

Conférence nationale de santé

**Six critères
pour la future loi de santé publique**

Avis adopté à la séance plénière du 10 décembre 2009 de la Conférence nationale de santé.

Aux termes des dispositions de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la Conférence nationale de santé « formule des avis et des propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre ».

C'est dans le cadre de ces attributions que la Conférence nationale de santé a décidé d'émettre un avis préalablement à la révision de la loi de santé publique adoptée le 9 août 2004 qui arrive à son échéance quinquennale.

I. La méthode de l'avis

La Conférence nationale de santé a mis en place un groupe de travail qui s'est réuni dès la fin de l'année 2008 et tout au long de l'année 2009. Il a mobilisé de nombreux membres de la Conférence nationale de santé. Des auditions ont permis d'entendre les représentants des services du ministère de la santé. Certains membres de la Conférence nationale de santé se sont joints au déplacement organisé par le bureau auprès des autorités de santé de Belgique.

C'est à la suite de ces travaux que la Conférence nationale de santé a adopté, le 10 décembre 2009 en séance plénière, l'avis dont la teneur suit.

II. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a incontestablement constitué une avancée.

21. Pratiquement un siècle sépare les deux grandes lois françaises de santé publique. C'est dire que l'adoption d'une nouvelle loi de santé publique en août 2004 a été reçue avec un vif intérêt dans un pays au système de santé majoritairement tourné vers les interventions curatives par ailleurs souvent revêtues d'un label d'excellence.

Dans les avis¹ qu'elle a été amenée à rendre depuis son installation en 2006, la Conférence nationale de santé a d'ailleurs abondamment souligné l'insuffisante prise en compte des déterminants de la santé autres que le soin dans les stratégies d'actions conduites en France.

22. La loi n° 2004-8046 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique se caractérise essentiellement par une clarification de la politique de santé publique et de ses principaux instruments.

Les travaux préparatoires de la loi de santé publique faisaient ressortir deux ambitions 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 sociales et géographiques. 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).

Avec la volonté de cesser d'opposer soins et prévention, d'une part, et de développer l'approche populationnelle de la santé, d'autre part, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique clarifie le champ des responsabilités, définit les processus, met en place des outils et fixe aux différents acteurs des objectifs à atteindre.

C'est tout d'abord à la Nation, donc au Parlement, de définir la politique de santé. Le rôle de l'État est de fixer les objectifs pluriannuels, de concevoir les plans et les programmes et d'évaluer les actions menées. Au terme de la loi, l'État est le garant de la protection de la santé de nos

¹ Avis du 22 mars 2007 relatif aux voies d'amélioration du système de santé français ; Avis du 13 octobre 2008 relatif à la mobilisation des acteurs dans la prévention.

concitoyens et de la cohérence des initiatives des acteurs de santé entre elles et avec les attentes des citoyens. L'expertise, la concertation et la décision font l'objet de structures institutionnelles précises. Les niveaux d'action sont au nombre de deux : le niveau national, qui est celui de la définition de la politique de santé publique, et le niveau régional, qui permet d'organiser la coopération de l'ensemble des acteurs de santé. Dans les deux cas, les actions sont structurées dans des plans stratégiques pluriannuels et des programmes.

Cette programmation par objectifs permet avant tout d'organiser l'approche d'un problème de santé dans des étapes identifiables par tous.

La loi de santé publique définit donc des objectifs nationaux de santé publique, exprimés sous forme d'amélioration d'indicateurs 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.

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 cinq 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 (PRSP).

La fonction d'expertise est dévolue au Haut Conseil de la santé publique. En matière de décision, c'est au plan national que sont fixés les objectifs de la politique de santé publique, tous les cinq 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. La concertation au plan national a lieu au sein de la Conférence nationale de santé, organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la Santé. La définition d'objectifs permet d'évaluer l'amélioration attendue de l'état de santé de la population. Leur quantification améliore cette évaluation. Ceux de l'État sont quantifiés chaque fois que cela est possible. Leur définition et leur quantification ont été préparées par un groupe technique national de définition des objectifs (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. Le rapport annexé définit cent objectifs, dont certains visent les déterminants. Ils ne visent pas l'exhaustivité mais la représentativité. 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, même si, pour les atteindre, le partenariat entre tous les acteurs de santé est nécessaire.

