



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2002 –

**Etude des procédures des définitions des priorités
de santé.**

– groupe n° 15 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 11 élèves en formation initiale

Animatrice :

HERITAGE Zoé

Remerciements

Remerciements

L'ensemble des membres du groupe MIP n°15 tient à remercier :

- Madame Zoé HERITAGE, responsable du groupe, pour la qualité et la proximité de son encadrement,
- Mesdames P. QUELIER et F. RIOU, pour leur intervention qui nous a apporté l'éclairage théorique nécessaire,
- Mesdames et Messieurs les acteurs qui, par la disponibilité dont ils ont su faire preuve et la qualité de leurs réponses, ont apporté la matière première de cette réflexion.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU SYSTÈME DE DÉTERMINATION DES PRIORITÉS.....	3
1.1 LA DÉTERMINATION DES PRIORITÉS DE SANTÉ.....	3
1.2 LA MISE EN ŒUVRE DES PRIORITÉS DE SANTÉ.....	4
2 L'ANALYSE DES PRIORITÉS: QUELLE COHÉRENCE?	6
2.1 LA MULTIPLICITÉ DES PRIORITÉS.....	6
2.1.1 <i>A l'échelon national.....</i>	<i>6</i>
2.1.2 <i>A l'échelon régional.....</i>	<i>8</i>
2.1.3 <i>Pour quelle prise en compte des priorités régionales ?.....</i>	<i>9</i>
2.2 LE POINT DE VUE DES ACTEURS.....	10
2.2.1 <i>Les priorités identifiées par les acteurs.....</i>	<i>10</i>
2.2.2 <i>La mise en œuvre des priorités.....</i>	<i>15</i>
3 ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION.....	22
3.1 POUR UNE MEILLEURE DÉTERMINATION DES PRIORITÉS.....	22
3.1.1 <i>Une démarche stratégique plus scientifique.....</i>	<i>22</i>
3.1.2 <i>Un indispensable renforcement de la démocratie sanitaire.....</i>	<i>23</i>
3.2 POUR UNE MEILLEURE MISE EN ŒUVRE DES PRIORITÉS.....	24
3.2.1 <i>Une meilleure coordination des actions.....</i>	<i>24</i>
3.2.2 <i>Une meilleure action en amont et en aval.....</i>	<i>24</i>
CONCLUSION.....	26
BIBLIOGRAPHIE.....	28
ANNEXES.....	30

LISTE DES SIGLES UTILISES

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNS : Conférence Nationale de Santé
COG : Convention d'Objectif et de Gestion
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRPS : Crédit Régionalisé de Promotion de la Santé
CRS : Conférence Régionale de Santé
CSMF : Confédération des Syndicats de Médecins Français
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS : Direction Générale de la Santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DNO : Directive Nationale d'Orientation
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
FNPEIS : Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire
HCS : Haut Conseil de la Santé
HCSP : Haut Comité de la Santé Publique
ISA : Indice Synthétique d'Activité
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MIR : Médecin Inspecteur Régional
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ORS : Observatoire Régional de Santé
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
PRAM : Programme Régional d'Assurance Maladie
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS : Programme Régional de Santé
SREPS : Schéma Régional d'Éducation pour la Santé
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale de Médecins Libéraux

INTRODUCTION

La détermination de priorités est un des axes majeurs de la politique actuelle du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. En atteste, le récent discours de Jean-François Mattei, Ministre de la Santé, prononcé le 1^{er} octobre 2002 devant l'Académie Nationale de Médecine : " la santé est devenue un objectif à part entière, une exigence sociale".

Les dépenses de santé n'ont cessé de progresser depuis l'instauration du système d'assurance maladie. A partir du milieu des années 1970, le ralentissement de la croissance économique a conduit les responsables politiques à prendre différentes mesures de planification (en 1970¹ la carte sanitaire, en 1991² les SROS) et de maîtrise comptable*³.

La poursuite de la dégradation des comptes des organismes sociaux justifie la réforme du financement de la sécurité sociale organisée par la loi constitutionnelle du 22 février 1996⁴. Cette loi est renforcée par l'ordonnance du 24 avril 1996⁵ relative à la maîtrise médicalisée* des dépenses de santé. Cette réforme maintient le principe de régulation comptable des dépenses et surtout introduit une nouvelle approche en terme de priorités de santé publique.

Celle-ci propose une organisation du système sanitaire et social qui s'appuie au niveau national sur les priorités définies par le Haut Comité de Santé Publique (HCSP⁶) et par la Conférence Nationale de Santé (CNS). Elle permet de faire le lien avec les priorités régionales identifiées par les conférences Régionales de Santé (CRS⁷) et mises en œuvre en particulier par les Programmes Régionaux de Santé (PRS). Par ailleurs, des plans et des priorités sont émis par les structures internationales que sont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Union Européenne (UE).

Si le concept est souvent utilisé, la notion de priorité n'en reste pas moins floue. Un article de la revue Santé Publique de 2000 précise : « le terme de priorité n'est pas défini précisément

¹ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

³ Les mots marqués d'un * dans le texte renvoient à une définition dans le glossaire, en annexe 2

⁴ Loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février 1996 portant loi de financement de la sécurité sociale

⁵ Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, portant maîtrise médicalisée des dépenses de santé

⁶ Transformé en Haut Conseil de Santé par la loi n° 2002 -303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁷ Transformées en Conseil Régional de Santé par la loi n° 2002 -303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

dans le texte de loi. Il est employé à plusieurs reprises dans le texte de l'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée et dans son introduction. Il renvoie parfois à la notion de priorités d'actions, parfois à celle de priorité de santé ou de santé publique (besoins de santé prioritaires) »⁸.

Déterminer une ou des priorités de santé implique d'effectuer des choix parmi un ensemble d'options possibles. Cela conduit à privilégier, pour une période donnée, un élément destiné à améliorer l'état de santé d'une population. Mais, la nature de ces choix est très variable selon les acteurs : elle peut s'appuyer sur une approche soit médico-sociale, soit sanitaire ou encore être plutôt orientée vers une politique de prévention*.

La détermination de priorités est donc devenue une des clefs de voûte de la régulation sanitaire française.

L'existence de nombreux niveaux de décision et le flou du concept posent plusieurs questions :

- Quelle est la cohérence entre les priorités émises par différentes structures à différents échelons ?
- quelle cohérence entre les priorités des décideurs et celles proposées dans les différents plans et priorités publiées ?
- **Enfin, est-il possible de dégager LA priorité pour améliorer la santé des français ?**

Pour répondre à notre questionnement nous nous proposons de faire une analyse comparative entre les priorités définies au niveau national et celles élaborées par trois régions françaises : Languedoc-Roussillon, Pays de Loire et Rhône-Alpes. Cette étude est basée sur l'analyse des différents plans et rapports et sur des interviews d'acteurs.

Dans un premier temps, nous présenterons le dispositif de détermination des priorités de santé (sa genèse, son organisation et son fonctionnement actuel), sans toutefois en détailler le processus.

Ensuite, nous développerons une analyse comparative des différentes priorités. Nous proposerons, enfin, des pistes de réflexion susceptibles d'apporter des réponses aux questions les plus sensibles.

⁸ JARNO P., F. RIOU J. PASCAL et al. Analyse critique de la détermination des priorités de santé en France, *Santé publique* 2000, volume 12, pp 529-544

1 PRESENTATION GENERALE DU SYSTEME DE DETERMINATION DES PRIORITES

1.1 La détermination des priorités de santé

✓ ***En matière de détermination de priorités, le HCSP⁹, a joué un rôle pionnier.***

En 1984, l'OMS Europe a défini 38 objectifs pour l'an 2000, puis, en 1998, elle a publié un rapport intitulé « Santé 21 – la santé pour tous au XXI^e siècle » dans lequel elle a défini 21 buts pour améliorer la santé des européens. En France, c'est le HCSP qui a été chargé, dès 1992, par le Ministre de la Santé et de l'action humanitaire, de préparer les bases d'un plan de santé publique. Ainsi, son premier rapport « La santé en France : stratégie pour une politique de santé », publié en 1994, a esquissé ce que pourrait être une politique de santé fondée sur la notion de priorités. Le décret de 1991, cité en infra, prévoit que le HCSP publie chaque année un rapport sur l'état de santé des Français.

✓ ***Les ordonnances du 24 avril 1996 ont, par la suite, instauré un véritable système de détermination des priorités***, fondé à la fois sur le niveau national (CNS) et régional (CRS) avec un circuit d'information à double sens entre les deux échelons¹⁰.

- Au niveau national, la CNS, sur la base du rapport annuel du HCSP et des rapports des CRS, détermine des priorités de santé publique et des orientations pour l'organisation des soins.

Le Gouvernement doit tenir compte de ces priorités pour définir la politique de santé publique française. Au sein du Ministère de la santé, la DGS propose des objectifs et des priorités en matière de prévention et de protection de la santé et coordonne les programmes d'intervention.

Signalons enfin, la tenue d'états généraux de la santé (EGS) qui se sont déroulés à l'automne 1998 et au printemps 1999, et dont l'objectif était de donner la parole aux usagers. Ils ont constitué une expérience intéressante en matière de détermination de priorités de santé. Conçus comme un dispositif ponctuel, ils n'ont pas été renouvelés.

- Au niveau régional, les CRS¹¹ établissent des priorités afin d'améliorer l'état de santé de la population. Pour définir ces priorités régionales, elles s'appuient sur les données disponibles

⁹ créé par le décret n° 91-1216 du 3 décembre 1991, op. cit.

¹⁰ Cf. annexe 3

dans la région, notamment celles des DRASS et des Observatoires Régionaux de Santé (ORS).

Il existe un circuit d'information à double sens entre la CNS et les CRS¹² : les priorités définies par les CRS doivent tenir compte de celles de la dernière CNS ; à l'inverse, les rapports des CRS sont transmis à la CNS pour alimenter ses travaux.

L'Assurance Maladie intervient également dans la définition de priorités au niveau régional à travers les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)¹³.

Concernant les collectivités territoriales, elles ont, au regard des textes qui les régissent des compétences bien délimitées dans le domaine de la santé publique. Ceci étant, elles peuvent privilégier certaines priorités de santé et développer ou participer à des actions ponctuelles sur leur budget propre.

✓ ***Le Parlement est associé à la détermination des priorités.***

Le législateur se prononce, chaque année, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS)¹⁴. Ce projet doit tenir compte des priorités de la CNS¹⁵. Sa transmission s'accompagne des rapports du HCSP et de la CNS, et d'un rapport relatif à la politique de santé du Gouvernement. Le Parlement se prononce également sur les orientations du Gouvernement à l'occasion du vote du budget de l'État.

1.2 La mise en œuvre des priorités de santé

✓ ***La mise en œuvre des priorités de santé se traduit d'abord par l'élaboration de programmes d'action :***

- Les programmes nationaux thématiques qui correspondent à des priorités définies par le Gouvernement. On peut citer, par exemple, les programmes relatifs au cancer, au VIH, aux pratiques addictives, à la nutrition ou à la santé mentale.
- Les programmes régionaux de santé (PRS), élaborés sous la responsabilité des Préfets de région, qui sont un instrument privilégié pour la mise en œuvre de certaines priorités définies par les CRS.

¹¹ Transformées en Conseils Régionaux de Santé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

¹² Décret n° 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux CRS

¹³ Créées par l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale

¹⁴ Depuis la loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février 1996, op. cit.

¹⁵ Article L766 du Code de la santé publique issu de l'ordonnance 96-345 du 24 avril 1996

- Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)¹⁶ qui ont vocation à répondre à deux priorités : les difficultés de santé des personnes en situation de précarité et les inégalités d'accès aux soins.

- Les programmes régionaux d'assurance maladie (PRAM), arrêtés par les URCAM, qui ont pour objectif de promouvoir la qualité des soins au meilleur coût.

