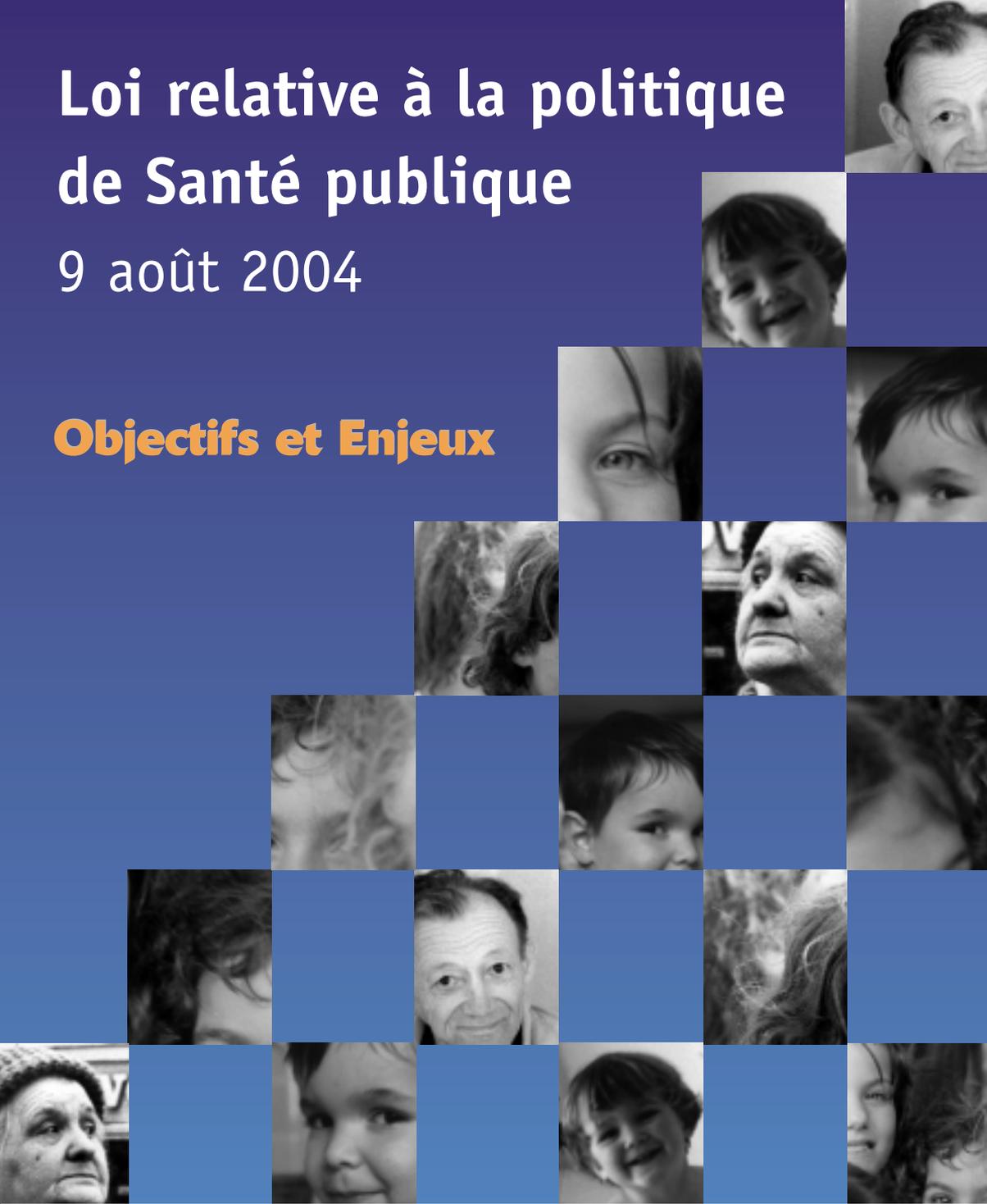


# Loi relative à la politique de Santé publique

9 août 2004

## Objectifs et Enjeux



## Brochure pédagogique



Direction générale de la Santé

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)



**La loi du 9 août 2004  
relative à la politique de santé  
publique**

*Cette brochure est une publication  
de la Direction générale de la Santé*

<b>A – Pourquoi une loi relative à la politique de santé publique ?</b> .....	<b>4</b>
<b>I – Un diagnostic partagé</b> .....	<b>4</b>
<i>L'état de santé des Français : deux paradoxes</i> .....	4
<i>Système de santé : deux éléments clefs</i> .....	5
<i>Deux objectifs prioritaires</i> .....	5
<i>Deux nécessités</i> .....	6
<i>Deux ressources</i> .....	6
<i>Deux niveaux d'action déterminants</i> .....	6
<i>Deux contraintes d'efficacité</i> .....	6
<i>Deux outils communs aux acteurs de santé</i> .....	7
<i>La loi relative à la politique de santé publique</i> .....	7
<b>II – Les principes d'action de l'État</b> .....	<b>8</b>
<i>L'action de l'État (et de ses partenaires) se juge sur l'amélioration de l'état de santé de la population</i> .....	8
<i>Responsabilité</i> .....	8
<i>Résultats</i> .....	8
<i>Rationalisation</i> .....	8
<i>La région est définie comme le niveau optimal de la planification des actions et de la coordination des acteurs</i> .....	9
<i>Réseau</i> .....	9
<i>Les fondations d'une « maison commune »</i> .....	9
<b>B – L'organisation des acteurs de la santé</b> .....	<b>10</b>
<b>I – De la Nation à la Région : une démarche commune</b> .....	<b>10</b>
<i>Organisation administrative et programmation par objectifs</i> .....	10
<i>Un État garant</i> .....	11
<i>Expertise</i> .....	11
<i>Concertation</i> .....	12
<i>Décision</i> .....	12
<i>Mise en œuvre</i> .....	12
<i>Coordination</i> .....	12
<i>Évaluation des résultats des politiques de santé</i> .....	13
<i>Récapitulatif au niveau national</i> .....	13
<i>Récapitulatif au niveau régional</i> .....	14
<b>II – L'organisation des acteurs de santé : le niveau national</b> .....	<b>15</b>
<i>Le Haut Conseil de la santé publique</i> .....	15
<i>La Conférence nationale de santé</i> .....	15
<i>Le Gouvernement</i> .....	15



**La loi du 9 août 2004  
relative à la politique de santé  
publique**

*Cette brochure est une publication  
de la Direction générale de la Santé*

<i>Le Parlement</i> .....	15
<i>Le Comité national de santé publique</i> .....	15
<i>L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé</i> .....	16
<i>Récapitulatif</i> .....	16
<b>III – L'organisation des acteurs de la santé :</b>	
<b>le niveau régional</b> .....	17
<i>La Conférence régionale (ou territoriale) de santé</i> .....	17
<i>Le représentant de l'État</i> .....	17
<i>Le Groupement régional (ou territorial) de santé publique</i> .....	17
<i>Le Conseil régional</i> .....	17
<i>Récapitulatif au niveau régional</i> .....	18
<b>C – Une logique de résultats</b> .....	19
<b>I – Des objectifs explicites :</b>	
<b>priorités, programmes, plans</b> .....	19
<i>Thématique générale</i> .....	19
<i>Les objectifs pluriannuels de la politique de l'État</i> .....	19
<i>Les plans et programmes nationaux</i> .....	19
<i>Les plans stratégiques pluriannuels</i> .....	20
<i>Les autres plans</i> .....	20
<i>En outre, la loi inclut différentes mesures nécessaires à la mise en œuvre de la politique de santé publique et à l'atteinte des objectifs pluriannuels</i> .....	20
<i>Au niveau régional, l'état des lieux est concrétisé par « le diagnostic régional partagé »</i> .....	21
<i>Le Plan régional de santé publique (PRSP)</i> .....	21
<i>Récapitulatif</i> .....	22
<b>II – Vers un tableau de bord de la santé en France</b> .....	23
<i>Des objectifs quantifiés</i> .....	23
<i>Des objectifs définis en plusieurs étapes</i> .....	23
<i>Cadre de référence : une approche populationnelle</i> .....	23
<i>Identification des problèmes de santé</i> .....	24
<i>L'appréciation de l'importance du problème de santé repose sur un ensemble de données</i> .....	24
<i>Établir un lien explicite entre un problème et un objectif de santé</i> .....	25
<i>Principes de la politique de santé</i> .....	25
<i>Quantification des objectifs</i> .....	25
<i>Indicateurs</i> .....	26
<i>Le tableau de bord de l'état de santé de la population</i> .....	26
<i>Conclusion</i> .....	26



