'adaptation des structures en place à la mise en œuvre des plans est sans aucun doute le point faible : en témoigne plus particulièrement la pénurie reconnue en personnels hospitaliers alors que les plans envisagent des créations de nouvelles consultations et de centres d'expertise.
- L'évaluation n'est pas toujours explicitement prévue ; de plus, compte tenu de l'accumulation des plans et de leur chevauchement, on peut craindre que les évaluations entreprises soient méthodologiquement difficiles à mener.

Le dernier trait commun aux 16 plans analysés est la volonté d'encourager la recherche publique dans différents domaines.

Les questions qui viennent immédiatement, au regard des ambitions légitimes qui sont affichées, sont celles de leur faisabilité dans l'organisation actuelle du système de santé et de leur financement notamment au travers de la définition de l'ONDAM .

LEUR MISE EN ŒUVRE SIMULTANÉE : UN PARI OPERATIONNEL

La consolidation des plans par un observateur externe relève de la gageure, faute de disposer d'une information exhaustive, mais elle met en lumière leur impact potentiel sur différents volets de notre système de santé et pose clairement la question de leur faisabilité dans un contexte actuel de difficultés opérationnelles. Cette analyse transversale met en évidence :

- Une charge de travail considérable pour les agences spécialisées - ANAES, AFSSAPS, InVS - qui sont appelées à participer à de multiples projets (définition de recommandations, d'outils, mise en place d'études...) et qui sont parfois conduites à établir des priorités de priorités ; une mission intense de pilotage pour le ministère de la santé. C'est le cas en particulier pour la Direction Générale de la Santé (DGS) qui, « au sein d'une organisation verticale peu propice au traitement transversal des dossiers », doit gérer le chevauchement des compétences par la mise en œuvre de multiples groupes de travail sollicitant in fine le même « noyau dur » d'experts et de représentants des différentes administrations ;
- Une intrication des projets lancés par l'Etat et ses représentations régionales (DRASS, ARH) avec les initiatives des organes nationaux et régionaux des

organismes de Sécurité Sociale (CNAMTS, URCAM) et des organismes publics (notamment l'INPES) en termes de planification de l'offre de soins, de campagnes de communication vers les professionnels et les patients, d'actions de qualité de soins auprès des praticiens ;

- A l'hôpital, la création de nombreuses consultations ou de centres de référence, en dépit d'objectifs parfois affichés de renforcer les actions en médecine de ville et alors que plusieurs milliers de postes de médecins et d'infirmières sont aujourd'hui vacants ;
- Entre l'hôpital et la ville, le développement de réseaux de santé dans de nombreux domaines (diabète, douleur, mineurs en difficulté, soins palliatifs, hépatite C...) avec quelques omissions paradoxales comme la maladie d'Alzheimer et sans doute une sous-estimation de la difficulté et du temps nécessaire à la construction de réseaux opérationnels, dont on peut craindre également l'intrication ;
- L'émergence de nouveaux métiers (conseiller environnement, éducation pour la santé etc..) qui nécessitent la mise en œuvre de formations spécifiques ;
- Une accumulation d'actions de formation vers les professionnels de santé : pas moins de 12 des 16 plans étudiés prévoient des actions spécifiques, qui devront trouver leur place dans l'activité quotidienne bien chargée des praticiens ;
- De la même façon, une accumulation de campagnes ou d'actions d'information vers le grand public ou certains groupes à risque : tous les plans en prévoient, sans qu'un plan de communication transversal évitant le parasitage des différents messages ne soit explicitement annoncé ;

Ces constatations amènent à douter de la faisabilité de la mise en œuvre simultanée de l'ensemble des actions prévues dans les calendriers impartis, avant même de tenter d'évaluer leur impact en termes de consommation des soins et de ressources humaines et financières.

DES ENJEUX FINANCIERS MAJEURS : ONT-ILS ETE VERITABLEMENT PRIS EN COMPTE ?

UNE CONSOLIDATION IMPOSSIBLE POUR L'OBSERVATEUR EXTERIEUR

Budget de l'Etat et sécurité sociale sont les deux principaux financeurs de ces plans et programmes ; c'est pourquoi nous avons tenté de consolider l'information disponible sur ces différents budgets, ce qui ne s'est pas révélé possible.