✓ ***La mise en œuvre des priorités de santé emprunte une seconde voie : la prise en compte de ces priorités par les autres acteurs du champ sanitaire :***

- Au niveau national, les Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG) signées par les caisses nationales d'assurance maladie doivent faire mention des orientations pluriannuelles de la politique du Gouvernement en matière de santé.

- Au niveau régional, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) doivent transmettre chaque année un rapport d'activité aux CRS dans lequel elles doivent présenter les actions des établissements de santé correspondant aux priorités établies par la conférence régionale¹⁷. Les Unions régionales des Caisses d'Assurances Maladies (URCAM), quant à elles, contribuent à la mise en œuvre, par chacune des caisses, des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités arrêtées par la CRS¹⁸.

✓ ***Enfin, la mise en œuvre des priorités de santé se caractérise par la volonté d'établir un lien entre priorités et financement visant une maîtrise des dépenses de santé :***

Le financement des priorités de santé repose, en partie, sur les dépenses consacrées à l'assurance maladie. A ce titre, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), fixé par le Parlement dans le cadre de la LFSS, doit tenir compte des hypothèses de croissance économique mais aussi des priorités de la CNS et du HCSP.

Le financement des priorités de santé repose également sur les crédits consacrés au budget du Ministère de la santé, en particulier pour ce qui concerne les programmes nationaux.

En fait, les priorités de santé font souvent l'objet de financements croisés. Ainsi, le financement des PRS fait intervenir la DGS, les crédits régionalisés de promotion de la santé (CRPS), le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) et l'ARH.

¹⁶ Prévus par la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

¹⁷ Article L 710-24 du code de la santé publique issu de l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996

¹⁸ Article L183-1 du code de la sécurité sociale issu de l'ordonnance 96-344 du 24 avril 1996

2 L'ANALYSE DES PRIORITES : QUELLE COHERENCE?

2.1 La Multiplicité des priorités

2.1.1 A l'échelon national

Dans son travail, le Haut Comité s'est appuyé sur une démarche visant à proposer une stratégie pour une politique de santé comme le décrit le rapport du HCSP: « Cette démarche passe par trois préalables essentiels car ils commandent toute la suite »¹⁹ :

- Le premier est celui de valeurs de référence partagées
- Le deuxième est l'adoption de conceptions de la santé débordant la seule absence de la maladie pour y ajouter les dimensions psychologiques et sociales, prendre en compte les interrelations avec l'environnement (physique et social), en saisir l'aspect positif (bien-être). Ces conceptions débouchent sur des choix d'action portant sur les modes de vie individuelle et les conditions collectives de vie et de travail.
- Le troisième est celui de l'observation des principaux problèmes de santé et de l'analyse des principaux dysfonctionnements dans l'organisation des différentes parties du système de santé.

A l'occasion d'un séminaire tenu à Enghien les 13 et 14 Juin 1992, des groupes de travail ont réfléchi sur des thèmes abordant l'essentiel des problèmes se posant alors en santé publique. Ces thèmes, bien que fixés il y a dix ans, sous-tendent, aujourd'hui encore, la réflexion du HCSP. Treize ont été retenus lors de ce séminaire préparatoire. Un premier document²⁰ a été rédigé et présenté lors de quatre consultations régionales rassemblant chacune 250 à 300 personnes.

Dans les priorités définies par le HCSP puis par la CNS, nous retrouvons des thèmes européens²¹ comme :

- les maladies cardio-vasculaires, les problèmes de nutrition,
- la prévention, le dépistage et le traitement du cancer,
- les maladies neurologiques et la santé mentale,
- l'infection à VIH.

¹⁹ HCSP , *Stratégie pour une politique de santé- propositions préalables à la définition de priorités* - décembre 1992, 109 p.

²⁰ idem p.20

²¹ cf supra 1.1

Le rapport du HCSP « *La Santé en France* », paru en 1994, établit des objectifs d'amélioration de la santé à partir d'un bilan sur l'état de santé de la population. La sélection des problèmes de santé et des déterminants^{*22} a été effectuée selon une enquête de type Delphi*.

Les problèmes prioritaires ont été sélectionnés en fonction des critères suivants : gravité, fréquence, impact socio-économique faisabilité, perception sociale. Ils mêlent ainsi le plan individuel et collectif et tiennent compte aussi de l'acceptation par la population.

Ce rapport a mis en avant quatre grands buts pour une politique de santé à moyen terme :

- Réduire les décès évitables et tout particulièrement les décès prématurés avant 65 ans chez l'homme,
- Réduire les incapacités évitables,
- Améliorer la qualité de vie des handicapés et des malades,
- Réduire les inégalités face à la santé.

Ces buts se déclinent en quatorze problèmes de santé et quatre déterminants prioritaires.

Les problèmes de santé prioritaires

<u>Mortalité évitable</u>	<u>Incapacités évitables</u>	<u>Qualité de vie des handicapés et des malades</u>
Les accidents	Les toxicomanies	Les handicaps
Les cancers	Les mauvais traitements à enfants	La dépendance des personnes âgées
Le sida et les MST	Les maladies iatrogènes et nosocomiales	Les maladies mentales
Les maladies cardio-vasculaires	Le mal de dos	La douleur
Les suicides		
Les affections périnatales		

Les déterminants prioritaires

Les consommations d'alcool	Précarité, insertion et santé
L'usage du tabac	Difficultés d'accès aux soins et à la prévention

²² Cf. annexe 4

Suite à ce rapport, la conférence nationale de santé, réunie pour la première fois en 1996, a déterminé dix priorités :

- Donner des moyens à la promotion de la santé et à son évaluation
- Coordonner les actions en faveur de l'enfance pour mieux en assurer la continuité de la maternité à l'adolescence
- Renforcer immédiatement les actions et les programmes de prévention-éducation visant à éviter la dépendance chez l'adolescent (alcool, tabac, drogue, médicaments psychotropes)
- Maintenir en milieu de vie ordinaire les personnes âgées dépendantes qui en font librement le choix
- Améliorer les performances et décloisonner le système de lutte contre le cancer
- Prévenir les suicides
- Obtenir plus d'information sur les morts accidentelles (hors accidents de la route et du travail)
- Réduire l'incidence des accidents iatrogéniques évitables, médicamenteux et non médicamenteux
- Garantir à tous l'accès à des soins de qualité
- Réduire les inégalités de santé intra et interrégionales

Comme nous pouvons le constater la conférence nationale de santé reprend les priorités définies par le HCSP.

Après avoir dégagé 10 priorités « d'égale importance » lors de sa première édition, la CNS a, jusqu'à aujourd'hui, consacré ses travaux à l'approfondissement de ces thèmes.

2.1.2 A l'échelon régional

Les priorités nationales se retrouvent dans celles des conférences régionales de santé.

Les thèmes des programmes régionaux de santé sont sélectionnés en fonction des particularités régionales, sur une liste nationale de priorités établies par le HCSP et la CNS. Une étude des conférences régionales effectuée en 1996²³ montre que le problème de santé « suicide et dépression » ressort très nettement au niveau régional. Viennent ensuite par ordre décroissant, les accidents de la voie publique, le handicap et la dépendance, les cancers, la toxicomanie, les maladies cardio-vasculaires et l'hypertension artérielle, la

²³ VERPILLAT P. État de santé et priorités de santé publique - synthèse des conférences régionales, *ADSP*, décembre 1996, n°17, pp. 16-18

périnatalité, les maladies sexuellement transmissibles et l'infection à VIH/sida. Parmi les déterminants de santé, l'alcool est le déterminant le plus fréquemment cité (19 régions). D'après les tableaux relatifs aux priorités régionales²⁴ élaborés à partir des rapports des CRS, l'accès aux soins et le triptyque alcool, drogue et tabac sont des priorités reprises à tous les niveaux : ce sont aussi bien des priorités mondiale, européenne, nationale que régionale. Aujourd'hui l'accès aux soins et la précarité ont fait l'objet de PRAPS dans toutes les régions. Le déterminant alcool est repris dans 13 PRS et dans les travaux de réflexion des CRS d'au moins 4 régions. Viennent ensuite, deux problèmes de santé : le suicide dépression (9 PRS et 6 débats dans les CRS), le cancer (10 PRS et 5 débats dans les CRS).

2.1.3 Pour quelle prise en compte des priorités régionales ?

L'étude que nous avons effectuée sur trois régions, pays de Loire, Rhône-alpes et Languedoc-roussillon, nous permet de mettre en évidence plusieurs types de priorités:

- Les priorités nationales déclinées au niveau régional par les conférences régionales de santé
- Les priorités régionales correspondant à des programmes d'action nationaux
- Une priorité nationale reprise par l'ensemble des régions dans un cadre réglementaire (accès aux soins et précarité) déclinée à travers les programmes régionaux d'accès aux soins (PRAPS)
- Des priorités nationales reprises à l'échelon régional et mises en œuvre à travers les programmes régionaux de santé (PRS)

Certaines priorités nationales n'ont pas été reprises par les CRS (le mal de dos et les infections nosocomiales)

Comme le montre l'étude précédemment citée, la prévention du suicide, l'alcoolisation excessive et les accidents de la voie publique sont les trois priorités communes à nos régions. Elles font l'objet de programmes régionaux de santé dans les régions étudiées.

De même, pouvons-nous observer une certaine évolution des priorités : en 1996, plutôt ciblées sur des déterminants (alcool) et sur des maladies (maladies cardio-vasculaires, cancer, dépression), ces priorités visent, par la suite certains types de populations (les

²⁴ Cf. annexe 5

jeunes, les personnes en situation précaires, les personnes âgées). Enfin, certaines priorités apparaissent très nettement en rapport avec des programmes d'action nationaux : nutrition/alimentation, air/santé, périnatalité, douleur.

Nous pouvons remarquer que :

- ✓ Les régions définissent de nombreuses priorités
- ✓ Dans les comptes rendus des conférences régionales de santé étudiées, apparaissent depuis deux ans, des recommandations plus ciblées sur les droits des usagers et surtout sur la nécessité de développer la prévention et la promotion de la santé.
- ✓ Les régions ont repris les priorités nationales comme cela était prévu par le décret n° 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé.

Ainsi, au regard de cette première analyse :

- ✓ La situation sanitaire et sociale de la population, propre à la région est-elle réellement prise en compte comme cela était prévu par l'ordonnance n° 96-345²⁵ du 24 avril 1996 ?
- ✓ Les priorités régionales ne sont-elles pas majoritairement la déclinaison des priorités nationales ?

2.2 Le point de vue des acteurs

Comme nous venons de le démontrer, il existe une cohérence entre priorités nationales et régionales. Mais cette première partie de l'étude n'a pas permis de dégager LA priorité, mais plutôt des priorités communes à ces deux niveaux. L'étude de terrain devrait permettre, à travers la perception des acteurs²⁶ de confirmer ou d'infirmer cette première analyse.

2.2.1 Les priorités identifiées par les acteurs

Ces entretiens ont permis de dégager une grande hétérogénéité de priorités.

²⁵ « La conférence régionale de santé analyse l'évolution des besoins de santé et procède à l'examen des données relatives à la situation sanitaire et sociale de la population, propres à la région. Elle établit les priorités de santé publique de la région qui peuvent faire l'objet de programmes dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le préfet de région. Elle fait des propositions pour améliorer l'état de santé de la population au regard de l'ensemble des moyens de la région tant dans le domaine sanitaire que dans les domaines médico-social et social»

²⁶ Cf. annexe 6

2.2.1.1 Des références différentes selon le niveau²⁷

Une référence explicite ou implicite aux priorités définies par le HCSP au niveau national avec une prise en compte plus récente des priorités régionales

S'agissant des acteurs nationaux, qu'ils relèvent des domaines de l'expertise ou de la mise en œuvre, tous s'inscrivent dans une logique globale. L'échelon national doit permettre une détermination des priorités de la politique de santé publique et des orientations pour l'organisation des soins. Ainsi, à la question²⁸ portant sur les priorités de l'institution interviewée, le HCSP nous a répondu « *les priorités pour améliorer la santé des français se retrouvent dans celles définies par le HCSP* ».

