

À quand une loi de programmation pour la santé et l'autonomie ?

Evaluer les menaces, élaborer une doctrine d'emploi et adapter en conséquence l'appareil de défense : le modèle de la loi de programmation militaire est ancien, les exercices successifs ont été conduits avec plus ou moins d'audace, plus ou moins d'ouverture au débat public mais on imaginerait mal s'en passer. Il existe des lois de programmation en matière de justice¹ ou de recherche², on nous annonce une loi de programmation pluriannuelle pour la revalorisation des carrières enseignantes. Dans un autre domaine, la *programmation pluriannuelle de l'énergie* a été créée par la loi sur la transition énergétique pour la croissance verte du 17 août 2015. Dans la loi n° 2019-1147 du 8 novembre 2019 relative à l'énergie et au climat, le législateur a même prévu qu' « *avant le 1^{er} juillet 2023, puis tous les cinq ans, une loi détermine les objectifs et fixe les priorités d'action de la politique énergétique nationale pour répondre à l'urgence écologique et climatique* ».

En somme, dans tous les domaines de l'action publique, on éprouve le besoin de se doter d'éléments de prospective stratégique et de traduire la vision des pouvoirs publics en termes législatifs, pour fixer un cap et se doter d'un cadre qui oriente et qui oblige.

Dans tous les domaines ou presque... Le champ de la santé et de l'autonomie échappe pour l'essentiel à cette logique de programmation longue. Contrairement aux apparences peut être. Les sceptiques ou les cyniques s'en accommoderont, voire s'en réjouiront, en soulignant le caractère parfois incantatoire de ces exercices, les écarts en termes de réalisation, la péremption rapide de certaines prévisions, les risques de la planification, etc.

Il n'empêche, cette absence pose question. Elle nous prive d'un outil important dans la panoplie de l'action publique. Elle expose les secteurs de la santé et de l'autonomie à la navigation à vue...

Programmer, pour quoi faire ?

Le souci de gagner en profondeur temporelle pour la conduite des politiques de santé n'est pas nouveau. Il est lié à plusieurs phénomènes :

- Des trajectoires de long terme – voire de très long terme – en matière démographique ou épidémiologique (on en aura fini avec les conséquences du *baby boom* - des années 1945-65 - sur la protection sociale vers 2050-2060...) comme en matière de risques pour la santé, collectifs (détérioration des milieux ou de l'environnement) ou individuels (importance d'approcher en longitudinal les carrières pour mesurer l'exposition à tel polluant, etc.) ;
- Le temps très long de constitution de certaines ressources : temps de formation des professionnels médicaux, investissements hospitaliers, implantation des innovations... ;

¹ Loi du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice

² Projet en cours de Loi de programmation pour la recherche

- Le temps lui aussi très long des « retours sur investissement » : en matière de prévention, de formation comme en matière de restructurations ;
- La durée nécessaire à la conduite du changement et à l'infléchissement des comportements et des pratiques, qui appelle une stabilité dans l'action.

Gérer des transitions de long terme (évolution du système de santé vers la prise en charge des maladies chroniques, prise en charge du vieillissement et du très grand âge, évolution vers une société inclusive en matière de handicap, innovations cliniques, technologiques ou numériques, spécialisation et division du travail soignant, mutations géographiques, quant à l'implantation des patients et des professionnels...) avec les outils de la loi de financement annuelle, les ressources de la convention médicale ou l'outillage en matière d'investissement public, sans parler des aléas de la politique nationale ou locale, revient à godiller ou à tenter de conduire un paquebot à bon port sans pilote.

Ce peut être un choix. Par construction, la programmation pluriannuelle est une façon pour les décideurs et les acteurs de se « lier les mains », précisément pour tenir un cap, pour ne pas céder trop vite aux revendications de court terme, aux effets de mode, au *stop and go* budgétaire... Les porteurs d'intérêt qui hantent les antichambres de la décision publique comme les gardiens de l'orthodoxie budgétaire vont d'ailleurs vouer aux gémonies la programmation pluriannuelle, tout comme évidemment les partisans du *statu quo*.