Les documents budgétaires de l'Etat ne permettent que très partiellement à l'observateur extérieur de repérer les budgets alloués à des objectifs spécifiques, à l'exception de l'agrégat 21 du budget du ministère de la santé dont le détail fournit des

informations sur certaines priorités (SIDA, toxicomanie etc.). Toute consolidation interministérielle paraît très difficile. A fortiori, la consolidation avec la Loi de financement de la Sécurité Sociale est un exercice périlleux.

En termes d'allocation précise des budgets alloués, si la circulaire ministérielle annuelle de campagne budgétaire pour les hôpitaux financés sur dotation globale fournit quelques repères, la réalité des affectations par les ARH et les établissements peut être différente, sous la contrainte de multiples priorités ; quant aux budgets qui pourraient relever des soins de ville, le lien entre la gestion des honoraires des professionnels de santé libéraux par convention entre CNAMTS et syndicats et les plans de santé publique est encore plus ténu, à quelques exceptions près. Enfin, les coûts « intégrés », c'est-à-dire relevant de l'activité usuelle des structures, sont impossibles à isoler, dans le contexte de la comptabilité publique.

C'est pourquoi il ne faut pas s'étonner du « flou » budgétaire de la plupart des plans : recouvrement partiel des plans entre eux, multiplicité des sources de financement, insuffisance d'anticipation sur la consommation de soins sous l'effet d'actions de dépistage ou de mise à niveau des pratiques médicales, allocations budgétaires limitées à une seule année malgré le caractère pluriannuel des plans ...

CERTAINES DISCORDANCES FRAPPANTES ENTRE AMBITIONS AFFICHEES ET FINANCEMENTS ALLOUES

Néanmoins des discordances entre les ambitions affichées et les financements alloués in fine peuvent toutefois être soulignées.

En premier lieu, un ONDAM 2002 fixé en croissance de 4% par rapport à 2001, respectant en cela la tendance affichée au cours des années passées, peut-il prendre en compte l'augmentation du volume des actes infirmiers, des actes de médecine générale indubitablement générés par les plans ? L'ONDAM 2003, dont la croissance est annoncée à +5,3%, apporte-t-il une réponse à cette interrogation générale ?

Un niveau plus fin d'analyse permet d'illustrer l'inadéquation des allocations budgétaires avec les objectifs poursuivis. Deux exemples peuvent être développés à titre d'illustration :

- Celui des réseaux de santé, axe stratégique de plusieurs plans : le budget alloué par le gouvernement Jospin à l'enveloppe réseau introduite par la LFSS en 2002 (23 millions d'euros) permettrait de financer, selon notre hypothèse, les dépenses d'investissement et surtout de fonctionnement, hors dérogations tarifaires, de seulement 75 réseaux au plan local ou régional, alors que le champ, bien que difficile à recenser, est de toute évidence plus large.
- Celui du médicament : en tout premier lieu, rappelons que l'ensemble des classes thérapeutiques visées par les plans représente environ 50% des 10 797 millions d'€ remboursés en 2001 par le régime général. Ce chiffre souligne à lui seul l'impact important sur l'augmentation de la consommation que

pourraient avoir ces plans quand ils sont considérés conjointement. Au regard des sommes concernées, la question de l'adéquation d'un taux K- taux de croissance des dépenses des médicaments remboursables par la Sécurité Sociale à compter duquel les entreprises pharmaceutiques sont taxées sur leur chiffre d'affaires - fixé à +4% est d'autant plus prégnante. A un niveau plus fin d'analyse, le rapprochement des seuils d'évolution du chiffre d'affaires, fixés par le CEPS, des classes thérapeutiques intervenant dans le traitement de la maladie d'Alzheimer, de l'asthme et du diabète de type II et des évolutions prévisibles de la consommation montre une absence étonnante de cohérence entre les financements publics consentis et les priorités affichées, sur laquelle il est légitime de s'interroger.

UNE JUXTAPOSITION D'INITIATIVES QUI NE SUFFIT PAS A CONSTITUER UNE STRATEGIE DE SANTE PUBLIQUE

DES REPONSES INSATISFAISANTES A LA QUESTION : LA FRANCE A-TELLE SU DE DOTER D'UNE STRATEGIE DE SANTE PUBLIQUE ?

