

SYNTHESE ET ANALYSE CRITIQUE DU PROJET DE LOI RELATIF A LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE

SYNTHESE

Les caractéristiques marquantes de ce projet de loi sont :

- l'affirmation de la responsabilité de l'état en matière de santé publique ;
- un rôle plus important donné aux régions, tant au niveau de la définition d'objectifs spécifiques en fonction des besoins des populations régionales, qu'à celui de la mise en œuvre des priorités nationales de santé publique, de leur suivi et de leur évaluation ;
- la déclinaison d'objectifs et de plans nationaux de santé publique pour une durée de 5 ans, si possible quantifiés (ce qui est le cas, lorsque les connaissances épidémiologiques et socio-économiques le permettent) ;
- une place accrue faite à la prévention et à l'éducation sanitaire des populations, prévention incluant les facteurs environnementaux (habitat, transports, alimentation, travail).

Le document comprend quatre parties :

- la première porte sur les modalités d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de la politique de santé publique, au niveau national et régional ;
- la seconde énonce les instruments d'intervention nécessaires pour améliorer l'efficacité des politiques et des actions de santé publique, au niveau national et régional, dans les domaines de la prévention, des soins, de la gestion des alertes sanitaires et de l'accès aux informations médico-sociales ;
- la troisième présente les grandes lignes du rapport annexé à la loi, relatif aux objectifs quinquennaux et aux programmes d'action que le gouvernement entend mettre en œuvre ;
- la quatrième présente les modifications apportées en terme de formation et de recherche.

Titre 1 : Politique de santé publique

Le projet de loi donne une définition élargie du champ de la politique de la santé. L'Etat doit *lutter contre les épidémies, gérer les risques sanitaires, prévenir les maladies et leurs conséquences, agir sur les facteurs déterminants d'une détérioration des états de santé (en particulier ceux liés à l'environnement et aux comportements), organiser les services sanitaires de façon équitable pour tous et efficiente, élaborer et mettre en œuvre des objectifs et des programmes de santé pluriannuels, améliorer l'efficacité et la qualité des soins.*

Il modifie ensuite les modalités de définition et d'évaluation des objectifs de santé publics. L'élaboration du rapport d'objectifs est ainsi faite tout les 5 ans, sur la base d'une consultation nationale regroupant un panel d'acteurs plus vaste qu'aujourd'hui¹ et sur propositions d'un [Haut conseil de santé publique](#)². Celui-ci *contribue à la définition des objectifs pluriannuels*

¹ Représentants des professionnels de santé, d'établissements de soins et de prévention, d'usagers, d'associations, d'organismes de protection sociale, industries de produits sanitaires et membres de comités régionaux de santé publique.

² Instance regroupant les actuels Haut conseil de la santé et Conseil supérieur d'hygiène publique.

de santé publique, joue un rôle d'expertise en matière d'évaluation et de gestion des risques sanitaires, organise une veille prospective sur l'ensemble des facteurs susceptibles d'influer sur l'état de santé des populations et assure l'évaluation globale des objectifs nationaux de santé publique. Par ailleurs, les objectifs de santé et les programmes sanitaires mis en oeuvre sont suivis annuellement (vote par le parlement), puis évalués à l'issue de la période quinquennale.

En parallèle, un [Comité national de santé publique](#)^r est créé, afin de coordonner les actions interministérielles et interinstitutionnelles dans les domaines de la sécurité sanitaire et de la prévention.

Enfin, le niveau régional apparaît comme l'échelon central de définition et de mise en oeuvre de la politique de santé publique. Le préfet de région est responsable de la déclinaison régionale des programmes nationaux de santé, qui sont transcrits dans un plan régional de santé publique. Les comités régionaux ont, dans le même temps, la possibilité de définir des objectifs et des programmes spécifiques à leur région. Un [Comité régional de santé publique](#) présidé par le préfet est ainsi créé, afin d'assurer la coordination des stratégies et des actions des différents partenaires institutionnels.

Titre 2 : les instruments d'intervention

Concernant les institutions, [l'Institut national de prévention et d'éducation de la santé](#) (INPES) voit recentrer sa mission autour de la mise en oeuvre des programmes de santé et de prévention de l'Etat, d'une part, de l'organisation au niveau régional de la mutualisation des moyens institutionnels, par le regroupement de diverses structures intervenant dans la veille sanitaire et dans la prévention, d'autre part. A cette fin, un groupement d'intérêt public (GIP) dénommé [Groupement régional de santé publique](#) est créé dans chaque région, avec pour mission *d'assurer une surveillance de la santé dans la région, de mener des investigations épidémiologiques et de contribuer à l'analyse de la performance du système de santé.* Son CA est composé à parité de représentants de l'Etat, de l'INPES, de l'IVS, de l'ARH, du conseil régional, des conseils généraux, de l'URCAM, avec la participation éventuelle de l'URML et de l'ORS. Il est financé par l'Etat et l'assurance maladie et peut employer des contractuels de droit privé pour mener à bien ses missions.