La CNAMTS précise n'avoir pas de marge de manœuvre dans l'élaboration desdites priorités, « *nous ne pouvons développer de priorités différentes de celle de la tutelle* ». Mais elle peut tout de même lancer des actions ciblées comme le dépistage du cancer.

Contrairement à l'esprit du dispositif interactif mis en place par les Ordonnances de 1996, la CNS reconnaît n'avoir pu prendre en compte les priorités déterminées au plan régional que depuis 2000, « *Il fallait prendre un rythme de croisière et il a fallu du temps pour intégrer les remontées régionales* ». Quant à la DGS, elle affirme « *il y a, à la fois reprise au niveau national de priorités identifiées au niveau régional, et vice versa* ».

Ce schéma pyramidal de détermination des priorités trouve échos au sein des institutions nationales et certains des acteurs régionaux s'y retrouvent tout à fait. Pour une des URCAM interrogées, « la politique de santé publique appartient à l'État », et pour un des MIR, « le niveau national doit attirer l'attention des régions sur des problèmes généraux macro ».

Une référence explicite aux PRS, PRAPS ou au SROS au niveau régional

Il ressort clairement du dépouillement des questionnaires que les acteurs de type gestionnaire (ARH, DRASS et URCAM) ont une vision institutionnelle des priorités. Celles à décliner au niveau régional sont généralement celles définies dans le cadre des SROS et des PRS. Une des URCAM interrogées affirme s'en inspirer très largement dans le cadre du PRAM qu'elle met en œuvre.

²⁷ Cf. annexe 7

²⁸ Cf. annexe 8

Des priorités propres à certains acteurs

Par delà une mise en œuvre mécaniste des schémas et programmes régionaux, certains acteurs peuvent décliner des priorités qui leurs sont propres, et ce, pour deux raisons :

✓ prendre en compte des préoccupations propres

Une URCAM a souhaité développer la thématique transversale de la prévention de la mortalité prématurée. Cette même URCAM nous indique aussi que certaines CPAM ont pour habitude « *de financer certaines associations sur leur budget d'action sanitaire et sociale dans un objectif clientéliste, au risque de mettre à mal la cohérence de l'ensemble* ».

✓ manifester une certaine réticence à l'égard des modalités d'élaboration des priorités

Pour une des URML, comme pour une personnalité politique locale, la préoccupation récurrente est la « *non prise en compte des problèmes de démographie médicale* ». Une association d'éducation pour la santé ne se reconnaît pas non plus dans les priorités sus énumérées, « *on sous estime les conditions de vie et de travail, voire de non-travail et leur influence sur la santé pour ne s'attaquer qu'aux risques et à l'urgence* ». Pour celle-ci, les politiques de santé publique ne ciblent que les deux âges extrêmes au détriment d'un soutien et d'une promotion de la santé pour les classes d'âge intermédiaires.

L'appropriation des priorités dépend du niveau d'implication des acteurs dans leur définition

✓ le problème de la participation et l'implication de certains des acteurs de terrain.

Il ressort de l'entretien avec une des URML, que certaines d'entre elles ne sont pas satisfaites de leur participation au CRS, « *il semble nécessaire d'associer les médecins libéraux de façon continue à tous les travaux de la CRS [...]. Beaucoup ont regretté que la consultation du terrain se limite à une sollicitation de quelques acteurs uniquement* ». Ces acteurs, libéraux ou politiques locaux reconnaissent l'importance des objectifs des CRS, mais considèrent comme insuffisantes leurs conditions de déroulement. Pour eux, « *un partenariat réel passe par une organisation commune du programme, une prise en compte des points retenus par les ateliers départementaux et les programmations d'actions pluriannuelles* ».

Il est surprenant que des acteurs qui participent aux Conférences ne se sentent pas entendus. Une part d'explication peut venir de ce que toutes les priorités retenues par le Jury ne sont pas arrêtées par le Préfet de Région comme figurant au PRS.

✓ une vision plus critique de la détermination des priorités.

Un membre de la CNAMTS déclare, « *s'agissant des grandes actions en matière de santé, les orientations sont élaborées en fonction de la conjoncture politique. Au-delà des clivages traditionnels, chaque ministre tente de marquer son passage* ». Il conclue, « *nous sommes donc face à une gestion subjective des questions de santé* ».

2.2.1.2 Des priorités en évolution

Pas de changement des priorités depuis la mise en place de la programmation stratégique mais apparition progressive de nouvelles

La constante absolue apparue lors du traitement des questionnaires est la pérennité des priorités établies depuis 1996. Quel que soit le niveau, national ou régional, et quelle que soit la nature des acteurs, expert, gestionnaire ou de terrain, tous s'accordent à dire que leurs priorités n'ont pas changé au cours des cinq dernières années.

Toutefois, il a fallu intégrer les évolutions récentes suite à la prise de conscience de l'acuité de certains problèmes. Le HCSP confirme que « *s'il n'y a pas eu changement dans les priorités, une évolution a été rendue nécessaire du fait du vieillissement de la population et du problème de démographie des professions de santé* ».

L'échelon régional s'inscrit délibérément dans une continuité conformément à la logique qui veut que toutes actions de santé publique s'inscrivent dans la durée. La pluriannualité s'est donc tout naturellement imposée.

Une évolution qui ne permet pas la prise en compte de toutes les priorités

Les acteurs rencontrés se sont quelques fois plaints de la difficulté à mettre efficacement en œuvre toutes les priorités nationales et régionales.

Pour autant, aucun d'entre eux n'a évoqué, à la question de savoir si leur priorités avaient changé depuis les cinq dernières, un possible « relâchement » sur telles ou telles priorités (faute de moyens ou de mobilisation). Il faut néanmoins maintenir une veille pour éviter que les priorités identifiées n'occulent de nouveaux problèmes.

2.2.1.3 L'absence d'un consensus sur LA priorité

Certains acteurs définissent la priorité en terme de maladie d'autres en terme de déterminants sanitaires, d'autres en terme de déterminants sociaux. La prévention est le thème qui revient le plus

Les instances nationales (expertise et gestion) s'inscrivent dans une logique d'action préventive. Pour elles, LA priorité est le développement de la prévention sous toutes ses formes. La CNS parle de la nécessité « *de mettre en avant la prévention en jouant sur les déterminants de santé* ». Quant à la DGS, elle met l'accent sur une action visant « *les addictions en ce qu'elles ont des répercussions en cascade sur certains cancers, la maltraitance et la violence routière* ». Pour la CNAMTS, il s'agit de « *prévenir toutes les pathologies liées aux effets du vieillissement* », quand la DHOS insiste sur la nécessité de développer « *l'information des usagers* ».

Pour cette dernière, la personne interviewée se place plus sur le terrain de la démocratie sanitaire que sur l'impact d'une information montrant les dangers de telles ou telles dérives comportementales.

Cohérence entre les différentes ARH, DRASS, mais pas entre les URCAM

A l'échelon régional, l'objectif prioritaire de chacun des acteurs (gestionnaires, acteurs de terrain) diffère souvent très largement selon leur typologie.

LA préoccupation des ARH interrogées est la coopération entre les structures hospitalières, mais aussi et surtout entre toutes les autres structures (URCAM, URML et associations). Une des ARH nous indique que « *la thématique des coopérations est fondamentale en ce que le SROS a défini la notion de pôle hospitalier public - privé prolongeant ainsi celle de bassin de santé* ». La volonté affichée est de prendre en compte la totalité des acteurs intervenant dans le champ de la santé publique sur ledit bassin. La priorité des DRASS s'oriente vers une prise en compte plus active de la prévention. L'une d'elle affirme « *la prévention est une obligation si l'on veut utilement agir sur la santé des français, elle passe par le développement de la prévention primaire et par une action sur les déterminants de santé* ».

En revanche, les URCAM à travers le prisme des PRAM n'ont pas donné une image unitaire de LEUR priorité. L'une privilégie la lutte contre l'alcoolisme, l'autre a eu du mal à en définir une seule. Une autre, a même clairement exprimé que sa priorité était le diabète parce que « *ça marche* ».

Sur ce dernier exemple, Il fallait comprendre que le fait, que des réseaux de prise en charge de cette pathologie existent et fonctionnent, justifiait qu'on en fit la priorité.

La priorité est différente entre les acteurs d'une même région

Au sein d'une même région la vision de LA priorité diffère selon le type d'acteur rencontré. De plus, pour un même acteur, la diversité des territoires de la région justifierait la mise en œuvre de priorités correspondant à la réalité des besoins infra régionaux. C'est l'avis d'un des MIR rencontrés, pour qui définir LA priorité régionale a aussi peu de sens que de définir une priorité unique pour Paris et le Limousin.

La nécessité de prendre en compte les besoins de la population à un échelon régional, plus proche des préoccupations des usagers, pourrait expliquer la diversité dans la définition d'une priorité unique pour améliorer la santé des français. Cette diversité peut aussi traduire un manque de recul des acteurs face aux problématiques de santé auxquelles ils sont confrontés. Elle est peut être le reflet du cloisonnement institutionnel et du manque de communication entre les acteurs de terrain.

2.2.2 La mise en œuvre des priorités

La question de la mise en œuvre des priorités traduit chez les acteurs une triple préoccupation touchant au financement, à la cohérence du système et à la nature de la démarche.

2.2.2.1 Le financement

Bien que ne figurant pas dans la liste des priorités proprement dite, il ressort de l'étude du point de vue des acteurs qu'une de leur préoccupation majeure est le financement.

Peu de lien entre le financement et la détermination des priorités

✓ Au niveau national

Le sentiment dominant est qu'il y a peu ou pas de lien. La plupart des acteurs s'accorde à dénoncer le principe de l'enveloppe globale comme ne permettant pas une adéquation entre priorités et financement. Un membre de la DGS dit clairement « *qu'il est impossible de faire la relation entre les priorités et le financement* ». la CNS rappelle qu'elle rend compte au Parlement qui vote un objectif global « *décliné par la suite par le Gouvernement* ». Seul un

membre de la CNAMTS note que « *dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion, il n'y a pas de problème de financement et même s'il en existait, il serait forcément réglé puisque le système fonctionne à guichet ouvert* ».

✓ *Au niveau régional*

Le sentiment dominant des acteurs est une absence d'adéquation entre financement et priorités. Mais il faut noter que sur ce point, un même type d'acteur n'aura pas forcément la même appréhension du problème. Une des URCAM interviewée se satisfait du dispositif de financement existant. Elle nous rappelle, « *le Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville, permet une innovation en soutenant des réseaux, quant au FNPEIS, il est une source de financement d'actions adaptée sur la base d'appel à projet* ». En revanche, une autre URCAM déplore l'absence d'un fond unique pour financer la prévention. Les DRASS ont des points de vue divergents sur le sujet. Deux d'entre elles soulignent « *l'insuffisance des financements et le fait que les associations et les hôpitaux doivent se débrouiller seuls* ». La troisième se contente du dispositif « *en ce qu'il est basé sur les priorités préalablement définies* ».

Globalement, les acteurs se plaignent de la difficulté à mobiliser des fonds pour mener les actions : une direction générale de CHU évoque un mode de financement contraint, quand une association d'éducation à la santé soulève l'aspect procédurier. Il faudrait simplifier le système, car même si les priorités appellent des financements, le temps passé à négocier est considérable.