**La loi du 9 août 2004  
relative à la politique de santé  
publique**

<b>D – Agir dans la durée</b> .....	<b>27</b>
<i>Une nécessité</i> .....	27
<i>Un cadre de référence</i> .....	27
<i>Une logique de résultats</i> .....	27
<i>Rationalisation des actions</i> .....	27
<i>Région</i> .....	28
<i>Réseau</i> .....	28
<i>Agir dans la durée : l'enjeu de la modernité</i> .....	28
<i>Agir dans la durée : l'enjeu citoyen</i> .....	28

LE LECTEUR SE REPORTERA AVEC PROFIT AUX MODULES  
OPTIONNELS POUR OBTENIR PLUS DE PRÉCISIONS SUR LES POINTS  
QUI L'INTÉRESSENT.

*Cette brochure est une publication  
de la Direction générale de la Santé*

# LA LOI DU 9 AOÛT 2004 RELATIVE À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

---

## A - POURQUOI UNE LOI RELATIVE À LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE ?

### ■ Module I



diapositives I-2

### I – Un diagnostic partagé

La santé est une préoccupation première des citoyens, des élus et des pouvoirs publics. Depuis 1991, le Haut Comité de santé publique a rassemblé experts et représentants du monde de la santé afin d'établir tous les 4 ans un état des lieux de la santé des Français. Ses rapports, publics, ont permis progressivement d'établir un diagnostic, dont les données et les conclusions sont partagées par la majorité des acteurs concernés. Il s'agit d'un diagnostic global : nos systèmes d'information ne sont pas suffisamment performants pour que les évolutions de l'état de santé de la population soient évaluées et interprétées avec précision, comme l'ont bien mis en évidence les travaux du Groupe national technique de définition des objectifs (GNTDO) chargé de préparer les objectifs de santé publique et les moyens d'évaluer leur atteinte. Ce rapport porte à la fois sur la santé de la population et sur le système de santé.



diapositives I-3

### *L'état de santé des Français : deux paradoxes*

Globalement, l'état de santé de la population française se caractérise par deux paradoxes. D'une part, la France est un pays où l'espérance de vie est une des meilleures au monde pour les personnes âgées de plus de 65 ans, mais où elle est la plus faible en Europe (avec le Portugal) pour les personnes de moins de 65 ans. La plupart des causes de cette surmortalité prématurée sont en principe évitables : elles tiennent à des comportements individuels ou collectifs modifiables (consommation de tabac et d'alcool, accidents, suicides, etc.).

D'autre part, l'ensemble des soins est accessible à la plupart des citoyens français. Pour l'OMS, le système de soins français est même le meilleur du monde. Cependant, il existe de profondes inégalités de santé, sociales, géographiques ou liées aux handicaps. Des travaux de plus en plus nombreux

montrent que ces trois types d'inégalités sont liés, sans que l'on puisse établir des relations de cause à effet simples. Il n'en demeure pas moins que, par exemple, l'espérance de vie à 35 ans des professions libérales et des cadres est en moyenne de 6,5 ans plus longue que celle des ouvriers au même âge.



diapositives I-4

### **Systeme de sante : deux elements clefs**

Notre système de santé présente deux traits qui diminuent son efficacité d'ensemble. Le premier porte sur la démarche générale à l'égard de la santé.

Il existe deux façons d'appréhender celle-ci. L'approche par la personne correspond aux comportements individuels, aux demandes spontanées de soins et à l'action des professions de santé envers les personnes malades ou les usagers du système de santé considérés individuellement. L'approche populationnelle appréhende les problèmes de santé par les éléments communs à une population ou à un groupe de population et qui favorisent ou nuisent à la santé. Elle permet de pallier les insuffisances du jeu spontané des acteurs.

Par exemple, lorsqu'un médecin mesure la tension artérielle d'un de ses patients, il s'agit d'une approche individuelle (qui est d'ailleurs une approche de prévention). Pendant longtemps, la plupart des personnes ayant une tension artérielle trop élevée n'ont pas de symptôme. Elles ne vont donc pas consulter un médecin, sauf éventuellement si une campagne d'information leur conseille de le faire, notamment si elles ont 45 ans ou plus. Ici, l'approche est populationnelle.

Dans notre système de santé, il existe un déséquilibre important entre les deux approches : les ressources allouées à la demande spontanée de soins (approche par la personne) sont bien plus élevées que l'approche populationnelle.

Le second élément qui diminue l'efficacité globale de notre système de santé est la très grande dispersion de ses acteurs et des compétences qui leur sont propres, d'autant plus importante que, depuis quelques années, les initiatives se multiplient.

### **Deux objectifs prioritaires**

Au terme de ce bilan, il se dégage donc deux objectifs prioritaires concernant l'état de santé de la population : réduire la mortalité et la morbidité évitables, en particulier celles des populations fragilisées ; réduire les inégalités de santé. De ce point de vue, les inégalités régionales sont importantes à prendre en compte. Il existe en effet un fort gradient de mortalité entre le nord et le sud du pays : l'espérance de vie à la naissance varie de plus de 10 ans entre les zones d'emploi du nord et du sud de la France (période 1988-1992).



diapositives  
I-5, 6 et 7

Ces deux objectifs sont liés : de nombreux travaux montrent que les inégalités de santé expliquent pour une bonne part la mortalité prématurée. Ainsi, les comportements à risque pour de nombreuses pathologies (consommation de tabac et d'alcool, sédentarité) sont plus fréquents dans les groupes les plus défavorisés, alors que l'accès au dépistage, à une alimentation saine et à l'activité physique y sont plus rares.



diapositives I-8

### **Deux nécessités**

Pour atteindre ces objectifs, il faut corriger notre système de santé sur deux points. D'une part, il faut cesser d'opposer soins et prévention. De nombreux actes de soins sont aussi des actes de prévention, comme le montre l'exemple de la mesure de la tension artérielle réalisée au cabinet médical. En revanche, il est nécessaire de développer l'organisation de la prévention en fonction des différents groupes de population. D'une manière générale, il faut optimiser les compétences existantes : les cibler, c'est-à-dire définir qui fait quoi, les rassembler et les organiser en un ensemble cohérent. D'autre part, il faut développer l'approche populationnelle de la santé, notamment en prenant en compte l'ensemble de ses déterminants (environnementaux, sociaux, culturels). Là encore, ces deux points sont liés.