Pour ce qui est des programmes de santé et dispositifs de prévention, des examens de dépistage et des consultations de prévention seront organisés à différents âges de la vie, en fonction des facteurs de risques préalablement identifiés. Par ailleurs, des mesures spécifiques d'intervention de l'état sont déterminées en cas d'alerte sanitaire grave, après avis du Haut comité de santé publique, ces mesures pouvant être extrêmement contraignantes et constituer une entrave aux libertés individuelles, si le risque encouru l'impose (vaccination obligatoire, mise en quarantaine, hospitalisation sans consentement). Les professionnels de santé ne seront pas tenus comme personnellement responsables, en cas d'incident suite aux prescriptions et actes rendus nécessaire par la menace sanitaire. [L'institut de veille sanitaire](#) (INVS) conserve son rôle de surveillance épidémiologique et d'alerte, alors que les [Centres nationaux de référence](#) voient le leur renforcer, pour faciliter une identification rapide des cas épidémiques et des mesures qu'ils imposent.

^r Regroupant les actuels Comité national de Sécurité Sanitaire et Comité Technique National de prévention.

Enfin, l'accent est mis sur la nécessité d'un meilleur accès aux informations médicales (notamment celles détenues par les organismes d'assurance maladie), à des fins exclusives de statistiques sur l'état de santé des populations, les politiques de santé publique et les dispositifs de prise en charge. Dans ces cas, il y a une dérogation faite aux règles du secret professionnel. Les organismes destinataires sont l'INSEE, la DREES, l'INVS et tout autre organisme de recherche mandaté par le ministère. En parallèle, l'amélioration de la qualité des dispositifs de collecte de certaines informations s'impose, ainsi que la rapidité de leur mise à disposition (certificats de santé du jeune enfant, certificat de décès).

Titre 3 : Rapport d'objectifs et mise en œuvre des plans nationaux

38 seulement, des 100 objectifs de santé publique définis par l'Etat sur la période 2004-2008, sont quantifiés. La réalisation de ces objectifs passera par la mise en œuvre de plans nationaux. Sont prévus par le présent projet de loi :

- Un plan national de lutte contre le cancer, avec la création d'un [Institut National du Cancer](#), centre d'expertise et de ressources et lieu de coordination. Ce GIP a pour mission *la mise en œuvre, le financement et la coordination des actions de recherche, l'expertise et la définition de référentiels, la participation à l'organisation de la formation médicale, l'observation et l'évaluation du dispositif de lutte contre le cancer, le développement d'actions européennes et internationales*. A ces fins, il pourra associer des personnes morales privées et publiques et pourra recevoir des dons et de legs.
- Un plan national pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risques et des conduites addictives. Sont plus particulièrement visées ici, la diminution de la consommation de tabac et d'alcool. A ces fins, sont proposées des limitations en matière de vente et de conditionnement, d'une part, des sanctions pénales envers toute personne morale reconnue coupable d'infractions aux dispositions gouvernementales, d'autre part. Des dispositifs sont pris aussi pour permettre un meilleur accès aux médicaments délivrés par les hôpitaux, pour favoriser les alternatives à l'hospitalisation chez des patients atteints de pathologies lourdes.
- Un plan national de prévention des risques pour la santé lié à l'environnement, incluant le milieu de travail. Sont ciblées en priorité l'amélioration de la qualité de l'eau, ainsi que celle des habitations (lutte contre le Saturnisme lié à la présence de plomb, prévention des dangers liés à la Légionelle et au Monoxyde de carbone).
- Un plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chroniques (Sida, Insuffisance rénale chronique, Broncho-pneumopathies, Diabète, Cancers, TMS, Troubles neurovégétatifs). Sont ciblées, la lutte contre la douleur modérée et sévère, d'une part, la perte d'indépendance fonctionnelle et les difficultés de réalisation des actes de la vie quotidienne, d'autre part.
- Un plan d'amélioration de la prise en charge des maladies rares, visant l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge.