La question des crédits fléchés et de la pérennité des financements

Les financements de priorités sont parfois fléchés. Ils s'imposent à celui qui les distribue et celui qui les reçoit. Une des ARH explique que sa marge de manœuvre est quasiment nulle, tant l'affectation des crédits est « *corsetée* ». Dans ce contexte de contraintes, les gestionnaires se doivent d'affecter ces fonds à des acteurs de terrain sans que cette priorité soit forcément la leur. Ils peuvent en ressentir une frustration importante. De la même manière, la direction générale du CHU interviewé souligne « *les crédits fléchés qui sont consentis recouvrent des domaines tels que la lutte contre la douleur et la mise en place des PASS, sans que l'on ait une liberté de choix d'affectation de ces sommes* ».

Une autre lacune afférente à l'existence de ces crédits est qu'ils sont rarement pérennes. Il en résulte une incertitude quant à la viabilité des projets financés sur leur base. Une des URCAM souligne que le Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville a vocation à aider les réseaux dans leur phase étude de faisabilité, de développement et éventuellement de prise en charge des premières années de fonctionnement. Mais « *ce dispositif temporaire*

de prise en charge financière, faute de moyens, ne nous permet pas d'accompagner plus les promoteurs de ces réseaux ». Pour ce même acteur, la cinquième enveloppe destinée au financement des réseaux ne suffira pas à couvrir les besoins. Il regrette cette politique qui le force à ne faire que du « saupoudrage ».

Trop de sources de financement et manque de coordination entre les financeurs

L'existence de financements croisés est, de façon récurrente, identifiée comme un frein à la mise en œuvre des priorités de santé publique. Si l'une des URCAM évoque la nécessité de mettre en place un fond unique pour financer la prévention, une autre se fixe comme objectif de créer un « guichet unique ». L'association d'éducation pour la santé ressent ce manque d'unicité, tant il est « contraignant de répondre à de multiples appels d'offre ». Elle ajoute que certains organismes rechignent à financer un projet craignant qu'il ne le soit par ailleurs.

Les quatre enveloppes : hospitalisation publique, hospitalisation privée, médecine ambulatoire et médico-social impliquent un fonctionnement séparé pour les dépenses et les programmes, en plus de mécanismes très différents. Trop d'intervenants, disposant chacun d'un budget restreint, ne peuvent mener une politique commune à la hauteur des besoins.

Trop d'argent sur le système de soins, pas assez sur la prévention

Les acteurs régionaux, s'accordent généralement pour déplorer le rapport financier profondément inégal existant entre la prévention et le soin, même si la prévention n'arrive pas au premier rang de leurs priorités. Pour autant, une direction générale de CHU considère qu'au vu de ses moyens, il lui est impossible de faire de la prévention. Pour elle, il n'appartient pas à l'hôpital d'en faire, « nous sommes dans une culture de l'urgence et du soin. Dans la mesure où un individu ne vient à l'hôpital que 6 ou 7 fois au cours de sa vie, il semble évident qu'un tel rôle reviendrait d'emblée aux généralistes et aux spécialistes. L'hôpital n'est pas un lieu de référence pour la prévention ». Ce discours tranche considérablement avec l'ARH locale pour qui « l'hôpital devrait être le pivot de la prévention ». Par ailleurs, elle souligne le caractère dérisoire des fonds dont elle dispose pour accompagner la mise en œuvre des PRS. « Nous n'avons qu'une enveloppe initiale de 594 000 euros que nous avons multiplié par trois. Mais que cela représente-t-il par rapport au 3,9 milliard d'euros de dotations régionales ? ».

De ce point de vue, certains acteurs ont reconnu qu'une part de la prévention était financée sur l'enveloppe médecine de ville et celle du soins (prévention du généraliste dans le cadre

du colloque singulier , prévention à l'hôpital de la part du personnel médical et para médical). Dans un récent rapport²⁹ « quel système de santé à l'horizon 2010 ? », le ministère de l'Emploi et de la Solidarité constate une prévention insuffisante et trop centrée sur les changements de comportements individuels.

Quels problèmes de santé financer ?

La plupart des acteurs pensent que l'intérêt d'une démarche d'élaboration de priorités en santé publique est de cibler les problèmes et les déterminants de santé (alcool, suicide) dont la prévalence* et/ou l'incidence* est forte. Cette position est illustrée par l'attitude des gestionnaires qui reprennent pour la plupart à leur compte les priorités des PRS.

En revanche, sur des maladies plus rares (ex. orphelines), une ARH a été catégorique en affirmant qu'il ne lui semblait pas opportun de consacrer des financements (ni pour la recherche, ni pour la prise en charge de ses malades) qui seraient imputés sur les enveloppes régionales. Tout à l'inverse, une direction générale de CHU maintient qu'il est de son devoir d'y consacrer une partie de son budget de recherche *« Celle-ci doit aider à préparer la médecine de demain, dans des domaines aussi divers que la cancérologie, la robotique ou les nouvelles thérapeutiques »*. Pour une des ARH, l'enjeu de l'affectation des moyens est fondamental, *« vaut-il mieux mettre 5 millions de francs dans un IRM plutôt que de développer la prévention pour éviter qu'à terme, les individus aient recours à cet appareillage ? »*.

La question du conditionnement de toute décision de dépense ou d'investissement public à un calcul préalable coût/avantage pour la collectivité se pose de plus en plus dans un contexte où l'efficacité* le dispute à l'efficacités*. Se pose aussi la question de la valeur ajoutée des équipements, des dispositifs et plus globalement, des politiques de santé publique. Cet acteur a voulu mettre en relief l'absence d'outil de mesure de l'impact desdites politiques.*

2.2.2.2 La cohérence du système

La prise en compte des priorités ou une interrelation complexe

Les réponses sont contrastées selon que les relations sont verticales (national - régional) ou horizontales (au sein d'une même région, entre différents type d'acteurs).

²⁹ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. *Quel système de santé à l'horizon 2010 ?*, Paris, La Documentation française, 2000

✓ Quid de la prise en compte du niveau national par le niveau régional ?

le HCSP et la CNS considèrent que la prise en compte est réelle. Le premier souligne, « *les SROS et les PRS font référence aux priorités que nous avons définies* », quand le second ajoute « *les rapports remontant des CRS confirme une prise en compte de ses priorités* ».

✓ Quid de la prise en compte du niveau régional par le niveau national?

Si la CNAMTS pense que les priorités des autres acteurs n'ont « *aucune influence* », au sens où elle ne fait que traduire les préoccupations gouvernementales, la CNS regrette de n'avoir pu prendre en compte les priorités régionales avant 2000³⁰.

Globalement, il y a, à la fois reprise au niveau national de priorités régionales, et vice versa. Ceci semble conforme à la logique du système dans la mesure où sans être des axes contraignants juridiquement, les travaux du HCSP et de la CNS doivent inspirer l'échelon régional. Le dispositif interactif semble commencer à prendre un rythme de croisière et témoigne de la volonté des acteurs de donner vie à cette forme de démocratie sanitaire.

✓ Au plan régional

Les avis divergent selon la nature des acteurs.

Les organismes gestionnaires (ARH, DRASS et URCAM) sont globalement satisfaits du degré de prise en compte, même si cette observation doit être tempérée par la position de cette ARH qui évoque « *une prise en compte de ses priorités là où existent des intérêts communs* », reprenant en cela les propos d'une DRASS appartenant à une autre région pour qui « *le partenariat ne se constitue pas avec les collectivités locales ou l'éducation nationale* ». Les maîtres d'œuvre des actions de santé publique (hôpitaux, associations et URML) ne se satisfont pas de la prise en compte de leurs priorités. La direction générale du CHU interviewée signale « *le peu de contact existant avec les URML et les URCAM, à cause notamment de nos systèmes d'information qui ne parlent pas le même langage* ». L'association d'éducation pour la santé souligne « *les hôpitaux ont d'autres soucis que la prévention, quant aux URML, même si nous avons des relations, les médecins libéraux ont une idée très élevée de leurs compétences et n'estiment pas à avoir de leçon à recevoir sur la prévention* ».

La différence d'appréhension des acteurs (gestionnaires et maître d'ouvrage) tranche avec le discours volontariste des premiers. En effet, une des DRASS s'engage à financer les mesures inscrites dans les PRS, une des ARH s'engage à prendre en considération les priorités de la CRS dans son allocation de ressources aux établissements, quand une URCAM, manifeste explicitement son souhait de poursuivre une ambition de santé publique définie au niveau régional.

³⁰ Confère sur ce point, page 12.

Le processus de détermination des priorités, une remise en question récurrente

✓ *Au plan national*

Le niveau de satisfaction est globalement élevé, ce qui n'empêche pas certains acteurs de proposer des innovations. Un des membres du HCSP évoque la possibilité pour de « *futures agences régionales de santé d'apporter une vision plus large et plus globale des priorités, et donc plus de cohérence* ». Une des personnes entendue à la DGS tranche en préconisant « *une clarification des compétences : l'État serait responsable de la définition des priorités nationales et les régions ne devraient se choisir qu'une ou deux priorités à leur échelon pour lesquelles une agence régionale de santé serait chargée de la maîtrise d'œuvre* ».

✓ *Au plan régional*

Diverses, les réponses n'en traduisent pas moins une opinion commune. Les organismes gestionnaires pensent qu'il n'y a pas de cohérence entre les priorités définies au niveau national, régional voire infra régional. Ainsi une des ARH dénonce « *l'absence de volonté politique de prendre en compte un des premiers constat du HCSP pour qui, la santé ne dépend pas que du soin* ». Il faudrait, selon elle, décloisonner les champs d'action, impliquer les hôpitaux et responsabiliser les individus. Deux des DRASS interviewées pensent, elles aussi, qu'il n'y a pas de cohérence globale tant les priorités sont nombreuses et tant le concept de santé est large et difficile à définir. La troisième, qui se satisfait de l'ensemble du dispositif, se pose toutefois la question de l'affinement des besoins à un niveau infra régional.

2.2.2.3 Qualification de la démarche entreprise

Dans le cadre des réponses apportées par les différents acteurs, des thèmes récurrents ont été abordés. Il posent le problème de l'approche globale de la santé publique et de la difficulté pour eux de se positionner.

la santé publique, une culture partagée

Souvent les acteurs désespèrent d'avoir à composer avec des rationalités différentes que les leurs. Ainsi, cette A.R.H. pour qui « *les directeurs d'hôpital ne sont pas prêts de comprendre qu'il leur appartient de faire de la prévention à l'hôpital* ». une URCAM avoue « *il est difficile d'entretenir des rapports avec les URML, qui au gré de leur présidence peuvent devenir des organes lobbystes* ».

Pour la plupart des acteurs, l'organisation du système de santé se caractérise par une segmentation et une imbrication de plus en plus prononcées des compétences et des champs d'action. La réglementation et les procédures distinguent les champs sanitaires, médico-social ou social, le secteur public et le secteur privé lucratif ou non, l'ambulatoire et l'hospitalier. Cet état du droit conduit à une difficulté de fait à conduire des actions transversales puisqu'il faut mobiliser autant d'acteurs que de champs traversés par l'action envisagée. Heureusement, au sein d'une même région, les trois acteurs gestionnaires que sont l'ARH, l'URCAM, la DRASS insistent sur la nécessaire capacité à travailler avec la population et le monde associatif.

Notons que cette notion ne fait pas l'unanimité. En 2000, la CSMF s'est plainte d'un projet visant à intégrer plus les usagers et leurs associations, « si le fait de créer une structure de débat qui réunit professionnels de santé et usagers [...] peut être une bonne idée, la CNS ne peut être cette structure. Car, au contraire, cela doit rester une structure d'expertise qui ne nécessite pas la présence structurée des usagers ».

La santé publique, une démarche scientifique

Il ressort des nombreux entretiens que le propos ne s'est pas limité à l'analyse de LA ou DES priorités pour améliorer la santé des français. Les réponses ont souvent conduit à des considérations plus spécifiques concernant les outils d'aide à la décision³¹.