diapositives I-9

### **Deux ressources**

Pour y parvenir, la France bénéficie de deux atouts. Depuis longtemps, les acteurs de santé développent de nombreuses initiatives pour améliorer la qualité et l'efficacité de leur travail. Notamment, ils établissent des liens entre eux dans les réseaux, promouvant ainsi une culture de concertation et de coopération. L'ensemble des Français reconnaît la légitimité de l'État pour les questions de santé. Personne ne conteste sa responsabilité à cet égard.



diapositives I-10

### **Deux niveaux d'action déterminants**

Dans un pays comme la France, toute politique de santé doit être nationale. Mais, pour être efficace, elle doit être relayée localement et tenir compte des spécificités territoriales. Le Haut Comité de santé publique a préconisé le niveau régional comme optimal pour organiser la coopération de l'ensemble des acteurs de santé, parce qu'il permet une proximité réelle avec les populations ciblées. Cette appréciation est partagée par l'ensemble des représentants de ceux-ci.



diapositives I-11

### **Deux contraintes d'efficacité**

Pour autant, une politique nationale de santé ne signifie pas que l'État détient le monopole de la santé publique. Le champ de celle-ci dépasse largement le champ de ses compétences, même s'il en est l'animateur désigné. Il recouvre l'ensemble des compétences des acteurs de santé et des usagers du système de santé. Dès lors, il est nécessaire de construire un consensus entre eux et l'État.

Ce consensus ne peut être construit qu'à la condition de pouvoir évaluer l'efficacité de ce qui est mis en œuvre sur la santé de la population. Cela implique de mieux connaître les évolutions de celle-ci.

### ***Deux outils communs aux acteurs de santé***

Dans un État de droit, le consensus national est d'abord établi par la Représentation nationale (Assemblée nationale et Sénat), qui dispose de la loi. Plusieurs lois ont été promulguées visant à l'amélioration de notre système de santé : loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique, loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. La loi organique relative aux lois de finances concerne aussi notre système de santé, puisqu'elle vise à améliorer l'efficacité, la transparence et le contrôle par le Parlement des ressources financières.

Mais il faut aussi un cadre juridique cohérent et clair pour les actions de santé publique. C'est le but de la loi 806-2004 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Pour une grande part, cette loi procède de la méthode de programmation par objectifs. Cette méthode est aujourd'hui largement validée dans le monde entier pour son efficacité et pour le partenariat qu'elle implique, dans le champ de la santé publique comme dans de nombreux autres. Elle n'est pas la seule valable, mais elle est la seule que puissent partager tous les acteurs de santé. Il s'agit avant tout d'une façon de structurer l'approche d'un problème de santé dans des étapes identifiables par tous. Il y est largement fait recours dans les modules présentés ici, y compris celui dont le lecteur vient de prendre connaissance.

### ***La loi relative à la politique de santé publique***

**Qu'apporte cette loi ?** – Elle reprend la notion de prévention définie par la loi du 4 mars 2002 mais la replace dans un cadre plus large de santé publique. Elle définit des objectifs nationaux de santé publique, exprimés en résultats sur l'état de santé de la population. Pour les atteindre, elle détermine des plans et des programmes nationaux de santé publique, donne à la Nation les instruments d'action dont elle a besoin pour mener une politique de santé publique et organise le partenariat des acteurs de santé. Elle définit la région comme le niveau optimal de ce partenariat et donne les moyens de tenir compte des spécificités régionales. Enfin, elle permet l'évaluation de l'ensemble des actions menées.



diapositives I-12



diapositives I-13

## ■ Module II

## II – Les principes d'action de l'État

**Il est proposé aux acteurs de santé de partager avec l'État un principe cardinal et cinq principes opératoires.**

Ce sont les principes qui ont guidé l'élaboration de la loi relative à la politique de santé publique et dirigent sa mise en œuvre.



diapositives II-2



diapositives II-3

### ***L'action de l'État (et de ses partenaires) se juge sur l'amélioration de l'état de santé de la population***

C'est le principe cardinal qui oriente l'action de l'État. Il est proposé que ce principe guide les efforts de tous : l'action est jugée sur l'amélioration de l'état de santé de la population cible.

Cette amélioration porte en priorité sur l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus fragilisées.



diapositives II-4

### ***Responsabilité***

L'État affirme sa responsabilité à l'égard de la santé de la population en définissant tous les 5 ans les objectifs de la politique de santé publique par une loi. Dans un rapport annexé à la loi, le Gouvernement précise les objectifs de la politique de santé publique et les plans stratégiques qu'il entend mettre en œuvre. Le Parlement débat, amende et vote la loi quinquennale. Il peut à tout moment évaluer son application, en tout ou en partie, par l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.



diapositives II-5

### ***Résultats***

Les objectifs que détermine la loi sont clairement énoncés et, chaque fois que possible, quantifiés. Ils portent sur l'amélioration de l'état de santé de la population. Ils sont évalués tous les 5 ans (avant la promulgation d'une nouvelle loi quinquennale) et suivis annuellement.



diapositives II-6

### ***Rationalisation***

La santé publique est une notion clairement affirmée dans l'intitulé même de la loi, pour la première fois depuis la loi de 1902 « relative à la protection de la santé publique ». Le rôle de l'État est clarifié : fixer les objectifs pluri-annuels, garantir les résultats sur l'amélioration de l'état de santé de la population, impulser les actions nécessaires, en particulier la coordination des acteurs. L'expertise, la concertation et la décision font l'objet de structures institutionnelles précises. Les niveaux d'action sont organisés, au niveau national comme au niveau régional. Les actions sont programmées dans des Plans stratégiques pluriannuels, des plans et des programmes.



diapositives II-7

### ***La région est définie comme le niveau optimal de la planification des actions et de la coordination des acteurs***

La loi prévoit les outils nécessaires à la mise en œuvre régionale des objectifs de santé : une Conférence régionale de santé pour la consultation des acteurs, contribuant à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique; un Plan régional de santé publique pour la coordination des programmes et des actions, arrêté par le représentant de l'État et évalué tous les 5 ans; un Groupement régional de santé publique (GRSP), sous la forme d'un groupement d'intérêt public, associant obligatoirement l'État et l'assurance maladie, et s'ils le souhaitent le Conseil régional et les autres collectivités territoriales. Le GRSP est chargé de la mise en œuvre des programmes de santé définis par le Plan régional de santé publique.



diapositives II-8

### ***Réseau***

L'État favorise la culture de réseau, en organisant le partenariat des acteurs de santé. Il ambitionne le rapprochement du monde de la santé publique, du monde des soins et du monde médico-social.



diapositives II-9

### ***Les fondations d'une « maison commune »***

Ainsi, par la fixation d'un cadre de référence permettant des actions organisées et concertées et favorisant le partenariat des acteurs, par la définition d'objectifs relevant de la responsabilité de l'État, la loi dote le pays des fondations dont il a besoin pour qu'il soit possible d'améliorer l'état de santé de la population.