Titre 4 : Recherche et formation en santé

Tout d'abord, l'[Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique](#) (EHESP) vient remplacer l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP). L'objectif est de *mettre en réseaux les compétences spécialisées existantes tant au niveau universitaire qu'industriel, d'assurer des enseignements pluridisciplinaires et de participer à la recherche en santé publique.*

Ensuite, une série de mesures visent à réformer la loi Huriet du 20 décembre 1988, relative à la protection des personnes se prêtant aux recherches biomédicales. Le souci guidant cette réforme est l'uniformisation des régimes de protection des personnes dans un souci d'égalité, tout en modulant certaines règles en fonction de la diversité des recherches (notamment des risques plus ou moins importants d'atteinte aux droits des personnes concernées). Les principales modifications sont :

- le remplacement de l'actuel régime de déclaration par un régime d'autorisation ;
- la suppression de la distinction entre « *recherches avec bénéfice individuel direct* » et « *recherches sans bénéfice individuel direct* », sous prétexte que la différence entre les deux est délicate à établir ;
- l'adaptation des règles de consentement pour les recherches portant sur des personnes hors d'état d'exprimer leur consentement, une distinction étant faite pour celles placées sous tutelle ;
- l'adaptation des conditions de participation des personnes vulnérables à la recherche médicale (femmes enceintes, prisonniers, personnes hospitalisées sous contraintes, mineurs, majeurs sous tutelle) ;
- la modification du rôle des comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale (rôle qui n'est plus uniquement consultatif) ;
- la mise en place de systèmes d'informations adaptés, avec la création d'une base de données nationale des recherches biomédicales et de répertoires publics des recherches autorisées.

ANALYSE CRITIQUE

Globalement on ne peut que se féliciter d'un projet de loi si ambitieux, qui réaffirme la responsabilité de l'État comme garant de l'état de santé des populations, élargie son domaine de compétences et donne pour la première fois des objectifs de santé publique quantifiés (38 sur les 100 objectifs énoncés). Cependant, certains points méritent d'être spécifiés, alors que d'autres semblent inquiétants pour l'avenir de la santé publique, notamment si l'on examine ce projet de loi au regard du rapport ministériel « *Projet hôpital 2007 : la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale* ».

Concernant la politique de santé publique (titre 1)

La responsabilité de l'État comme garant de l'état de santé des populations est réaffirmée et son champ de compétences est élargi. En intégrant des missions actuellement confiées à des organismes spécifiques (l'AFSSAPS de l'Assurance maladie, l'INVS, l'INPES), l'état modifie considérablement le rôle de ceux-ci et les privent dans le même temps d'une part plus ou moins conséquente de leur marge de manœuvre et d'autonomie.

Le rôle accru accordé à la région demande à être davantage explicité. Nous posons depuis longtemps la région comme le niveau pertinent de l'évaluation des besoins sanitaires et sociaux des populations, d'une part, de l'organisation de l'offre de soins en conformité avec ces besoins, d'autre part. C'est d'ailleurs cette évidence qui avait guidé la mise en place des Observatoires régionaux de santé (ORS) et des Comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS). Cependant, plusieurs points attestent que le projet de loi va beaucoup plus loin, amorçant une véritable régionalisation de la santé :

- Tout d'abord, il est dit que le préfet de région doit assurer la déclinaison des programmes et actions de santé publique pluriannuels à l'échelon régional, en s'appuyant sur le Conseil régional de santé publique. Cependant, il est précisé que le conseil régional peut en parallèle définir des programmes spécifiques à la région. On peut alors logiquement se demander s'il n'y a pas ici double emploi entre une politique nationale qui serait déclinée (et donc adaptée) à l'échelon régional et une politique de santé qui serait spécifiquement régionale.
- Ensuite, la composition du GIP [Groupement régional de santé publique](#) (chargé de la mise en œuvre des programmes et actions de santé publiques dans la région, de leur suivi et évaluation), pose deux problèmes. Le premier réside dans le fait que les CRAM ne sont représentées dans le CA des GIP, que par le biais des URCAM. Elles n'apparaissent donc pas en tant que partenaires à part entière. Or, le financement des GIP est assuré pour moitié par l'Assurance maladie, ce qui justifierait qu'elle ait donc son rôle à jouer dans les décisions prises par le GIP, dès lors qu'elle en assure en grande partie le financement. De plus, les CRAM jouent aujourd'hui un rôle essentiel dans la prévention et dans l'organisation de l'offre de soins, puisqu'elles restent les interlocuteurs privilégiés de la médecine ambulatoire (alors que la médecine hospitalière dépend depuis 1998 des ARH). Cette exclusion des CRAM suppose donc que soient clarifiées les compétences des Groupements régionaux de santé publique en matière d'organisation de l'offre de soins. Outre l'hospitalier, est-ce que le médico-social, les réseaux de soins, l'ambulatoire relèveront désormais de la région ? Si c'est le cas, on se situe bien dans la perspective d'une régionalisation de la santé, avec à moyen terme une évolution des ARH vers les ARS (Agences régionales de santé). Si l'on en croit le rapport « *Hôpital 2007* », cette évolution est jugée nécessaire, la séparation des secteurs hospitalier et ambulatoire constituant soit disant un frein aux initiatives et à la réalisation des projets. Il y est recommandé de regrouper sous la seule autorité des ARS, la médecine ambulatoire, la prise en charge médicale des personnes âgées, la sécurité sanitaire et la santé publique. Sous couvert d'une place plus importante accordée à l'échelon régional se cache donc en réalité un transfert des compétences et des responsabilités progressifs de l'état vers les conseils régionaux. Le second problème réside dans l'absence de représentation des professionnels de santé autres que les médecins libéraux (seule l'URML étant représentée au CA des Groupements régionaux de santé publique), des associations d'usagers et des organisations de salariés (jusqu'à présent représentés dans les conférences nationales et régionales de santé, qui seront supprimées). Le rôle de l'Assurance maladie semblant restreint à une simple fonction de financement et ses responsabilités diluées dans la composition élargie des GIP, les associations d'usagers n'étant pas sollicitées, (si ce n'est dans le cadre de consultations ponctuelles), on peut s'interroger logiquement sur le caractère démocratique et égalitaire (en matière d'accès à des soins de qualité pour tous) des choix qui seront opérés à l'échelle régionale en matière de santé.