L'évaluation* apparaît ainsi aux yeux de plusieurs acteurs comme un moyen de déterminer plus justement les besoins des populations. Une des ARH met en relief la nécessité d'une évaluation de nature médico-économique. La direction générale du CHU visité insiste sur la nécessité de disposer d'outils de mesure de la performance médico-économique, quand une des URCAM signale « *il n'est pas normal qu'il n'y ait aucune démarche d'évaluation quand 22% de moyens en plus ont été consacré à l'ambulatoire l'année dernière* ». Ces contraintes impliquent de procéder à une comparaison des rapports coûts/résultats* des diverses actions ou programmes de santé publique. Ceci suppose trois types d'opération : mesurer les coûts, mesurer les résultats et combiner ces deux éléments. Or, il ressort des interviews que les systèmes d'information ne sont pas conçus pour recueillir facilement les informations en vue de reconstituer de tels rapports coûts/résultats. A ce propos la direction générale du CHU avoue, « *nous avons tentés de faire que les systèmes d'information de notre structure et ceux des médecins de ville s'harmonisent, mais nous avons dû y renoncer pour des raisons de faisabilité. Le retard accumulé dans ce domaine est énorme* ».

³¹ Cf. annexe 9

L'aide à la décision a pour objectif d'éclairer les modalités de choix du décideur et non pas de se substituer à ce dernier. Peu utilisé, dans un contexte où il est pourtant de plus en plus requis d'asseoir les décisions de santé publique sur des bases rationnelles et claires, elle permettrait d'aller vers plus d'efficacité. L'enjeu de l'évaluation est donc, d'éviter que le système actuel ne perde en efficacité dans un contexte simultané d'augmentation des besoins et de resserrement des contraintes financières. Mais, si elle est nécessaire, l'évaluation se heurte cependant à des considérations de nature éthique³². En effet, le monde médical et para médical est très réservé quant à l'importance croissante accordée aux aspects économiques dans les prises de décisions.

3 ELEMENTS DE REFLEXION

L'analyse des entretiens met en relief la difficulté à dégager une ou plusieurs priorités pour améliorer la santé des français. Le constat fait de l'insuffisance des mécanismes de détermination et d'une mise en œuvre non optimale, force à réfléchir aux modalités d'un renouveau possible.

3.1 Pour une meilleure détermination des priorités

Différentes pistes peuvent être suivies pour faire en sorte que les priorités soient définies de façon plus scientifique, et dans le cadre d'une plus grande concertation.

3.1.1 Une démarche stratégique plus scientifique

Conformément à ce qui a été identifié dans le cadre des entretiens, il convient de recentrer la détermination des priorités sur une démarche plus en adéquation avec les besoins.

✓ *Rénover les outils d'aide à la décision*

Il conviendrait d'établir des outils et des critères permettant de pondérer les différents types d'information : données épidémiologiques*, démographiques et socio-économiques de la région. Le projet de loi de programmation quinquennale sur les priorités de santé publique apporte une réponse en ce qu'elle propose de repartir sur des bases objectives et sur des

³² LAMURE M. SAGNIER P.P. L'évaluation économique des actions de santé, *ADSP*, décembre 1996, n° 17, pp. 26-32.

objectifs quantifiés et quantifiables. Il a, en effet, été demandé aux DRASS de fournir un état des lieux des besoins des populations assis sur des critères précis.

Par ailleurs, il est nécessaire de mieux définir la notion de priorité. Les priorités sont, en effet, très diverses selon les acteurs (déterminants, maladie, soins..) et souvent exprimées en des termes trop généraux. De ce fait, elles ne sont pas toujours opérationnelles car les acteurs ne peuvent pas en déduire précisément les conduites à tenir.

✓ ***Rendre plus opérationnelle les agences de veille sanitaire***

Renforcer le rôle des agences de veille sanitaire et recourir à leur expertise pour déterminer les priorités de santé. Ceci permettrait de mieux anticiper les risques et de résoudre les problèmes en amont. Par exemple, concernant les maladies et risques émergents, une prévention passe par la définition de programmes de recherche, le renforcement de la veille et le contrôle sanitaire des produits destinés à l'homme³³.

3.1.2 Un indispensable renforcement de la démocratie sanitaire

✓ ***Associer davantage les usagers et les professionnels***

Le processus engagé depuis 1996 connaît un essoufflement qui a conduit à la refonte des conférences régionales de la santé au sein des conseils régionaux de santé. La composition de ces derniers devrait impliquer davantage les représentants des usagers et les professionnels de santé à la détermination des priorités. Pourtant, le risque existe d'une confiscation de la parole au profit des experts. La projet de loi quinquennale suscitée devra trouver un juste équilibre entre l'expertise et l'approche purement sociétale.

Il serait également nécessaire de se poser la question du choix final des priorités. En effet, le système actuel d'élaboration des PRS peut conduire le Préfet de région à écarter des priorités que la CRS avait au départ identifiées comme essentielles. Une redéfinition des rôles entre experts et usagers et professionnels permettrait que la démocratie sanitaire tant attendue soit enfin entendue³⁴.

✓ ***Définir un niveau territorial pertinent***

Une meilleure prise en compte des besoins des populations passe par la définition d'un niveau de détermination dit pertinent. Pour de nombreuses personnalités interviewées, l'échelon régional semble garantir une expertise, un consensus et une définition de stratégies qualitativement supérieures. Le risque existe pourtant de faire l'impasse sur des besoins infra-régionaux (fortes disparités urbaines et rurales au sein d'une même région).

³³ GAUTIER D. Maladies et risques émergents, *ADSP*, juin 1998, n°23, pp. 1.

³⁴ CHABROL R. La démocratie sanitaire, *RFAS*, avril-juin 2000, n°2, pp.103-110.

Dans le cadre de la réflexion menée par le Gouvernement sur la décentralisation*, la question de la répartition des compétences, en matière de santé publique, peut être posée.

3.2 Pour une meilleure mise en œuvre des priorités

D'autre part, il importe de disposer d'outils performants de mise en œuvre des dites priorités afin d'optimiser leur impact sur la santé des français.

3.2.1 Une meilleure coordination des actions

Réfléchir à une refonte institutionnelle qui passerait par un décloisonnement des champs de la santé publique et par une mutualisation des moyens permettrait une synergie.

✓ *Un décloisonnement nécessaire*

En plus de nuire à l'opérationnalité des programmes, le cloisonnement décrit plus haut brouille l'image du système. Certains acteurs privilégient les «ARS », quand d'autres n'y voient qu'un renforcement de la déconcentration*, sans réelle dévolution* dans la gestion du système de soins. Elle pourrait, néanmoins, être un véritable moteur de réflexion, à condition qu'elle ne constitue pas une structure supplémentaire qui s'ajouterait à celles existant. Le développement des réseaux devraient permettre une prise en charge globale des individus, luttant ainsi contre l'hospitalo centrisme.

✓ *Une mutualisation des moyens*

L'absence de fongibilité des enveloppes entre l'ambulatoire et les établissements médico - sociaux est préjudiciable. Un guichet unique, souvent évoqué, mais rarement constitué apporterait aux gestionnaires de ces fonds et à leurs bénéficiaires une souplesse dans la gestion.

3.2.2 Une meilleure action en amont et en aval

✓ *L'action en amont sur les déterminants dans un but de prévention.*

Promouvoir la prévention passe par un recensement de l'existant. C'est dans cet objectif que l'État a confié aux DRASS la mission de construire les SREPS, outil quantitatif de planification.

Agir sur les déterminants de santé et responsabiliser les usagers sur les enjeux de santé dans une logique de prévention primaire. Il est essentiel d'insister sur l'éducation à la santé

et l'information afin que les usagers tiennent suffisamment compte des déterminants de santé (prises de risques inconsidérés, comportements suicidaires, consommations excessives d'alcool, de tabac...).

Valoriser la mission de prévention des médecins généralistes, qui du fait de leur proximité peuvent sensibiliser l'utilisateur du système de santé .

✓ ***L'action en aval : développer l'évaluation***

Dresser régulièrement des bilans pour améliorer la qualité des interventions futures. L'évaluation de programmes de santé passe par l'évaluation des *moyens* (sont-ils suffisants, adaptés et en adéquation avec ce qui a été prévu initialement?), des *procédures* (sont-elles correctes, effectuées de façon rationnelle, etc.?), des *résultats* (sont-ils atteints ?) et de *l'impact* desdits programmes (mesure des effets attendus ou pas). Cette démarche impose tout de même de disposer d'un système d'information fiable.

CONCLUSION

Notre analyse nous a permis de mettre en évidence plusieurs éléments essentiels. En premier lieu, il ressort des entretiens conduits au niveau national et régional, que les priorités en matière de santé sont hétérogènes. Elles sont, très diverses et exprimées en termes de déterminants, de maladies, de soins ou d'action. Ceci peut être préjudiciable quant à leur efficacité. Certains acteurs considèrent, ainsi, que : « *trop de priorités tuent les priorités* ».

En second lieu, la multiplicité des thèmes retenus ou proposés ne permet pas de dégager LA priorité susceptible d'améliorer la santé des Français, même si la prévention est un thème récurrent. Cela illustre que conformément à la Charte d'Ottawa, la santé ne se réduit pas à la simple absence de maladie mais qu'elle représente un « état de complet bien-être physique, mental et social ».

L'amélioration de la santé des Français nécessite, d'abord, de se concentrer sur un nombre réduit de priorités afin de rendre plus efficaces les actions entreprises. Ensuite, il conviendrait de ne pas trop segmenter les problèmes de santé publique et de retenir des priorités englobant des besoins connexes. Par exemple, lutter contre les conduites addictives permet à la fois de répondre aux problèmes des accidents de la voie publique, des cancers, des violences familiales. Enfin, il apparaît indispensable de consacrer plus d'efforts à la prévention. Malgré la place qu'elle occupe dans les discours, elle ne représente aujourd'hui que 2 % des dépenses consacrées à la santé. Cette question se pose avec d'autant plus d'acuité que l'impact de la médecine curative n'a une influence qu'à hauteur de 15 % sur la santé.

Le déficit de la sécurité sociale montre qu'aujourd'hui encore, le système de santé est sous contrainte. En témoignent les différentes mesures proposées à ce sujet par le nouveau ministre de la santé : « déremboursement » de médicaments à faible « service médical rendu », remboursement des autres médicaments sur la base du prix des génériques, participation financière du patient pour les visites médicales à domicile injustifiées. La mise en place de priorités de santé publique doit donc, pour partie, passer par une maîtrise comptable des dépenses.

Mais, il importe aussi, d'accorder plus de place à la prévention. C'est dans cet esprit, que le Ministre de la santé, M. Mattei, propose un projet de loi quinquennale de programmation en santé publique. Ce nouveau dispositif a plusieurs objectifs : prévenir la mortalité et la

morbidity évitables, réduire les inégalités et préserver la qualité de vie des personnes handicapées ou dépendantes. Il entend également revoir le système de détermination des priorités de santé. Ainsi, la loi quinquennale aurait vocation à programmer des priorités sur 5 ans, établir un lien entre priorités et allocations de ressources, et favoriser la coordination des stratégies des différents acteurs.

Si ce projet se concrétise, peut être pourra-t-il, permettre d'améliorer la santé des français.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

LORIOU M. *L'impossible politique de santé publique en France*. Ramonville Saint Agne : Eres, 2002. 166 p. Collection Action Santé.

www.ccomptes.fr

Articles :

LAMURE M. SAGNIER P.P. L'évaluation économique des actions de santé, *ADSP*, décembre 1996, n°17, pp.26-32.

MOATII J.P. Priorités de santé publique. Les dangers d'une dérive utilitariste. *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 1996, n° 17, pp.38-40.

VERPILLAT P. État de santé et priorités de santé publique – synthèse des conférences régionales. *ADSP*, décembre 1996, n°17, pp. 16-18.