# B - L'ORGANISATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ

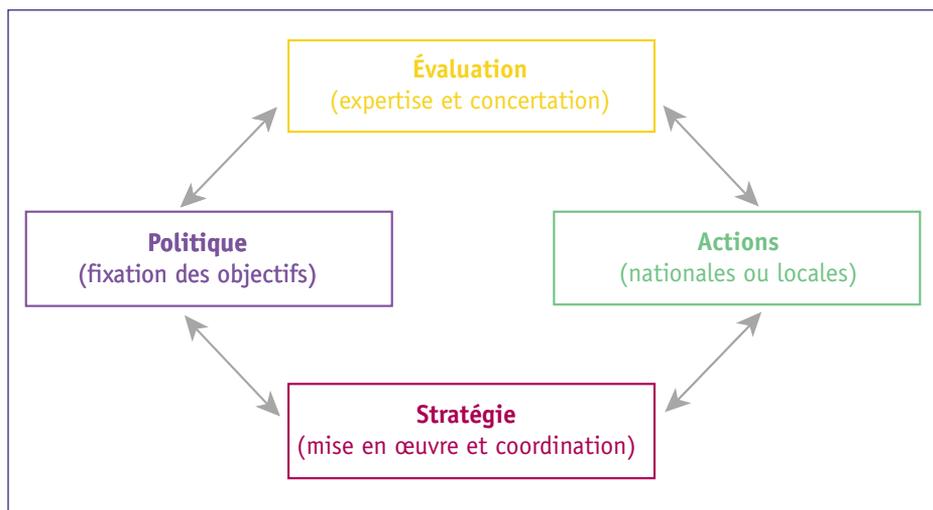
## ■ Module III I – De la Nation à la Région : une démarche commune



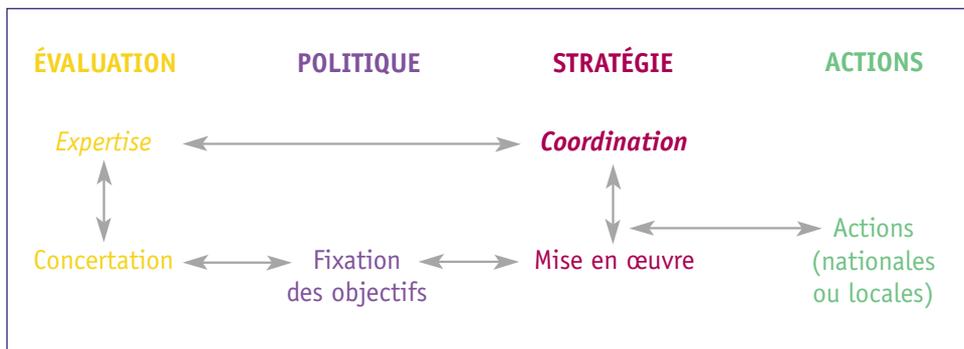
diapositives  
III-2 et 3

### **Organisation administrative et programmation par objectifs**

La loi relative à la politique de santé publique organise le partenariat des acteurs de santé au moyen d'institutions qui répondent à un souci de cohérence avec les principales étapes de la programmation par objectifs. Celle-ci débute par une évaluation du problème de santé (état des lieux du problème et de son contexte, par l'expertise et la concertation), qui permet de fixer des objectifs (niveau décisionnel, politique au sens large du terme, puisqu'il détermine l'ensemble des actions qui seront menées). Suit le choix des programmes à mettre en œuvre, incluant leur coordination et leurs moyens (stratégie), puis la mise en route des actions prévues par les programmes. Au terme de ce parcours, l'évolution du problème de santé initial et chacune des étapes sont évaluées. Le nouvel état des lieux permet d'orienter la politique future.



Expertise et concertation, fixation des objectifs, mise en œuvre des programmes, coordination des acteurs, actions forment un « cercle vertueux » : chacune de ces « étapes » est autonome mais dépend aussi de la qualité des autres et contribue à leur efficacité. La formalisation de ce « cercle vertueux » permet de s'orienter dans la complexité des problèmes et des solutions apportées.



diapositives III-4

### **Un État garant**

Garant de l'intérêt général, l'État l'est par conséquent de la protection de la santé et de la cohérence des initiatives des acteurs de santé (y compris les siennes) entre elles et avec les attentes des citoyens. Cette cohérence est d'abord garantie par les institutions que la loi met en place pour la bonne réalisation de chacune des étapes décrites, tant au niveau national, de sa responsabilité qu'au niveau régional, défini comme le niveau territorial optimal de la coordination des acteurs de santé.



diapositives III-5

### **Expertise**

Au niveau national, cette fonction est dévolue au Haut Conseil de la santé publique. Dans un souci de clarification et de précision des moyens, la fonction d'expertise revient à une seule institution, qui reprend les missions du Haut Conseil de la santé instauré par la loi du 4 mars 2002 (succédant au Haut Comité de santé publique) et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Au niveau régional, il existe déjà de nombreuses instances d'expertise, qui ont fait la preuve de leur efficacité et poursuivent chacune des buts spécifiques. Leurs travaux sont rassemblés dans la Conférence régionale de santé.



diapositives III-6

### **Concertation**

Au niveau national, elle a lieu au sein de la Conférence nationale de santé, organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la Santé. Elle comprend notamment des représentants des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi que des représentants des Conférences régionales de santé.

Au niveau régional, la Conférence régionale de santé est en charge de la concertation. Elle veille particulièrement au respect des droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Elle est consultée par le représentant de l'État.



diapositives III-7

### **Décision**

Au niveau national, les objectifs de santé publique sont fixés tous les 5 ans. Le Gouvernement les précise dans un rapport annexé à la loi, ainsi que les plans stratégiques qu'il entend mettre en œuvre pour les atteindre. Le Parlement examine, amende et vote la loi.

Au niveau régional, c'est le représentant de l'État qui arrête le Plan régional de santé publique (principe de responsabilité), ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région, après consultation de la Conférence régionale de santé.



diapositives III-8

### **Mise en œuvre**

Au niveau national, le ministère de la Santé poursuit les missions qui lui sont imparties. La loi recentre l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé sur sa mission de mise en œuvre des programmes de santé publique de l'État.

Au niveau régional, la loi crée les Groupements régionaux (ou territoriaux) de santé publique, qui ont la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'État, l'Agence régionale de l'hospitalisation et l'assurance maladie, et, s'ils le souhaitent, la Région et les autres collectivités territoriales. Il est chargé de mettre en œuvre les programmes de santé publique contenus dans le Plan régional de santé publique.



diapositives III-9

### **Coordination**

Au niveau national, le Comité national de Santé publique est chargé de l'élaboration interministérielle de la politique de santé publique. Il fusionne les missions du Comité national de la sécurité sanitaire et du Comité technique national de prévention.

Au niveau régional, la coordination s'exerce au sein même du GRSP, du fait même du partenariat qu'il organise (il est inutile de multiplier les structures).



diapositives III-10

## Évaluation des résultats des politiques de santé

Au niveau national, le Haut Conseil de la santé publique est chargé de l'évaluation de la réalisation des objectifs nationaux et de leur suivi annuel. Cette évaluation lui permet de contribuer à la définition des objectifs pluri-annuels que la loi doit redéfinir tous les 5 ans.