De la même façon, au niveau régional, c'est aussi la Conférence régionale de santé qui 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 qui arrête ensuite le Plan régional de santé publique, ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région.

Pour la mise en œuvre, le ministère de la Santé poursuit les missions qui lui sont imparties. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a pour mission de contribuer à la mise en œuvre des programmes de santé publique de l'État. La coordination de la politique publique est garantie au niveau national par un Comité national de santé publique (CNSP) qui est chargé de l'élaboration interministérielle de la politique de santé publique. Au niveau régional, la coordination s'exerce au sein même du GRSP, du fait même du partenariat qu'il organise. Enfin, l'évaluation des résultats des politiques de santé publique est confiée à un Haut Conseil de santé publique ainsi qu'au Parlement qui 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.

III. Mais la loi de santé publique nécessite des améliorations dont la redéfinition des objectifs fournit l'opportunité.

31. Sont annexés à la loi une centaine d'objectifs à atteindre notamment au moyen de plans et programmes nationaux. On en distingue au moins quatre types : les plans stratégiques pluriannuels inclus dans le rapport annexé ; 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 ; les plans nationaux antérieurs à la loi qui sont poursuivis ; et plusieurs autres plans, en place ou en phase de préparation, y compris à l'initiative directe du Président de la République (Plan Cancer ou Plan Alzheimer, par exemple). S'y ajoutent tous les plans et programmes régionaux. Il est difficile aujourd'hui de se retrouver dans cette accumulation, notamment pour distinguer les priorités de la politique de santé durant la période quinquennale d'application de la loi.

32. De nombreuses mesures impliquent directement l'organisation de l'offre ambulatoire, par exemple le rôle du médecin traitant en matière de prévention. Il n'y a pas eu de véritables articulations entre les lois d'août 2004 de santé publique et portant réforme de l'assurance maladie². Les négociations conventionnelles avec les professionnels de santé sont ainsi conduites par l'Assurance maladie de façon distincte et indépendante.

33. Cinq ans après l'adoption de ce vaste ensemble, les évaluations des résultats de la politique publique restent encore lacunaire. Quelques évaluations des plans de santé publique intervenus depuis 2004 ont été conduites. Elles font apparaître un bilan positif teinté d'interrogations.

Ainsi, le Haut Conseil de santé publique, qui a eu à évaluer le plan Cancer 1, estime³ que son existence ne doit pas être remise en cause en tant qu'outil de mobilisation. Mais, cette instance met en exergue les limites d'une approche par pathologie, qui n'a pas d'effets structurels sur la coordination des soins dans un territoire, et souffre d'un manque de coordination entre les différentes pathologies et entre les départements ministériels concernés. Les évaluations d'autres plans opérées par le Haut Conseil de santé publique convergent sur les mêmes termes.

Une réflexion sur les politiques régionales de santé publique a également été conduite par le Haut Conseil de santé publique⁴, qui a estimé que leur élaboration révélait une construction complexe, articulant difficilement les réponses pérennes à des besoins constants et de multiples programmes

² Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

³ Évaluation du plan Cancer, Haut Conseil de santé publique, 30 janvier 2009.

⁴ « Les politiques régionales de santé publique. Éléments de constat et préconisations dans le contexte de la loi hôpital-patients-santé-territoires. », Haut Conseil de santé publique, 17 octobre 2008.

sectoriels ou thématiques. Il a aussi estimé que le dispositif d'appel à projets était souvent inadapté, là où la Conférence nationale de santé est ouvertement plus critique sur ce même dispositif, estimant qu'il fragilise les acteurs en raison de l'annualité des budgets alloués. Le Haut Conseil de santé publique estime en outre que, si les actions financées dans les PRSP sont très nombreuses, leur efficacité n'est pas toujours bien établie, et que la capitalisation des acquis est faible. Il ajoute enfin que les collectivités territoriales, dont il estime, à l'instar de la Conférence nationale de santé, qu'ils sont décisifs dans tout changement d'échelle dans la politique de santé publique, sont restées à distance de la politique régionale de santé publique.