GAUTIER D. Maladies et risques émergents, *ADSP*, juin 1998, n°23, pp. 1.

OBERLE D., WEIL O., MC KEE M., BRODIN M. Des professionnels de santé publique européens pour exprimer dix priorités pour l'union européenne... à suivre, *Santé Publique*, 1999, volume 11, n° 4, pp. 409-425.

CHABROL R. La démocratie sanitaire, *Revue Française des Affaires Sociales*, avril juin 2000, n°2, pp.103-110.

COLLIN J.F. L'élaboration de priorités de santé en France (1995-2000) : un processus d'amélioration de la démocratie sanitaire, *Revue française des affaires sociales*, juin 2000, n°2, pp. 61-71.

GARROS B. Démocratie sanitaire et priorités en santé publique : « aujourd'hui plus qu'hier et moins que demain ! », *Revue française des affaires sociales*, juin 2000, n°2, pp.89-95.

PIOVESAN D., VINOT D. Quelles organisations en rapport avec ces politiques ? Les modèles, *ADSP*, décembre 2000, n°33, pp.37-38.

JARNO. P., RIOU. F., PASCAL J. et al. Analyse critique de la détermination des priorités de santé en France, *Santé publique*, 2000, volume 12, pp. 529-544.

GRIMAUDO O., TRUGEON A. Observer la santé dans les régions de France et d'Angleterre, *ADSP*, juin 2001, n°35, pp. 86-87.

ABALLEA P. Les agences, les priorités et les programmes de santé. *ADSP*, décembre 2001, n° 37, pp.

DUTREIL C., PERICARD B. *IASS La revue*, juin 2002, n°36, pp. 61-62.

Rapports :

Stratégie pour une politique de santé – propositions préalables à la définition de priorités, HCSP, décembre 2000.

MENARD J. *Rapport 1997*. Lille : CNS, 30 juin, 1^{er} et 2 juillet 1997. 29 p.

DE PAILLERETS F. *Rapport 1998*. Paris : CNS, 22, 23 et 24 juin 1998. 29 p.

BRODIN M. *Rapport 2000*. Paris : CNS, 21, 22 et 23 mars 1998. 67 p.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. *Quel système de santé à l'horizon 2010 ?*, Paris, La Documentation française, 2000

Textes législatifs et réglementaires :

Loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février portant loi de financement de la sécurité sociale

Loi organique n°96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, JO n°45-2250 du 6 octobre 1945

Ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Décret n°91-1216 du 3 décembre 1991 portant création du Haut Comité de la Santé Publique

Décret n°97-360 du 17 avril 1996 relatif aux conférences régionales de santé

Circulaire DGS n°97-731 du 20 novembre 1997

ANNEXES

Annexe 1 : méthodologie

Annexe 2 : glossaire

Annexe 3 : les circuits d'information

Annexe 4 : les déterminants de santé

Annexe 5 : récapitulatif des priorités de santé et tableau des priorités régionales

Annexe 6 : liste des acteurs

Annexe 7 : classification des acteurs

Annexe 8 : grille d'entretien

Annexe 9 : outils d'aide à la décision

Annexe 1 : Méthodologie

Après avoir pris connaissance du dossier relatif à notre thème, la première réunion a consisté en une présentation des membres du groupe :

Nous avons eu la chance que chacune des filières soit représentée

- ✓ 1 directeur des soins,
- ✓ 1 médecin inspecteur de la santé publique,
- ✓ 1 pharmacien inspecteur de santé publique,
- ✓ 4 élèves inspecteurs des affaires sanitaires et sociales,
- ✓ 1 élève directeur d'établissement social et médico-social,
- ✓ 3 élèves directeurs d'hôpital.

Zoé Héritage, l'animatrice du groupe, a présenté rapidement le contexte et le champ de la question posée. Les discussions ont eu pour objet de définir et de délimiter le sujet. Les éclairages de l'animatrice ont permis d'aboutir à un consensus et de définir une problématique. Restait à déterminer un programme et une méthode de travail.

I- Notre méthode:

1. Une recherche bibliographique relative aux priorités de santé

- Lecture d'articles, de rapports
- Analyse des plans de la CNS, des CRS et plus particulièrement de trois régions (Pays de la Loire, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon).

2. Des entretiens avec des acteurs impliqués dans la détermination et la mise en œuvre de priorités pouvant améliorer la santé des français.

- *Sélection du panel des acteurs impliqués dans la détermination et la mise en œuvre de priorités pouvant améliorer la santé des français.*

Le groupe a choisi de questionner des décideurs nationaux (membres de la CNS, membres du HCSP, de la DGS, de la DHOS, de la CNAMTS) et régionaux (directeur d'ARH, d'URCAM, d'URML, médecin inspecteur ou inspecteur de la DRASS, député, directeur d'hôpital, membres des CRS)

Pour autant, ce choix ne prétend pas être exhaustif. Nous n'avons, d'ailleurs, pas pu avoir pour chaque région des entretiens avec toutes les catégories d'acteurs (ex: directeurs d'hôpitaux, députés, URML)

- *L'élaboration d'une grille d'entretien par tout le groupe*

Cette grille a été construite à partir de l'étude bibliographique et de notre problématique. Le choix s'est porté sur des questions ouvertes, en souhaitant que la personne enquêtée soit libre de répondre et d'approfondir sa réponse. Les questions devaient être précises pour être comprise de la même façon par les enquêtés. Elles devaient être neutres, pour ne pas influencer l'interlocuteur.

Nous avons organisé et agencé cette grille, puis testée auprès de quelques acteurs du champ sanitaire.

- *Les entretiens*

Pour la représentativité du groupe, nous avons choisi de sélectionner les régions dont nous étions originaires. Ces régions sont diverses (forte concentration urbaine et/ou ruralité prégnante) et réparties sur le territoire.

Pour chaque décideur sélectionné, deux enquêteurs ont réalisé un entretien unique de type directif. Dans la majorité des cas, il a été réalisé lors d'une entrevue à l'aide de la grille d'entretien. Lorsqu'il n'était pas possible de rencontrer les acteurs, nous avons procédé à des entretiens téléphoniques. Les deux enquêteurs devaient être d'une filière différente. Ainsi, dans les Pays de la Loire, les entretiens ont été réalisés par un élève directeur d'hôpital et un élève inspecteur des affaires sanitaires et sociales, en Rhône-Alpes par un élève directeur d'hôpital et un médecin inspecteur de santé publique. A l'issue de chaque entretien, un compte rendu écrit a été établi et un retour oral effectué.

- *L'analyse des entretiens*

A la suite des entretiens, un corpus de données brutes a été constitué à partir des prises de notes dactylographiées sur le serveur de l'école. Ces données ont été traitées à partir d'une grille d'analyse de contenu reprenant chaque question de la grille d'entretien. Chacune des réponses des personnes interviewées a été retranscrite en unité d'enregistrement dans la grille. Il nous a été possible de dégager des thèmes et des catégories (unité significative qui permet de caractériser du contenu). Nos préoccupations, dans cette partie du travail comme dans l'analyse des plans, étaient d'obtenir des catégories les plus objectives, exhaustives, exclusives et homogènes possibles.

3. La rédaction du rapport final

La rédaction du rapport final s'est faite collégalement, des binômes respectant l'interfiliarité (ex : DES et IASS, EDH et IG, MISP et EDH, EDH et PHISP) étaient chargés de rédiger chacun une partie. Des rencontres régulières de mise en commun des travaux ainsi qu'une validation collégiale ont assuré la cohérence de l'ensemble. Les corrections ont été réalisées suivant le même modèle.

II- Les limites et les apports

1. Les limites

- Cette étude ne prétend pas être exhaustive et représentative. En effet, seul un petit nombre d'acteurs a été questionné et seulement deux échelons et trois régions ont été retenus pour l'approfondissement du sujet. Les usagers ou leurs représentants n'ont, par exemple, pas été consultés.
- Les personnes interrogées ont, quelquefois, pu se positionner à titre individuel et ne plus refléter objectivement la position de l'institution.

2. Les apports

- Ce travail permet d'approfondir un sujet de santé publique, et, par la même occasion, de s'ouvrir à d'autres logiques que celles de l'institution dans laquelle nous serons amenés à officier.
- Ce travail est une expérience riche et intense de ce que peut être la conduite d'un projet à plusieurs.
- Ce travail, synonyme d'interfiliarité, a été l'occasion de nous rencontrer et de nous connaître.

Annexe 2 : Glossaire de santé publique

Décentralisation :

- ✓ Transfert total ou partiel d'autorité entre un niveau central et un niveau local.

Déconcentration :

- ✓ Il ne s'agit pas d'un transfert mais d'une mission accordée par le pouvoir central aux services déconcentrés de l'État (DRASS, DDASS...). Il n'y a donc pas de liberté d'action, en ce que ces entités sont soumises à un contrôle a posteriori de leur action.

DELPHI:

(Méthode de recherche)

- ✓ Méthode ne s'appuyant pas sur des études épidémiologiques, mais sur des avis d'experts. Celle-ci permet d'aboutir à un consensus grâce à une démarche itérative. Les personnes interrogées doivent, par écrit et sans se rencontrer, donner un avis sur un problème posé. Une synthèse est faite de ce premier tour de consultation et une seconde consultation est organisée, demandant au vu des résultats précédents, si les personnes changent ou non d'avis.

Déterminants :

(De santé)

- ✓ *Facteurs* qui influent la santé et la longévité. Il s'agit, entre autre, des modes de vie (conduites addictives), de l'environnement, des conditions de travail ou de la précarité, etc.

Dévolution :

- ✓ Permet de renforcer des collectivités territoriales en leur attribuant la possibilité de lever des impôts et en leur donnant une large autonomie face au pouvoir central (à l'image de la consolidation du processus engagé en Espagne)

Efficacité :

- ✓ Les moyens mis à disposition de la santé doivent servir les besoins les plus importants.

Efficience :

- ✓ Les moyens mis à disposition de la santé doivent être utilisés de façon optimale.

Épidémiologie :

- ✓ "...Étude de la distribution et des déterminants de la fréquence de la maladie chez l'homme..." Mac Mahon et Pugh.

Elle est une discipline scientifique qui vise à :

- décrire et quantifier les phénomènes de santé,
- identifier les facteurs déterminants des maladies,
- permettre l'évaluation des programmes de santé.

Elle repose sur deux types d'informations : celles enregistrées en routine dans les services de santé et celles acquises par une enquête sur échantillon. Ce dernier est défini par un sondage au sein d'une population. L'extrapolation à l'ensemble de la population dépend des conditions particulières reposant sur les probabilités et l'utilisation d'outils statistiques.

Parmi les difficultés de l'épidémiologie, celles liées à la constitution des échantillons peuvent engendrer des biais de sélection ou de mesure pouvant invalider les conclusions de l'étude.

Il existe plusieurs types d'épidémiologies.

- ✓ l'épidémiologie descriptive,

Elle étudie la fréquence et la répartition des maladies, les décrit dans le temps et l'espace et les met en relation avec les facteurs environnementaux (statistiques).

- ✓ l'épidémiologie étiologique,

Elle étudie les causes de la maladie, en cherchant à les identifier et à les décrire.

- ✓ l'épidémiologie évaluative

Elle mesure les effets des actions de santé en comparant plusieurs situations liées à une action de santé.

Étude coût -avantage / bénéfiques :

(Aide à la décision)

- ✓ Elles consistent à mesurer le lien entre le coût et les résultats appréciés en terme monétaires (ce qui implique donc une valorisation de la vie humaine)

Étude coût -efficacité :

(Aide à la décision)

- ✓ Elles consistent à mesurer le lien entre le coût d'une action médicale et ses conséquences exprimées en unités physiques (ex. nombre de vie sauvée, nombre de maladie évitée, nombre d'années de vie sauvées)

Étude coût -utilité :

(Aide à la décision)

- ✓ Elles consistent à mesurer le lien entre le coût et les résultats appréciés en terme qualitatifs. Cela implique d'intégrer la notion de qualité de vie (par ex. la méthode QALY*).