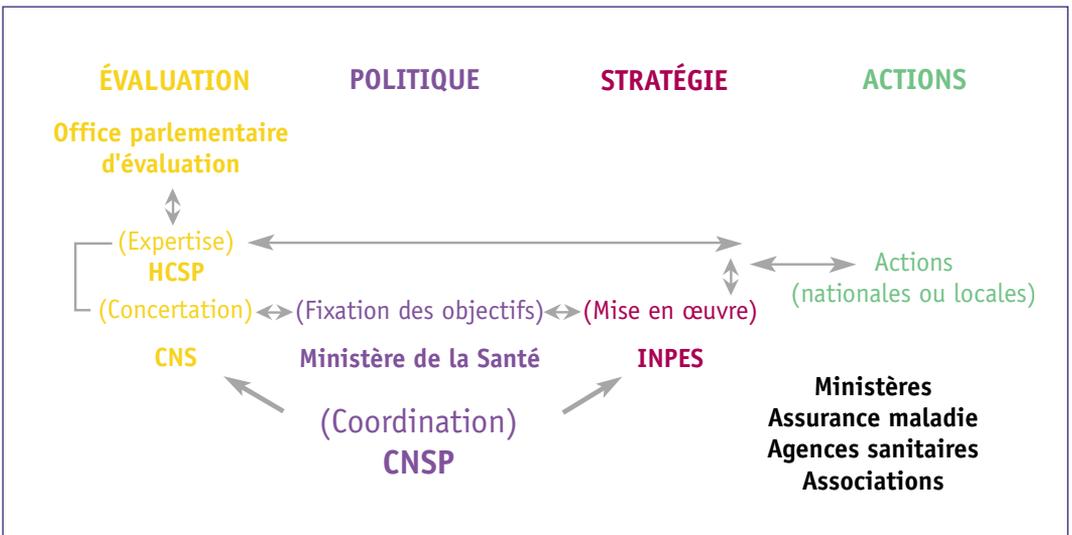
Le Parlement peut, à tout moment, évaluer la mise en œuvre de la loi et des programmes de santé par son Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

Au niveau régional, la Conférence régionale de santé est notamment chargée d'évaluer les conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Cela fait l'objet d'un rapport spécifique transmis à la Conférence nationale de santé. Par ailleurs, elle procède de fait à une évaluation des programmes et actions régionaux, puisque le représentant de l'État est tenu de la consulter pour définir les objectifs régionaux de santé publique.



diapositives III-11

## Récapitulatif au niveau national





## II – L'organisation des acteurs de santé : le niveau national

### ***Le Haut Conseil de la santé publique***

Une seule instance d'expertise est constituée (principe de rationalisation). Son objectif est d'améliorer la prise en compte des connaissances disponibles dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé publique et de mobiliser cette expertise afin de répondre rapidement à des questions spécifiques.

*diapositives IV-2*



*diapositives IV-3*



*diapositives IV-4*

### ***La Conférence nationale de santé***

Lieu de la concertation nationale sur les problèmes de santé, elle permet l'expression et le dialogue des acteurs et des usagers du système de santé, par l'intermédiaire de leurs instances représentatives. Elle est consultée par le Gouvernement lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de santé publique.

### ***Le Gouvernement***

Outre ses nombreuses responsabilités, par exemple en matière d'édition de règles et de normes, le Gouvernement, dans un rapport annexé au projet de loi, précise les objectifs de sa politique et ses principaux plans d'action, en particulier les Plans stratégiques pluriannuels. Pour ce faire, il consulte la Conférence nationale de santé et s'appuie sur le rapport établi par le Haut Conseil de la santé publique.

En cas de menace sanitaire grave, le ministre chargé de la Santé peut prescrire toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances.

### ***Le Parlement***

Tous les 5 ans, il examine, débat et vote la loi définissant les objectifs de santé publique. Il peut suivre l'état de santé de la population grâce aux indicateurs du rapport annexé. À tout moment, il peut évaluer la mise en œuvre de la loi, en tout ou partie, et des programmes de santé, par l'intermédiaire de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

*diapositives IV-5*



*diapositives IV-6*

### ***Le Comité national de santé publique***

Il contribue à l'élaboration de la politique du Gouvernement et en examine les conditions de financement. Il coordonne l'action des différents départements ministériels en matière de sécurité sanitaire et de prévention. Il analyse les événements susceptibles d'affecter l'état de santé de la population.

Il formalise la nécessaire coopération entre les ministères : la loi relative à la politique de santé publique a été signée par quinze ministres et deux secrétaires d'État.



diapositives IV-7

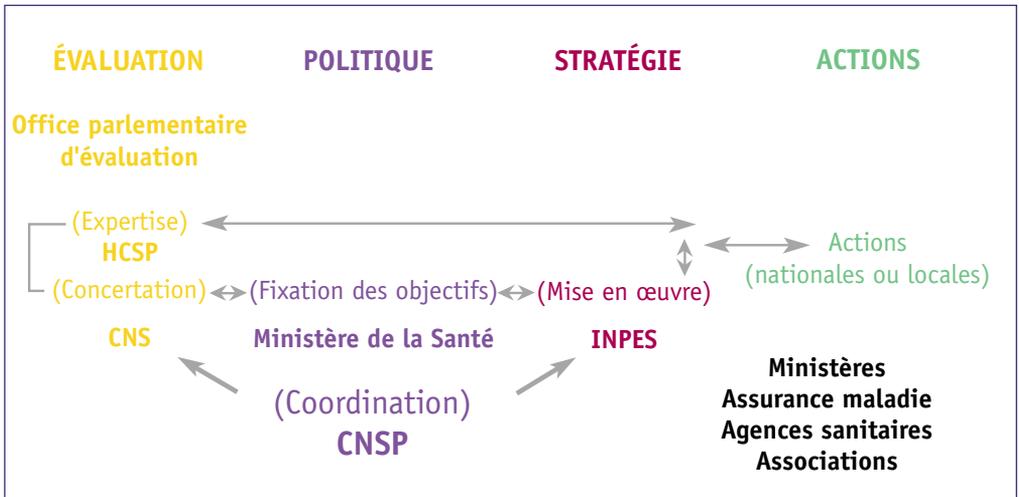
### ***L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé***

Il est centré sur la mise en œuvre des programmes de santé publique de l'État. En particulier, il valorise et diffuse les programmes de prévention et d'éducation pour la santé. Il apporte son concours à la mise en œuvre des programmes régionaux de l'État.



diapositives IV-8

### ***Récapitulatif***



## ■ Module V

# III – L'organisation des acteurs de la santé : le niveau régional



diapositives V-2

### ***La Conférence régionale (ou territoriale) de santé***

Elle est l'instance de concertation des acteurs de santé de la Région et, de fait, d'expertise sur les spécificités régionales de l'état de santé de la population et du système de santé régional. Ses membres sont nommés par le représentant de l'État. Elle élit le Président en son sein. Elle contribue à la définition des objectifs régionaux de santé publique et à l'évaluation des programmes régionaux de santé publique, contenus dans le Plan régional de santé publique.



diapositives  
V-3 et 4

### ***Le représentant de l'État***

Il définit les modalités de mise en œuvre de la politique nationale de santé au niveau de la Région, en tenant compte des spécificités de celle-ci et après consultation de la Conférence régionale de santé. Il arrête le Plan régional de santé publique, qui comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels, mis en œuvre par le GRSP. Il peut aussi décider d'actions particulières, mises en œuvre par le GRSP et/ou par tout organisme compétent auquel il peut faire appel.



diapositives  
V-5, 6 et 7

### ***Le Groupement régional (ou territorial) de santé publique***

La Région ayant été définie comme le niveau territorial optimal du partenariat des acteurs de santé et de l'optimisation de l'emploi des ressources disponibles, là où cela est utile (il ne s'agit pas d'une mutualisation des moyens), le GRSP est créé pour y être l'outil de la mise en œuvre de la politique de santé nationale. Celle-ci est adaptée aux spécificités régionales par le Plan régional de santé publique. Le GRSP peut également participer à des actions particulières du Conseil régional.