34. A ces évaluations, la Conférence nationale de santé ajoute une série d'observations sur le déploiement régional des politiques de santé publique.

341. La loi de santé publique n'a guère augmenté la coordination et le soutien des actions et des projets de prévention en région.

La structuration des acteurs de la promotion de la santé autour des instituts régionaux d'éducation pour la santé (IREPS) reste à construire. En tout état de cause, la création des GRSP n'a pas suscité du côté des soumissionnaires aux appels à projets des stratégies d'alliances. Le paysage des acteurs reste toujours émietté, ne donnant à observer que trop rarement des mutualisations salutaires. Par ailleurs, la professionnalisation des acteurs et des démarches de prévention n'a pas connu la traduction que l'on était en droit d'attendre avec la planification régionale de santé publique.

Enfin, le soutien méthodologique repose essentiellement sur l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et sur les grandes écoles de santé publique. Mais, en raison de la faiblesse du soutien financier au réseau des comités régionaux d'éducation à la santé, la guidance méthodologique de nombreux projets publics ou privés reste insuffisante en région pour articuler avec un bon niveau de pertinence ces projets par rapport aux besoins des populations.

La Conférence nationale de santé s'interroge d'ailleurs sur les risques que pourraient faire courir, en termes de lisibilité institutionnelle et d'action publique pour les acteurs comme pour la politique publique, la création d'une fondation de la prévention voulue par le législateur⁵ dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

342. La Conférence nationale de santé doit déplorer la paupérisation des acteurs en région.

Paradoxalement, l'adoption de la loi de santé publique n'a pas mis fin au processus de fragilisation des acteurs de terrain. La Conférence nationale de santé en veut pour preuve les difficultés financières récurrentes d'observatoires de la santé ou de comités d'éducation à la santé, que symbolise le dépôt de bilan récent du Comité régional d'éducation à la santé d'Ile-de-France (CRESIF) alors que, dans la moitié des huit départements de l'Ile-de-France, il n'y a pas de comité départemental d'éducation à la santé (CODES). Cette fragilité du réseau des comités d'éducation à la santé repose probablement sur des difficultés de modernisation auquel il est confronté, mais surtout sur la faiblesse des allocations de ressources publiques, pourtant indispensables si l'on veut mettre à disposition des futures agences régionales de santé des opérateurs pour la méthodologie d'intervention en santé publique. Ces efforts méthodologiques pourraient aussi opportunément porter sur l'éducation thérapeutique au moment où la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit, dans son article 84, la reconnaissance légale de l'éducation thérapeutique et de l'accompagnement des patients.

⁵ Article 81, insérant au code la santé publique les dispositions suivantes : « Art. L. 1171-1. - Une fondation contribue à la mobilisation des moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives destinées à développer des comportements favorables à la santé. Ces actions contribuent notamment à la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique et sportive ainsi qu'à la lutte contre les addictions. »

Si la logique d'appel à projets est structurante en ce qu'elle isole et donne des objectifs, l'annualité des budgets remet sans cesse en cause les compétences. En outre, la concurrence annuelle entre organismes fait dépérir ces organismes. La mise en place des appels à projets pluriannuels aurait l'avantage inverse de consolider les compétences, dès lors que, par ailleurs, des financements sont parallèlement identifiés pour le fonctionnement des structures sur lesquelles reposent ces projets. Faute de financer le fonctionnement de façon distincte des appels à projets, ces derniers stérilisent l'innovation car les ressources du projet vont trop souvent au fonctionnement. La mutualisation des effecteurs dans des structures ad hoc pourrait constituer une solution. En tout état de cause, la révision de la loi de santé publique doit s'attacher à sécuriser les acteurs de la prévention, comme la Conférence nationale de santé l'a déjà fait remarquer dans son avis du 13 octobre 2008 relatif à la mobilisation des acteurs dans la prévention.