Évaluation :

(des politiques publiques)

- ✓ Action de porter un jugement de valeur sur une intervention ou une procédure. Il s'agit donc de comparer entre deux état : un sans intervention, l'autre avec intervention et d'en déduire l'efficacité de cette intervention.
- ✓ Elle se subdivise en quatre types : Évaluation des moyens, des processus, des résultats et de l'impact.

Incidence :

(Taux)

- ✓ Nombre de nouveaux cas observés à une période donnée sur la population totale de référence.

Maîtrise comptable :

- ✓ École de la régulation budgétaire des dépenses de santé impliquant de ne dépenser que ce que la collectivité *peut* dépenser. Les efforts de maîtrise concernent l'offre de soins par des systèmes d'encadrement comptable (type enveloppe annuelle de dépenses).

Maîtrise médicalisée :

- ✓ École de la maîtrise médicalisée impliquant de ne dépenser que ce que la collectivité *doit* dépenser. il s'agit, en se fondant sur le critère de l'utilité médicale, d'éliminer progressivement les gaspillages et donc d'optimiser l'allocation des ressources au sein du système de santé. Elle vise à la fois la limitation des dépenses et la qualité des soins.

Morbidité :

(Taux)

- ✓ Ensemble des phénomènes pathologiques chez les individus vivants. Ces phénomènes peuvent être ressentis par les individus et/ou diagnostiqués dans la cadre des activités du système de soins et /ou objectivés par une enquête de dépistage dans une population donnée. Elle se mesure essentiellement par l'incidence et la prévalence.

Mortalité :

(Taux)

- ✓ Nombre total de décès déclarés pendant une période de temps donnée par rapport à la population

Mortalité prématurée :

(Taux)

- ✓ Mortalité survenant avant l'âge de 65 ans. Elle est un indicateur privilégié de mesure des dysfonctionnements du système de santé. On parle aussi de mortalité évitable.

Prévalence :

(Taux)

- ✓ Rapport du nombre de cas d'une maladie observé à un instant donné sur la population totale.

Prévention :

- ✓ Elle a pour objet d'*éviter* l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et de *favoriser* les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire les risques de maladies et d'accidents.

- ✓ La prévention primaire

Elle s'exerce avant la survenue de la maladie, dans le but d'en diminuer l'incidence. ce peut être une action individuelle (vaccination) ou collective (action visant à faire disparaître les facteurs de risque).

- ✓ La prévention secondaire

Elle vise à limiter le développement de la maladie par la détection à un stade le plus précoce possible (dépistage).

- ✓ La prévention tertiaire

Elle vise à limiter les rechutes et les complications et les conséquences de la maladie (déficience, incapacité, handicap).

Priorités :

(De santé publique)

- ✓ « *Problème de santé considéré comme grave au vu de certains indicateurs, et sur lequel les pouvoirs publics doivent concentrer leur action par des études, des recherches, des groupes de travail, mais aussi par des politiques structurelles* » discours de P. DOUSTE-BLAZY, ministre délégué à la santé, 1994, Conférence de presse du H.C.S.P.

Promotion :

(De la santé)

- ✓ Elle inclue toutes les actions pouvant avoir une influence sur la santé d'une population, en insistant sur la responsabilisation de l'individu et de la communauté pour le maintien de cette santé. Elle ne traite ni de guérison, ni de prévention, mais vise à mettre en place les éléments indispensables à la réalisation de ce qu'est la santé.

Protection :

(De la santé)

- ✓ Elle recouvre tout ce qui est du ressort de la prévention, permettant d'éviter l'apparition de pathologies. Il s'agit donc d'un investissement en temps et ressources pour empêcher la survenue de certaines pathologies.

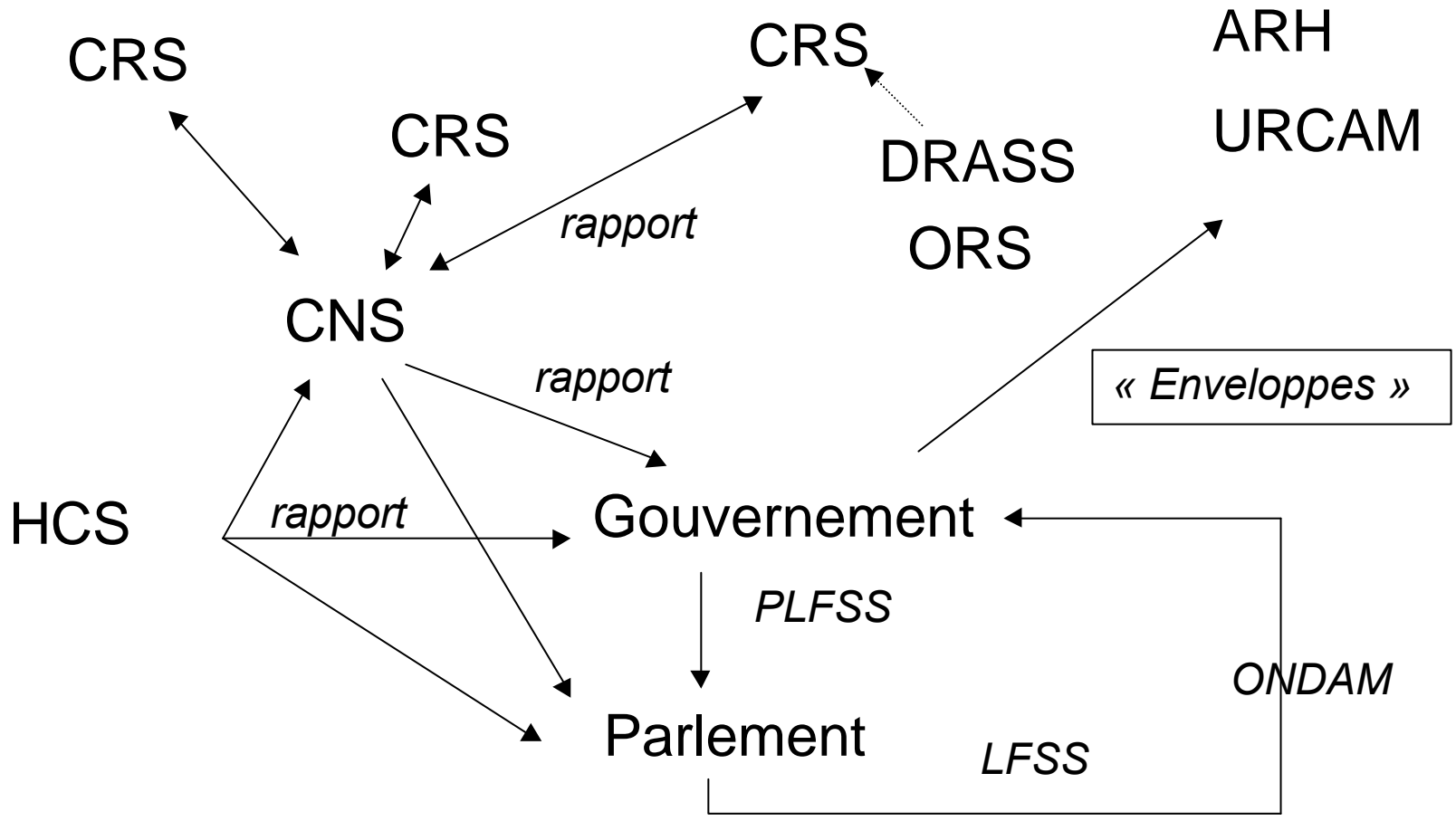
QALY :

(Indicateur qualitatif)

- ✓ Les "Quality Adjusted Life Years" mesurent le nombre moyen d'années qui restent à vivre dans divers état d'incapacité et de souffrance pour des personnes qui présentent une pathologie donnée. Les QALY sont utilisés dans les études coût -utilité.

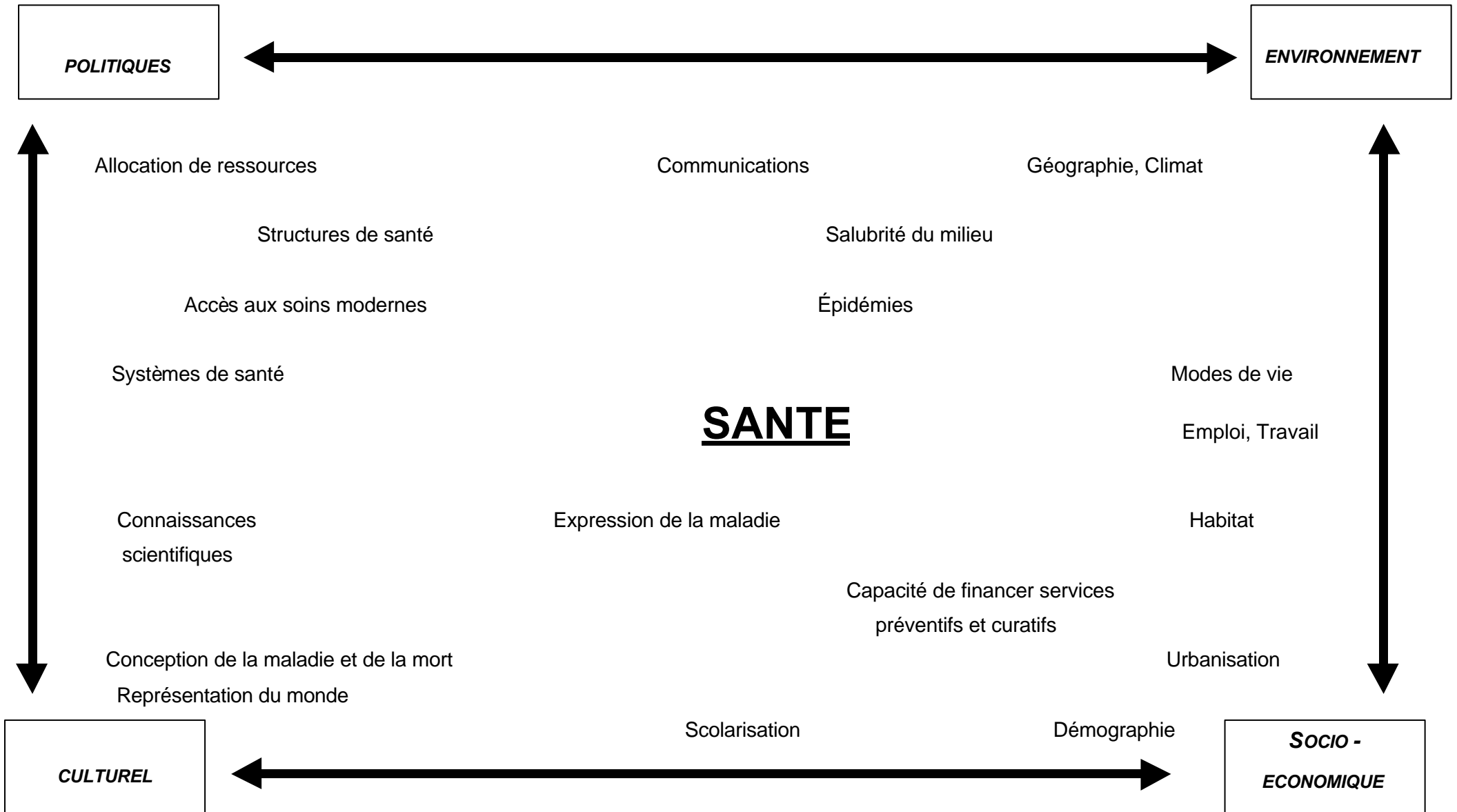
Santé publique :

- ✓ Approche collective et administrative des problèmes de santé d'une population sous ses aspects politiques, économiques, réglementaires et institutionnels. Elle est définie et mise en œuvre par les administrations compétentes au service d'une population au travers des politiques de santé.
- ✓ La priorité de la santé publique est la protection de la santé de la collectivité.