Il est autonome, sous la forme d'un groupement d'intérêt public. Il comprend obligatoirement l'État et des établissements publics de l'État intervenant dans le domaine de la santé publique, l'assurance maladie et l'Agence régionale de l'hospitalisation. Si elles le souhaitent, les collectivités régionales peuvent s'y joindre (Région, départements, communes ou groupements de communes). Cependant, la responsabilité de l'État y est clairement affirmée : son représentant dispose de la moitié des voix, il est le président de son conseil d'administration et il nomme son directeur.



diapositives V-8

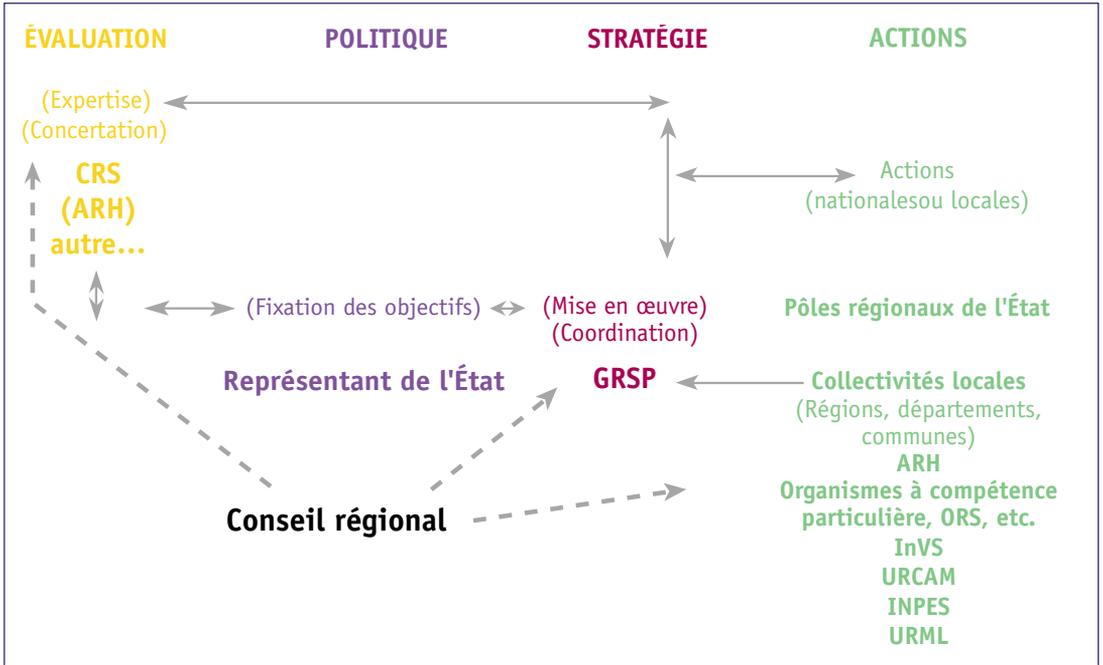
### ***Le Conseil régional***

S'il le souhaite, le Conseil régional peut participer au GRSP. Mais il peut également définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. Il élabore et met en œuvre les actions correspondantes. Dans un souci de cohérence, il est tenu d'en informer le représentant de l'État. Le GRSP peut contribuer à la réalisation de ces objectifs particuliers à la Région.



## Récapitulatif au niveau régional

diapositives V-9



# C - UNE LOGIQUE DE RÉSULTATS

## ■ Module VI I – Des objectifs explicites : priorités, programmes, plans



diapositives VI-2

### **Thématique générale**

L'état des lieux sur l'état de santé de la population française a montré que son amélioration passe par les nombreuses initiatives nationales et locales qui existent dans le pays.

L'État a été défini comme le garant de l'intérêt général et, en particulier, de cette amélioration. La définition d'objectifs permet d'évaluer celle-ci. Aussi l'État définit-il les siens dans le rapport annexé à la loi quinquennale de santé publique. Pour les atteindre, il met en œuvre des plans et des programmes d'action, un plan étant un ensemble de programmes. Au niveau régional, les objectifs fixés nationalement sont repris dans les Plans régionaux de santé publique, qui comportent eux-mêmes un ensemble de programmes et d'actions pluriannuels tenant compte des spécificités régionales.

L'ensemble de ces plans et programmes peut s'articuler avec les initiatives d'autres acteurs de la santé. Cette thématique générale va être reprise maintenant au niveau national, puis au niveau régional.



diapositives VI-3

### **Les objectifs pluriannuels de la politique de l'État**

Ils sont inscrits dans le rapport annexé à la loi quinquennale de santé publique. Dans la loi promulguée le 9 août 2004, ils sont au nombre de cent. Ils ont été définis d'après les rapports du Haut Comité de la santé publique et du GNTDO, groupe technique chargé de les préparer pour cette loi. À l'avenir, ils seront définis d'après le rapport du Haut Conseil de la santé publique, créé par la loi, après consultation de la Conférence nationale de santé, également créée par la loi. Tous les 5 ans, la politique de santé publique sera évaluée par le Haut Conseil de santé publique, qui établira un rapport appuyant l'État dans la définition des objectifs de la loi de santé publique quinquennale.



diapositives VI-4

### **Les plans et programmes nationaux**

La loi prévoit que les objectifs sont atteints notamment au moyen de plans et programmes nationaux, qui sont actuellement de quatre types :

- les Plans stratégiques pluriannuels sont inclus dans le rapport annexé ; ils répondent aux problèmes de santé nécessitant la coordination de multiples intervenants sur plusieurs années ;

- les plans prévus par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale poursuivent des objectifs le plus souvent inclus dans le rapport annexé ;
- il existe des plans nationaux antérieurs à la promulgation de la loi ; ils sont poursuivis ;
- enfin, plusieurs plans sont en phase de mise en place ou de préparation.



diapositives VI-5

### **Les Plans stratégiques pluriannuels**

Pour la période 2004-2008, cinq Plans stratégiques pluriannuels ont été définis :

- Plan national de lutte contre le cancer.
- Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives.
- Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement (Plan national santé environnement), dont ceux liés au milieu de travail.
- Plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.
- Plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares.



diapositives VI-6

### **Les autres plans**

- Les plans prévus par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale concernent notamment les programmes de prévention et de dépistage. Il s'agit, par exemple, du programme de lutte contre le saturnisme.
- Les plans ou programmes en cours ont été mis en place dès 2001. Leurs thématiques et leurs objectifs ont été le plus souvent repris dans le rapport annexé à la loi du 9 août 2004. Il s'agit, par exemple, du Programme national nutrition-santé (PNNS) et du Plan de lutte contre la douleur.
- Certains plans sont en cours d'élaboration, par exemple le Plan périnatalité 2005-2007.



diapositives VI-7

### **En outre, la loi inclut différentes mesures nécessaires à la mise en œuvre de la politique de santé publique et à l'atteinte des objectifs pluriannuels**

Ces mesures sont nombreuses. Parmi elles :

- des dispositions relatives à la prévention et à la gestion des crises sanitaires. En particulier, les tâches de l'Institut de veille sanitaire ont été précisées, et les plans blancs d'établissement ont reçu une base légale ;

- la création de l'École des Hautes Études en santé publique, afin d'organiser la formation de professionnels multidisciplinaires et de favoriser la recherche en santé publique;
- la création de l'Institut national du cancer, sous forme d'un groupement d'intérêt public;
- la révision de dispositions du code de la santé publique sur la recherche biomédicale.



diapositives  
VI-8 et 9

### ***Au niveau régional, l'état des lieux est concrétisé par « le diagnostic régional partagé »***

Ce « diagnostic » est posé par les acteurs régionaux de la santé publique, notamment dans le cadre de la Conférence régionale de santé. Il constitue le socle de l'élaboration du Plan régional de santé publique (PRSP). Il s'articule autour de trois principaux axes : l'état de santé de la population de la Région, le bilan des programmes et des actions mises en œuvre dans la Région et celui des ressources disponibles.



diapositives  
VI-10,11 et 12

### ***Le Plan régional de santé publique (PRSP)***

Construit sur la base du diagnostic régional partagé, il est arrêté par le représentant de l'État dans la région, en cohérence avec les objectifs, plans et programmes nationaux et en tenant compte des programmes et actions de santé publique locaux.