35. Malgré l'adoption des dispositions de l'article 8 de la loi organique n° 2009-403 du 15 avril relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution, qui prévoient l'obligation d'étude d'impact des mesures contenues dans les projets de loi, la Conférence nationale de santé doit regretter que ces dispositions n'ont pas été mises en œuvre depuis leur vote par le Parlement alors que deux lois, certes relatives au financement du système de santé, ont été examinées par lui depuis l'intervention de ces dispositions.

IV. La Conférence nationale de santé a identifié six critères pour la future loi de santé publique.

41. La loi de santé publique à venir doit permettre d'identifier clairement les principes pérennes et les priorités pluriannuelles de la politique de santé publique française au cours des cinq prochaines années.

La politique de santé publique, qui repose pourtant sur une série de principes, n'est identifiée, ni par ces principes, ni par ses grandes orientations stratégiques, dans le code de santé publique. Il conviendrait donc qu'un titre de ce code de santé publique distingue les grands principes dont elle doit être dotée. A cet égard, la Conférence nationale de santé estime qu'il serait judicieux que ce titre mette au moins en exergue :

- L'exigence de santé publique dans toutes les politiques, car la Conférence nationale de santé estime que les objectifs de la politique de santé publique doivent être relevés par toutes les politiques publiques. Ce n'est pas une idée nouvelle pour la Conférence nationale de santé, qui s'y est déjà penchée au moins de façon organique dans son avis du 13 octobre 2008 sur la mobilisation des acteurs dans la prévention ou dans celui du 18 juin 2008 sur l'expertise. En effet, la Conférence nationale de santé a proposé, dans ces deux avis, que toute politique publique tienne compte de l'exigence de faire progresser la santé publique, quel que soit le département ministériel qui initie la mesure. La Conférence nationale de santé avait déjà exprimé cette préoccupation, en souhaitant le développement des études d'impact en santé avant toute décision publique, de façon à réduire les risques des politiques publiques sur la santé. Il s'agirait ici d'aller plus loin et de recommander plus spécialement que toutes les politiques publiques comportent un volet santé. En région, il ne faut surtout pas cantonner la santé publique à l'action de son pôle au sein des agences régionales de santé. Il convient, au contraire, de prendre appui sur les collectivités territoriales en organisant avec elles une fonction d'observation de la santé très déconcentrée, pour leur permettre l'identification de leurs leviers d'action.
- La lutte contre les inégalités de santé que la Conférence nationale de santé avait déjà diagnostiquées dans son avis du 22 mars 2007 identifiant les voies d'amélioration du système de santé français.

- L'affirmation selon laquelle la politique de santé publique résulte d'un débat partagé, impliquant l'ensemble des acteurs (services de l'Etat, professionnels de santé, organisations de la société civile, collectivités territoriales), et de leur engagement concerté pour relever les défis de santé publique auxquels ils sont confrontés au plan national comme dans les territoires. A cet égard, l'implication des acteurs au plan local doit être facilitée pour relever les défis de santé publique. En effet, si les contrats locaux de santé sont bien prévus par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, il peut être craint que cet outil donne lieu à un émiettement thématique au détriment de projets transversaux de santé publique, malgré la création de la commission régionale de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.

Devraient succéder à l'identification de ce corps de principes animant la politique française de santé publique, les choix de priorités de santé publique. Ces choix sont nécessairement temporels, pour une durée de cinq ans, dès lors qu'il se confirme que les lois de santé publique se succéderont à échéance quinquennale.

La Conférence nationale de santé estime que ne doivent pas être retenues plus de deux à trois priorités opérationnelles par période quinquennale.

La Conférence nationale de santé estime que, pour les cinq prochaines années à venir, quelques domaines prioritaires paraissent particulièrement sensibles, dont la santé mentale, sans préjuger des priorités que la Conférence nationale de santé fera émerger au cours de l'année 2010.

La Conférence nationale de santé rappelle qu'une priorité de santé est nécessairement ponctuelle, à la différence, par exemple, de la lutte contre les inégalités de santé qui est permanente.