Annexe 4 : LES DETERMINANTS DE LA SANTE

Existence de liaisons négatives entre pauvreté, chômage, faible niveau culturel et santé



Annexe 5 :Récapitulatif des priorités de santé

Priorités	Niveau critères	OMS Europe (21 buts pour le XXIe)	Union Européenne (1994/2000)	National CNS (1996/2000)	Région Languedoc Roussillon CRS (1996/2001)	Région Pays de la Loire CRS (1995/2002)	Région Rhône Alpes CRS (1996/2002)
Accès aux soins (inégalités)	A	X	X	X	X prs	X prs	X prs
Alcool/Drogue/Tabac	D	X	X	X	X	X prs	X prs
Maladies mentales ou santé mentale	M	X		X	X	X	X
Personnes âgées	D	X		X	X prs	X	X
Sida et MST	M	X	X		X	X prs	X prs
Prévention/éducation	A			X	X prs	X prs	X prs
nutrition alimentation	D			X	X prs	X	X prs
Dépression et suicide	M			X	X	X prs	X prs
Cancer	M		X	X		X prs	X
Promotion de la santé	A		X	X		X	X
Accidents de la voie publique	D	X		X	X prs	X	
Précarité (solidarité)	D	X			X prs	X prs	X
Santé des jeunes	D	X			X	X	X
Environnement (pollution /air et santé)	D	X	X		X prs	X	
Périnatalité	A			X	X prs	X	
Favoriser l'appropriation culturelle et la démocratie ou associer les usagers	A			X		X prs	X
Qualité des soins	S	X				X	X
Maladies cardio-vasculaires	M			X	X		
Handicaps et dépendances	D			X	X		
Maltraitance enfants	D			X	X		
douleur	S			X	X		
Encourager la recherche pour la santé	A	X				X	
Politique et stratégie pour la santé pour tous	A	X					
Démarrer dans la vie en bonne santé	D	X					
Faire reculer les maladies	A	X					
Adopter des modes de vie plus sains	D ou A	X					
Cadre favorable à la santé	D	X					
Responsabilité multisectorielle pour la santé	A	X					
Secteur de santé intégré	A	X					
Allocations de ressources pour la santé	A	X					
Amélioration de la gestion des ressources humaines pour la santé	A	X					
Développer le partenariat pour la santé	A	X					
Maladies rares	M		X				
Surveillance de la santé	A		X				
Prévention des blessures domestiques	A		X				
Lutte contre mortalité	A			X			
Faire face au vieillissement de la démographie des professionnels de	A			X			
Coordonner actions Enfance	A			X			
Améliorer la performance des	A			X			
Soins palliatifs	S					X	
Evaluation des pratiques	A						X
Territorialisation	A						X
Information/communication							X
Réseau	A						X

A = action D = Déterminant M = Maladie S = Soins

Alcool	Suicide et dépression	Cancers	Handicap et dépendance	Accidents de la voie publique	Toxicomanie	MST et infection VIH/sida	Maladies cardio- vasculaires et hypertension artérielle	Maltraitance à enfants	Périnatalité	Diabète	Accidents du travail	Accidents domestiques
Alsace	Basse	Alsace	Centre	Bourgogne	Lorraine	Alsace	Guadeloupe	Picardie	Auvergne	Guadeloupe	Bretagne	Bretagne
Aquitaine	Normandie Bourgogne	Aquitaine	Bourgogne	Guadeloupe	Champagne	Guadeloupe	Nord Pas de	Nord pas de	Bourgogne	La Réunion	Haute- Normandie	Basse-Normandie
Auvergne	Bretagne	Auvergne	Ile de France	Poitou	Ardenne Poitou	Réunion	Calais Picardie	Calais Basse	Guadeloupe	Centre		
Basse Normandie	Haute Normandie	Bretagne	Languedoc	Charente Languedoc	Charente Nord Pas de	Martinique	Martinique	Normandie Champagne	Ile de France			
Bretagne	Lorraine	Champagne	Franche	Midi Pyrénées	Calais Ile de France	Midi Pyrénées	Moselle	Ardenne PACA	Languedoc			
Haute Normandie	Pays de la Loire	Ardenne Limousin	Comté Limousin	Bretagne	Corse	Pays de la Loire PACA	Auvergne	Languedoc	Roussillon Pays de la française			
Ile de France	Loire Poitou	Nord Pas	Poitou	Basse	Guyane		Languedoc	Roussillon Pays de la Loire				
La Réunion	Charente Rhône Alpes	de Calais Pays de la	Charente Aquitaine	Normandie Corse	française La Réunion	Rhône Alpes						
Martinique	Franche	Loire Picardie	Midi Pyrénées	Rhône Alpes	Languedoc	Languedoc						
Nord Pas de	Comté PACA	Basse	Auvergne	Pays de la Loire	Roussillon Rhône Alpes	Roussillon						
Calais Pays de la	Champagne	Normandie Lorraine	Corse									
Loire Champagne	Ardenne Aquitaine	Haute	Rhône Alpes									
Ardenne Rhône-Alpes	Midi	Normandie Centre	Pays de la Loire									
Lorraine	Pyrénées Auvergne	La Réunion										
Poitou	Languedoc											
Charente Corse	Roussillon											
Languedoc												
Roussillon												
	---	Priorités reprises dans les PRS										
	---	Priorités débattues dans les CRS										

Annexe 6 : Liste des contacts

Niveau national :

⇒ Mr Marc Brodin	: CNS (Président)
⇒ Mr Christian Nicolas	: DGS
⇒ Mr Alain Fontaine	: DGS
⇒ Mr Chevit	: Directeur ENSP – HCSP(membre de droit)
⇒ Mr Pele	: DGS
⇒ Mr Guy Nicolas	: DHOS- HCSP- CRS Pays de la Loire
⇒ Mme Danielle Metzen	: CNAM

Niveau régional :

▪ Pays de la Loire

⇒ Mr Pierre Hellier	: Député de la Sarthe
⇒ Mme Krawczak	: Directrice adjointe de l'ARH
⇒ Mme Savary	: Directrice adjointe URCAM
⇒ Mr Levent	: Responsable des PRS à la DRASS

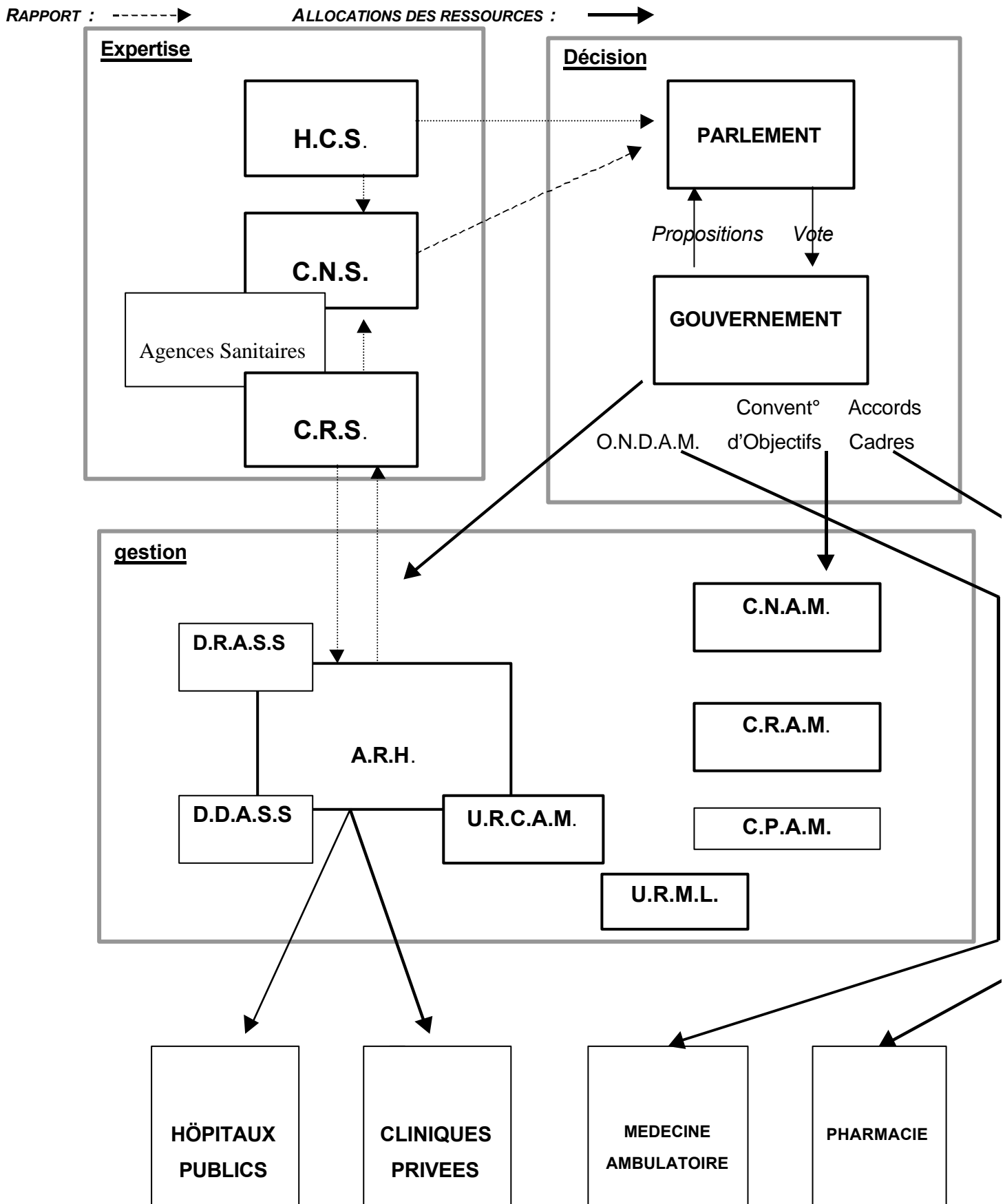
▪ Languedoc- Roussillon

⇒ Mr le Dr Moliner	: URML
⇒ Mr Keller	: DRASS adjoint
⇒ Mr Rémy Fromentin	: Directeur URCAM
⇒ Mr Romarin	: IPASS de DRASS-Membre CRS

▪ Rhône-Alpes

⇒ Mr Grison	: Directeur adjoint des HCL
⇒ Mr Marsala	: Médecin inspecteur régional
⇒ Mr Dorme	: Président de l'URCAM
⇒ Mr Vanderbergh	: Secrétaire général ARH
⇒ Mr Bouché	: Ex-membre CNS et actuel directeur CRAES

Annexe 7 : Classification des acteurs



Annexe 8 : Grille d'entretien

1 – Quelles sont actuellement les priorités de votre structure pour améliorer la santé des français ? (3)

2 – S'il ne devait en rester qu'une, quelle serait pour vous la priorité ?

3 – Vos priorités ont-elles changées durant les 5 dernières années ? Pourquoi ?

4 – Vos priorités vous semblent-elles prises en compte par les autres acteurs / décideurs / institutions ?

5 – Quelle influence les priorités définies par les autres acteurs ont-elles sur les vôtres ?

6 – Pour vous, y a-t-il cohérence entre les priorités définies au niveau national, régional, local ?

Si non, à votre avis, comment peut-on améliorer les choses ?

7 – Le financement vous semble-t-il en adéquation avec les priorités définies ?

8 – La priorisation est-elle compatible avec l'amélioration de la santé des français ?

Annexe 9 : L'aide à la décision en matière de détermination des priorités