C'est le cadre de référence de la politique de santé publique de l'État dans la Région. Ce cadre est consensuel, puisqu'il est défini en concertation avec les acteurs régionaux de santé et notamment, les principaux décideurs (assurance maladie, Conseil régional et collectivités locales s'ils le souhaitent). Il ne constitue pas un plan d'action rigide, fixé une fois pour toutes, mais il est dynamique : les programmes qu'il définit sont pluriannuels, ils peuvent démarrer à des moments différents les uns des autres et leur orientation peut au besoin être modifiée.

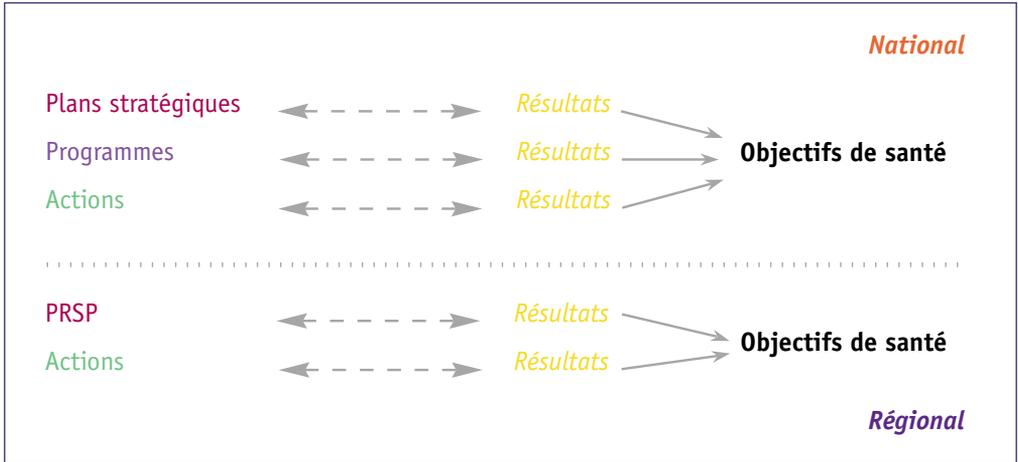
Le PRSP est mis en œuvre par le Groupement régional de santé publique, mais il peut l'être aussi au moyen de conventions, d'appels d'offres ou d'appels à projets quand cela se révèle utile (par exemple, recours à une agence de communication pour une action d'information sur la santé ou à une association pour une action spécifique portant sur une population ciblée).

La majorité des actions que décrit le PRSP sont locales. Elles sont définies au niveau régional. Le PRSP doit également décrire les relations établies avec les collectivités territoriales locales, les populations prioritaires et les territoires prioritaires pour les actions de santé publique qu'il inclut.



## Récapitulatif

diapositives VI-13



## ■ Module VII

# II – Vers un tableau de bord de la santé en France



diapositives VII-2

### **Des objectifs quantifiés**

La définition d'objectifs permet d'évaluer l'amélioration attendue de l'état de santé de la population. Leur quantification améliore cette évaluation, parce qu'elle contribue à « l'objectivation des objectifs » et à celle de leur atteinte. Ceux de l'État sont quantifiés chaque fois que cela est possible. Leur définition et leur quantification ont été préparées par un groupe technique (GTNDO) ayant rassemblé des experts et des représentants de l'ensemble des institutions susceptibles de participer à la conception ou à la production des informations nécessaires. Ses travaux ont fait l'objet d'une large concertation, notamment par la voie de l'Internet : chacun a pu donner son avis s'il le souhaitait.



diapositives VII-3

### **Des objectifs définis en plusieurs étapes**

La définition des objectifs de l'État s'est faite en plusieurs étapes, décrites dans le rapport annexé et qui vont être reprises dans la suite du texte :

1. établissement du cadre de référence : approche populationnelle de la santé,
2. identification et classification des problèmes de santé,
3. appréciation de leur importance,
4. analyse des connaissances disponibles,
5. définition d'objectifs quantifiés.

Chacune de ces étapes fait l'objet d'une formulation précise des notions et des outils de mesure utilisés afin de construire un vocabulaire compris par tous et de permettre leur évaluation ultérieure.



diapositives VII-4 et 5

### **Cadre de référence : une approche populationnelle**

Les problèmes de santé sont souvent abordés en distinguant les soins et la prévention. Mais il n'existe pas de frontière nette entre les actes que recouvrent ces deux notions. Leur emploi en santé publique peut ainsi facilement prêter à confusion.

Il est préférable de distinguer le niveau de la personne et celui de la population. L'approche par la personne correspond aux comportements individuels, aux soins et à l'action médicale. Dans ses consultations, un médecin fait des soins, de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Mais il répond à une demande individuelle spontanée de la part de son patient : la démarche a été initiée par celui-ci.

La démarche populationnelle correspond à l'ensemble des déterminants environnementaux de l'état de santé (physiques, sociaux, économiques, culturels), y compris ceux qui influencent les comportements individuels.

Ainsi, elle inclut l'ensemble des actions incitant une catégorie de population à consulter son médecin pour un problème de santé spécifique, c'est-à-dire incitant les personnes qui la composent à avoir une démarche personnelle de santé, et l'ensemble des actions qui leur permettent d'avoir effectivement cette démarche (accès aux soins). D'une manière générale, la démarche populationnelle correspond à l'action des pouvoirs publics, des institutions, des associations et des réseaux. Elle s'incarne dans les programmes. Elle vise à pallier les insuffisances de l'approche spontanée.

Le rapport annexé à la loi inscrit très clairement la fixation des objectifs de santé dans une démarche populationnelle.

L'opposition entre soins et prévention n'est pas pertinente. De nombreux actes de soins sont aussi des actes de prévention.

La distinction pertinente est réponse spontanée/réponse organisée. La réponse organisée vise à pallier les insuffisances de la réponse spontanée.



diapositives VII-6

### ***Identification des problèmes de santé***

Un problème de santé désigne une maladie, un déterminant associé à la bonne santé ou à des maladies ou enfin un cofacteur favorisant maladies et/ou déterminant (par exemple, l'habitat pour le saturnisme). Un même déterminant et/ou un même facteur favorisant peuvent être associés à la survenue ou à l'évolution de plusieurs maladies (par exemple, l'alcool, le tabac, l'accessibilité à un type de soins).