Ces priorités doivent être construites en fonction de leur effet sur les résultats de santé pour les populations. En tout état de cause, il est indispensable que ces priorités soient hiérarchisées, de sorte qu'en cas de contraintes financières, les priorités de premier rang subsistent.

Dès lors, la prochaine loi de santé publique doit clairement établir, d'un côté, les quelques grands principes qui inspirent cette politique de santé publique, et d'un autre côté, les priorités pour un temps donné, probablement de cinq ans.

Ce faisant, il ne s'agit pas pour la Conférence nationale de santé de renoncer à la centaine d'indicateurs de la précédente loi de santé publique qui ont probablement été présentés à tort comme série d'objectifs à atteindre. Il faut en revanche adosser ces indicateurs à quelques grandes priorités.

42. La nécessaire clarification des outils de l'action publique : plans stratégiques, plans nationaux, programmes...

La Conférence nationale de santé estime que le nombre de plans (une cinquantaine environ) interdit toute approche globale tant ils aboutissent à segmenter l'action. Par ailleurs, elle considère que, si ces plans constituent un signal politique sur une problématique de santé, ils ne font que faire apparaître sous une forme spécifique les moyens de la politique publique déjà existants, sans grandes évolutions. C'est le cas du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011), même s'il a par ailleurs la qualité d'embrasser les questions de santé des malades chroniques de façon transversale.

Par ailleurs, la seule distinction entre ces plans nationaux et les plans stratégiques réside dans le fait que les seconds sont mentionnés dans la loi de santé publique. Pourtant, leur contenu est voisin d'un plan national. On ne voit pas bien dans ce cas ce qu'apporte l'inscription dans la loi, encore moins quand ces plans stratégiques ne comportent pas le moindre élément relatif aux conditions de leur mise en œuvre.

Cet édifice se complexifie en raison de la sémantique utilisée, puisque l'on emploie indistinctement les terminologies plans, programmes, stratégies, etc., sans qu'ici encore on ne voit clairement ce qui les distinguent les uns des autres.

Enfin, ces plans sont quasiment tous administrés de façon différente, alors qu'il est légitime de penser que, une fois validés, ils devraient être gérés de la même façon au sein d'une organisation transversale du ministère chargé de la santé. Ce n'est pas le cas, ajoutant encore au sentiment de confusion pour les acteurs.

Appliquer au plan national ce que l'on s'apprête à demander aux agences régionales de santé serait la sagesse : des axes stratégiques nationaux (quelques grandes priorités de santé, trois au plus), des schémas sectoriels opposables comportant des mesures opérationnelles (autant de schémas sectoriels que de besoin, sans qu'ils figurent dans la loi), et des programmations nationales indiquant qui fait quoi, dans quels délais, avec quelles contraintes, avec quels moyens et selon quel dispositif de suivi. Ces programmations auraient bien évidemment un caractère évolutif.

43. L'articulation entre les orientations nationales (axes stratégiques, schémas sectoriels, programmations) et les niveaux régionaux doit être plus lisible.

En l'état actuel des plans régionaux de santé publique, certains d'entre eux comprennent des déclinaisons de programmes nationaux retenus pour des politiques de santé publique qui n'ont aucune raison de s'appliquer dans certaines régions (lutte contre le radon, par exemple).

La suppression des plans nationaux au profit d'un ensemble d'axes stratégiques nationaux resserrés devrait éviter la réplique des plans nationaux au plan régional, alors qu'aucune considération locale n'y invite.

Pour autant, la détermination de ces grands axes nationaux et schémas sectoriels doit faire l'objet d'une reprise dans les projets régionaux de santé, sous le contrôle des futures conférences régionales de la santé et de l'autonomie pour mieux prendre en compte les besoins locaux de santé.

Cette reprise au niveau régional doit reposer :

- sur une analyse circonstanciée des données régionales,
- sur des moyens identifiés dans les contrats d'objectifs et de moyens.