- Enfin, les problématiques induites par cette régionalisation probable de la santé sont les mêmes que celles qui se posent en matière d'éducation et de formation. Sous couvert d'une meilleure prise en compte des inégalités sanitaires par une évaluation au plus près des besoins, ne va-t-on pas vers une aggravation des inégalités géographiques en matière de santé ? Si le financement des GIP est assuré dans un premier temps par une subvention de l'Etat et une dotation de l'Assurance maladie, rien ne garanti à terme que l'on évolue pas vers une régionalisation des financements, ce qui aurait des effets inverses à ceux escomptés. En place et lieu de l'harmonisation des pratiques diagnostiques et thérapeutiques et de l'égalité d'accès de tous à des soins de qualité, on risque de revenir à une pluralité extrême des pratiques par région et à une accentuation des inégalités en lien avec les moyens de financements mis à disposition par chaque conseil régional.

Concernant les instruments d'intervention (titre 2)

Les compétences des Groupements régionaux de santé publics doivent donc être explicitées et la question du devenir des CRAM clairement abordée. Actuellement, les CRAM disposent d'une autonomie d'intervention en matière de négociation avec les médecins libéraux concernant leur conventionnement, de formation, de prévention et d'action sociale. Si ces prérogatives doivent être intégrées dans les GIP, il risque d'y avoir une instrumentalisation de l'Assurance maladie par l'état, puis par les régions, avec appropriation de ses mission et de ses financements. Se pose en parallèle la question du statut des personnes qui seront embauchées par le GIP afin de l'aider à accomplir ses missions (nature du contrat, qualification, rémunération, ...).

Pour ce qui est ensuite des programmes de prévention, le renforcement des consultations de prévention, des examens de dépistage et des actions d'information et d'éducation de la santé, est un progrès considérable, notamment au regard du retard de la France en matière de lorsque prévention et de dépistage systématique de certains cancers. Cependant, les modalités de mise en œuvre pratique et de financement de ces programmes ne semblent à aucun moment précisées, ce qui laisse augurer quelques difficultés de mise en œuvre pratique.

Concernant la gestion des menaces sanitaires graves, les dispositions prises peuvent se comprendre et même s'imposer pour éviter toute extension épidémique et contamination de l'ensemble d'une population. Encore reste-t-il à préciser qu'est ce que l'on entend par « *menace sanitaire grave* », d'une part, qui définit l'étendue et la nature des mesures à entreprendre et sur quels critères, d'autre part, notamment pour ce qui concerne la restriction des libertés individuelles (rappelons à ce propos le projet d'un certain homme politique de créer des sanatoriums pour les sidéens). Dans tous les cas de figure, outre l'avis du Haut comité de santé publique prévu dans le projet de loi, l'avis conjoint d'un comité d'éthique semble indispensable sur ce volet.