diapositives VII-7

### ***L'appréciation de l'importance du problème de santé repose sur un ensemble de données***

- **Des indicateurs d'importance épidémiologique :**
  - **mortalité** : les plus robustes (exhaustifs et sans ambiguïté),
  - **mortalité prématurée** : années potentielles de vie perdues,
  - **morbidité** : fréquence des maladies et des événements de santé indésirables,
  - **indicateurs synthétiques** : années de vie perdues « en bonne santé », évaluation de l'impact d'un déterminant sur la survenue d'un problème de santé.
- **L'efficacité des actions disponibles.**
- **L'impact économique du problème.**
- **L'expression sociale des valeurs de notre société à un moment donné, conduisant à privilégier un événement de santé ou un groupe populationnel.**
- **L'écart avec d'autres pays comparables, pouvant suggérer des progrès réalisables.**



diapositives VII-8

### **Établir un lien explicite entre un problème et un objectif de santé**

- **Définition précise du problème**, estimation de sa fréquence, de son retentissement en termes de mortalité, d'incapacité, etc., dans la population générale et, éventuellement, dans des groupes spécifiques.
- **Identification de ses principaux déterminants** sur sa survenue ou son évolution, en particulier ceux qui peuvent être modifiés par des interventions de santé publique. L'importance de chaque déterminant est appréciée en termes de risque attribuable : proportion de tous les cas de maladie dus au facteur concerné, c'est-à-dire pouvant être évités en son absence.
- **Identification des stratégies d'action potentiellement efficaces**. Les arguments de présomption d'efficacité doivent être explicités clairement.
- **Identification des conditions requises** et estimation des ressources nécessaires pour mettre en œuvre un plan stratégique.



diapositives VII-9

### **Principes de la politique de santé**

Ce sont les règles auxquelles il faut se référer pour la définition des objectifs et pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans stratégiques. Ils sont au nombre de 9. Pour une définition précise de chacun d'eux, il est conseillé de se reporter au rapport annexé ou, pour un exposé plus sommaire, au module optionnel correspondant. Ils fondent les valeurs sur lesquelles repose la définition des objectifs :

- meilleures connaissances disponibles ;
- réduction des inégalités ;
- parité hommes-femmes ;
- protection de la jeunesse ;
- précocité de l'action sur les déterminants ;
- efficacité économique ;
- intersectorialité ;
- concertation ;
- évaluation.



diapositives VII-10

### **Quantification des objectifs**

Une fois la démarche précédente effectuée, un tiers des objectifs de santé ont pu être quantifiés, en particulier en termes de fréquence. En effet, si la quantification est hautement souhaitable, elle est souvent très difficile. Elle l'est d'autant plus en France que le pays est en retard par rapport à d'autres pays comparables sur la collecte d'informations permettant des analyses fouillées.

La quantification des objectifs a donc souvent un préalable : la production d'informations d'ordre épidémiologique, la production de connaissances scientifiques supplémentaires ou l'évaluation de programmes réalisés ou en cours. Chacun de ces préalables peut être désigné comme un « objectif de connaissance ».

L'établissement d'indicateurs associés aux objectifs permet de suivre la progression vers leur atteinte (efficacité des actions entreprises) et de pallier les manques de quantification.



diapositives VII-11

### **Indicateurs**

En sus des indicateurs d'importance et des indicateurs de suivi des objectifs, le rapport annexé a prévu des indicateurs transversaux, destinés à donner des résultats globaux sur les actions engagées et les services offerts. Ils sont explicités dans le rapport annexé et, de façon plus sommaire, dans un module optionnel :

- **espérance de vie**, espérance de vie sans incapacité, années potentielles de vie perdues, mortalité infantile, données d'auto-évaluation, pour une approche populationnelle, les dispositifs permettant le recueil des données pour les indicateurs des limitations fonctionnelles et de qualité de vie sont à construire;
- **indicateurs de qualité des actions et services** : accessibilité, acceptabilité, pertinence, continuité, sécurité.



diapositives VII-12

### **Le tableau de bord de l'état de santé de la population**

Les cent objectifs retenus dans le rapport annexé ne visent pas l'exhaustivité mais la reproductivité. Ils correspondent à des progrès effectivement réalisables et dressent un tableau de bord de la santé en France permettant d'orienter les acteurs. Si la responsabilité de leur atteinte relève de l'État, le partenariat de tous est nécessaire.

### **Conclusion**

Le rapport annexé définit cent objectifs. Ils ne visent pas l'exhaustivité mais la représentativité. Par exemple, certains visent les déterminants modifiables les plus fréquents (par exemple, alcool, tabac).

Ils correspondent à des progrès effectivement réalisables et sont compatibles avec des objectifs spécifiques déterminés par les divers intervenants de santé. Leur but est notamment de permettre d'établir un tableau de bord de la santé en France, afin d'orienter les actions et de situer les acteurs.

Leur réalisation est placée sous la responsabilité de l'État. Mais, pour les atteindre, le partenariat de tous les acteurs de santé est nécessaire.



diapositives VIII-2

## **Une nécessité**

L'amélioration de la santé de la population nécessite du temps, donc requiert une projection prospective qui se traduit par une planification pluriannuelle (5 ans).



diapositives VIII-3

## **Un cadre de référence**

La loi établit un cadre de référence dont les principaux éléments sont :

- le domaine de la santé publique est désigné clairement ;
- l'État fixe des objectifs explicites de santé ;
- il est responsable de leur définition, de leur choix et de leur atteinte ;
- cette responsabilité s'exerce par une évolution de ses rôles : de prescripteur de règles et de normes, il devient fédérateur des initiatives ;
- les outils que la loi met en place permettent à chacun des acteurs de se situer dans l'action de tous pour améliorer la santé ;
- l'État est le garant de la cohérence des actions.

L'ambition de la loi relative à la politique de santé publique est donc claire : améliorer l'état de santé de la population par la réduction des inégalités de santé et par l'action sur les déterminants modifiables de mortalité prématurée en organisant le partenariat des acteurs de santé.



diapositives VIII-4

## **Une logique de résultats**

L'amélioration de la santé de la population est exprimée par l'évaluation tous les 5 ans des objectifs de santé, des plans et des programmes d'action correspondants. Elle vise particulièrement les populations fragilisées. Cette évaluation nécessite la participation de tous les acteurs de santé, notamment en transmettant leurs données pertinentes.



diapositives VIII-5

## **Rationalisation des actions**

La programmation par objectifs est l'outil de base du travail de santé publique.

Elle est un instrument de la politique de santé de l'État.

Elle correspond à une démarche que tous les acteurs de santé peuvent s'approprier.

Elle permet l'argumentation des actions, le dialogue structuré, leur mise en cohérence avec les objectifs et les actions de leurs partenaires et décideurs.



diapositives VIII-6

### **Région**

L'amélioration de la santé dépend de la qualité et de la diversité des actions nationales et locales. La loi définit clairement la région comme un niveau optimal de coordination des actions de santé, quels qu'en soient leurs promoteurs et/ou leurs opérateurs (État, collectivités territoriales, institutions, associations).



diapositives VIII-7

### **Réseau**

La démarche de l'État favorise la culture de réseaux, c'est-à-dire la concertation, la coopération et la coordination des acteurs. Il impulse les actions là où elles sont nécessaires.



diapositives VIII-8

### **Agir dans la durée : l'enjeu de la modernité**

Le domaine de la santé est dans une période de profondes mutations. La loi propose un cadre dynamique pour tenir compte de l'adaptation nécessaire du système de santé. Cette adaptation s'inscrit dans une démarche sociale très forte. Elle est le défi commun à l'État et aux acteurs de santé, afin que les améliorations se fassent dans la durée nécessaire aux véritables changements.



diapositives VIII-9

### **Agir dans la durée : l'enjeu citoyen**

Pour répondre à ce défi, il est nécessaire que chacun modifie ses conduites. Les acteurs de santé doivent s'approprier la démarche populationnelle de santé. L'État doit évoluer vers des fonctions d'impulsion, d'animation et de coordination.

La loi donne un cadre de référence permettant une démarche commune, dans laquelle les acteurs de santé sont reconnus dans leurs spécificités et leurs attentes.

En définitive, il s'agit bien de réaffirmer le professionnalisme de l'ensemble des acteurs de santé et leur service rendu.