44. Les structures de coordination et opérationnelles en santé publique doivent être renforcées.

La Conférence nationale de santé a déjà eu l'occasion d'exprimer sa très vive attente sur l'existence, au niveau régional, d'un pôle de promotion, de prévention et des programmes de santé (3PS) dans les futures agences régionales de santé.

Cependant, l'existence de tels pôles serait insuffisante si le même mouvement n'avait pas lieu à l'échelon national. Or, de ce point de vue, la Conférence nationale de santé s'interroge sur l'évolution du conseil national de pilotage des agences régionales de santé, dont la portée semble

encore discutée par les décideurs publics, alors que sa nécessité, dès lors qu'il dispose de pouvoirs et de moyens étendus, ne fait pas de doute pour eux.

Par ailleurs, l'articulation entre ce conseil national de pilotage et les directions d'administration centrale du ministère est indispensable en matière de santé, en particulier pour fédérer l'ensemble des acteurs sur les objectifs de santé publique. Tout comme il faudrait que ces acteurs pèsent aussi face aux autres départements ministériels, dont la politique publique n'est pas indemne d'incidence en santé publique et doit, si l'on adopte la recommandation du point 1, concourir par sa propre politique à la santé publique.

Cependant, il faut profiter de la création des agences régionales de santé pour aboutir à une véritable mise en cohérence de la prévention avec la structuration de l'offre de soins, hospitalière ou ambulatoire, l'introduction de nouveaux modes de rémunération, la coopération des professionnels.

45. Les procédures de décision en santé publique doivent être adaptées pour garantir plus de transparence.

La Conférence nationale de santé a déjà eu l'occasion de se prononcer sur le faible caractère contradictoire des décisions de santé en France dans ses avis du 18 juin 2008 sur l'expertise et du 13 octobre 2008 sur la mobilisation des acteurs dans la prévention.

A l'occasion de la révision de la loi de santé publique, elle attend que des réformes soient engagées en ce sens, comme la création d'une haute autorité de l'expertise.

Cependant, d'un certain point de vue, des améliorations ont déjà eu lieu : débats publics organisés par la Conférence nationale de santé, compétence similaire dévolue aux futures conférences régionales de la santé et de l'autonomie, saisine de la Commission nationale du débat public pour certaines questions de santé. Les compétences respectives de la Conférence nationale de santé et de la Commission nationale du débat public dans ce domaine devraient d'ailleurs être éclaircies.

Toutefois, la décision de soumettre à enquête ou à débat public une question ne fait pas l'objet d'une grande transparence, sauf dans les cas de saisine de la Commission nationale du débat public. Les futures conférences régionales de la santé et de l'autonomie devront s'engager dans ces mêmes voies, en identifiant bien les débats publics qui ont vocation à adosser une décision publique et dont la conduite constitue alors une phase contradictoire, et les autres débats publics qui ont vocation à animer la discussion publique sur la santé en région.

Ceci étant, d'autres décisions en matière de santé, au niveau infra-régional ou départemental, peuvent nécessiter un débat public. Si la conférence régionale de la santé et de l'autonomie n'a alors plus qualité pour l'engager, il faudrait déterminer l'autorité qui peut y concourir.

46. Tout plan ou programme, national et régional, doit comprendre un volet financier.

La loi de santé publique du 9 août 2004 ne prévoit pas l'obligation d'accompagner les plans et programmes d'un volet financier. Le futur projet régional de santé et ses déclinaisons en plan stratégique, schémas et programmes devraient obligatoirement intégrer une programmation financière prévisionnelle. Il s'agit ainsi de donner de la visibilité aux différents acteurs concernés, publics ou privés, sanitaires, médico-sociaux ou sociaux, professionnels de santé, etc. Cette programmation doit reposer sur la mutualisation de différentes sources de financement et ne pas se limiter aux seules enveloppes fléchées « santé publique ». Elle doit aussi favoriser la structuration progressive des acteurs de prévention et promotion de la santé, parallèlement à celle des acteurs de soins.

*

Telles apparaissent les propositions de la Conférence nationale de santé à distance de la prochaine révision de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.