Cette question a appelé, au tournant du siècle, plusieurs réponses :

- Une réponse politique, avec la mise en œuvre de mécanismes destinés à faire émerger des priorités de santé publique : si ceux-ci, profondément modifiés à nouveau par la loi du 4 mars 2002, devraient permettre une expression des usagers, il n'empêche que le pouvoir de l'Etat et des experts en sort renforcé, et que les critères qui président aux choix ne sont pas explicites ;
- Une réponse institutionnelle, qui a vu la mise en place depuis le début des années 90, à la lumière des crises sanitaires rencontrées, d'un nouveau mode de gestion, en particulier par la création d'agences spécialisées, exposées dès leur enfance à des transformations importantes. Pour autant, ces profonds changements institutionnels n'ont pas été totalement intégrés par les administrations centrales de l'Etat, auxquelles d'aucuns reprochent leur gestion tatillonne et leur excès d'autoritarisme ...
- Une réponse inflationniste, voire incohérente entre priorités nationales, centralisatrices et priorités régionales ou locales que les acteurs de terrain ont à cœur de voir aboutir : gare à « l'étouffement de la maîtrise d'œuvre sous l'effet d'empilement des plans nationaux ».

Il semble qu'aucune de ces réponses ne soit véritablement satisfaisante en l'état, et l'analyse des 16 plans 2001/2002 qui chacun pris isolément s'adresse à des enjeux légitimes et comprend des mesures pertinentes, montre qu'ils visent davantage à pallier

les rigidités de notre système de santé qu'à constituer une véritable politique de santé publique.

UNE MISE EN ŒUVRE DES PLANS EXPOSEE A DE NOMBREUX ECUEILS

Les difficultés de mise en œuvre sont nombreuses :


- La complexité de notre système de santé ne favorise pas le rôle de « chef d'orchestre » que le ministre de la santé peut aspirer à jouer ;
- La charge de travail des acteurs paraît très lourde ; la multiplication des plans qui entraîne l'inévitable éparpillement de ressources humaines limitées ;
- L'adhésion de la population reste un pari, du fait notamment de l'abondance des informations diffusées et des positions parfois contradictoires de l'administration, des politiques et des professionnels ;
- L'absence de visibilité des financements alloués : l'ONDAM n'était pas déterminé, du moins jusqu'en 2002, en fonction des plans annoncés, alors qu'il est clair que leur mise en œuvre génère des consommations supplémentaires ; des actions entreprises risquent de s'arrêter, faute de pérennité dans le financement ou ne se développent pas, faute de perspectives de financement.

LES INDUSTRIELS ET PLUS LARGEMENT LE SECTEUR PRIVE : VOLONTAIREMENT OUBLIES ?

Les industriels des technologies médicales, de l'information, du médicament et plus largement le secteur privé ont-ils été volontairement les grands oubliés de ces plans ? L'industrie pharmaceutique notamment non seulement est taxée dès lors qu'elle répond aux besoins de santé publique auxquels les plans cherchent à répondre, mais sa contribution en termes d'expertise, de connaissances, d'apport d'information, de recherche & développement est complètement ignorée. Cet ostracisme, qui conduit à n'envisager cette industrie que sur le plan comptable, nie l'apport du médicament, alors que celui-ci constitue, dans bien des cas, la pierre angulaire de la prise en charge de nombreuses pathologies !

On comprend dès lors le jugement du Professeur Tubiana regrettant « l'absence de politique de santé dans notre pays » dans son discours inaugural à l'Académie de Médecine en 2002.

Jean-François Mattéi, qui en présentant le budget 2002 de son ministère, a érigé la santé publique en « priorité des priorités » est face à une entreprise difficile : sur quels critères définir des priorités de santé qui soient partagées par le plus grand nombre



Comment concilier des ressources publiques limitées dans le cadre du vote de l'ONDAM avec un financement adapté aux objectifs poursuivis, « sincère et médicalement justifié » ?

Nous espérons, avec cette analyse des 16 plans de santé publique initiés par le gouvernement de Lionel Jospin, avoir contribué à éclairer les débats sur ces questions d'actualité.