Enfin, les modifications visant à autoriser l'accès aux données de l'Assurance maladie à des fin de recherche en matière de santé publique, supposent là aussi certaines précisions, dans l'optique de protéger l'accès aux données nominatives relatives à l'état de santé des personnes. L'enjeu est ici le même que celui de la mise en place de la carte Sésame Vitale 2 et de l'usage systématique d'un carnet de santé, ou encore de la divulgation de la carte génétique de chacun. L'objectif est bien sur d'éviter que certaines personnes physiques ou morales puissent avoir accès à des informations concernant l'état de santé d'une personne donnée à un

instant « t », et puissent exercer sur elle des pratiques discriminatoires ou des menaces. L'avis d'un juriste sur ce point paraît indispensable (v. Marie).

Concernant le rapport d'objectifs et de mise en œuvre des plans nationaux (titre 3)

Le fait d'avoir, pour la première fois en France, des objectifs clairement affichés dont un certain nombre sont quantifiés, est un progrès indéniable. Cependant, lorsque l'on regarde le rapport d'objectifs de plus près, on remarque que :

- Seuls 38 objectifs sur les 100 affichés sont quantifiés. Pour ceux qui ne le sont pas certains sont même carrément folkloriques (ex. : l'objectif « *assurer l'équité pour l'accès au diagnostic au traitement et à la prise en charge* » des maladies rares). Ridicule ! !
- Pour la quasi totalité des objectifs cités, aucun plan n'est annexé, prévoyant les moyens financiers, humains et techniques à mettre en œuvre pour atteindre les résultats escomptés. L'évaluation à terme risque d'être par ailleurs difficile, dès lors que les critères d'évaluation et les indicateurs d'objectifs sont pour l'essentiel soit à construire, soit non renseignés (ex. : prévalence de la consommation insuffisante de fruits et de légumes, nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité, ...).
- La définition de cents objectifs de santé publique, non assortis des moyens, notamment financiers, de les atteindre est elle crédible, dans un contexte où le gouvernement a pris la décision de dérembourser 616 médicaments et où des projets de dislocation de notre système de protection sociale sont envisagés, notamment en lien avec la parution du « *rapport Chadelat* » ? N'y a-t-il pas ici une contradiction, que le gouvernement espère peut-être résoudre par la régionalisation de la santé ...

Concernant les plans nationaux spécifiquement énoncés, des remarques s'imposent :

- La création du GIP Institut national du cancer suppose de définir clairement les missions de celui-ci , notamment au regard d'institutions existantes et ayant déjà un rôle important en matière de recherche sur le cancer (INSERM, ARC, ...). Il faut aussi être très attentif et exigeant quant au statut des personnels et chercheurs qui travailleront dans ce GIP.
- Les moyens de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme semblent là aussi dérisoires et supposent pour être efficaces, d'être assorties de moyens financiers et humains conséquents, notamment en matière de surveillance et de mise en application des sanctions pénales prévues dans le projet de loi en cas de dérogation aux articles cités. A défaut, ce projet risque de se traduire dans les faits, par une augmentation de la contrebande d'alcool et de cigarettes, sans effet sanitaire notable à part l'aggravation continue de l'état de santé des plus jeunes et des plus âgés d'entre nous.
- Prendre en considération la santé au travail, uniquement par la lutte contre le bruit, la réduction de l'exposition aux CMR dont l'incidence est la plus reconnue, la diminution des contraintes articulaires et celles des accidents de la circulation en lien avec le travail est nettement insuffisant. Non seulement les moyens de réalisation de ces objectifs ne sont pas spécifiés, mais en plus la lutte contre les risques psycho-sociaux est complètement évacuée, alors que ces risques ont une incidence de plus en plus forte sur l'état de santé physique et psychique des salariés.
- Pareil pour l'habitat. Les cas recensés de légionellose et de saturnisme sont sans commune mesure avec les cas d'insuffisance respiratoires chroniques et de mésothéliome pleural enregistrés suite à une exposition à l'Amiante. Rien n'est dit dans le projet de loi sur le désamiantage des bâtiments d'habitation. Chercherait-on à prétendre que seul les lieux de travail contiennent de l'Amiante ? Cette impasse me paraît inadmissible ! !

Concernant la recherche et la formation en santé (titre 4)

Rien à dire à priori sur la réforme de la loi Huriet, qui n'était plus adaptée à la réalité de nombre de recherches actuelles (portant sur des aspects impliquant la cognition du sujet) et qui prenait mal en considération des spécificités de certaines populations (mineurs et personnes âgées, notamment). Là aussi, l'avis d'un juriste s'impose.

Concernant la transformation de l'ENSP en Haute école de la santé publique, je dois m'entretenir avec des camarades de l'ENSP afin de recueillir leur avis sur cette transformation. A suivre, donc ...

Cathy SUAREZ et Donat DECISIER
Activité Protection Sociale

Montreuil, le 27 mai 2003