Les avatars de la programmation pluriannuelle en santé

En vérité, le législateur a tenté à plusieurs reprises de mettre en place une programmation pluriannuelle :

- La loi organique de 1996 avait imposé en annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale l'élaboration d'un « *rapport présentant les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale* » (disposition abrogée) ;
- La loi sur les droits des malades de 2002 avait également tenté de mettre en place une procédure d'élaboration de la politique de santé précédant la discussion de la loi de financement (disposition jamais mise en œuvre) ; « *La nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels* » (article L.1411-1 du code de la santé publique) ;
- La loi Mattei de 2004 lui a substitué le principe d'une loi quinquennale de santé publique fixant « *les objectifs de la politique de santé publique* » et l'établissement d'un rapport annexé à la loi pour préciser ces objectifs et les principaux plans d'action prévus pour sa mise en œuvre. Comme le dit Didier Tabuteau, « *la loi de 2004 est construite sur un paradoxe. Elle proclame son ambition programmatique mais reste cantonnée dans l'affichage d'objectifs en raison du dispositif constitutionnel de financement de la sécurité sociale [...] Faute de prendre en compte les conditions de financement du système de santé et, dans une large mesure, les conditions de son fonctionnement, l'approche retenue pour la définition des objectifs de santé publique est frappée d'hémiplégie politique* ³ » ;
- La *Stratégie nationale de santé* au fondement de la *Loi de modernisation de notre système de santé* de 2016 et dont la pérennité est prévue par ce texte s'est efforcée de travailler par-delà cette frontière soin/prévention. La loi n'a pas pour autant les caractéristiques d'une loi de programmation.

³ Tabuteau, Didier. « Loi de santé publique et politique de santé », *Santé Publique*, vol. vol. 22, no. 2, 2010, pp. 253-264.

Les « grandes lois » dans le champ de la santé (loi de 2002, 2004, 2009 dite « HPST », 2016 pour ne pas parler de celle de 2019) ont pâti des ambiguïtés décrites ci-dessus mais leur lisibilité a également beaucoup souffert de ce qu'elles ont été assez systématiquement transformées en réceptacle de tout ce qui ne pouvait pas prendre place dans la loi annuelle de financement de la sécurité sociale ou dans la loi de finances. Elles se sont donc transformées parfois en vastes « DMOS » (« *Diverses mesures d'ordre social* »).

Les contours d'une programmation pluriannuelle en santé

Si on veut bien passer outre ces défaillances successives, à quoi pourrait ressembler une loi de programmation en matière de santé et d'autonomie ?

Une telle loi a vocation à allier prospective, stratégie et programmation sur le plan des ressources humaines, des infrastructures et de l'innovation et à décrire les conditions de la programmation en termes d'organisation territoriale, d'outils de régulation et de conduite du changement.

Les éléments constitutifs pourraient dès lors être les suivants :

- **Un exercice de prospective stratégique en amont, du type « Livre blanc »** élaboré dans un temps limité en mobilisant réellement l'ensemble des ressources disponibles (agences, centres de recherche, conseils consultatifs...)
 - Trajectoires démographique et épidémiologique ;
 - Menaces à 10-15 ans : risques avérés, risques émergents...
 - Opportunités : ruptures, innovations technologiques et organisationnelles incrémentales, perspectives thérapeutiques ;
 - Dimension stratégique : objectifs de santé publique, plans, stratégie en matière de prise en charge et d'organisation de la prévention, des soins et de l'autonomie ;
 - Dimension sociale : les inégalités et leur possible résorption, les conditions d'une société inclusive, le rôle des solidarités familiales ;
 - Dimension territoriale : quid de l'évolution des territoires en général ? Quelles perspectives en matière de vieillissement, de morbidité-mortalité ? Quid de l'implantation des établissements et des services ?
 - Trajectoire financière soutenable ;
- **La programmation en matière de ressources humaines**
 - Prospective RH en termes physiques et financiers ;
 - Priorités en matière de formation médicale et non-médicale ;
 - Compétences attendues ;
 - Interprofessionnalité et évolution du partage des tâches ;
 - Evolution de l'appareil de formation et des diplômes ;
 - Régulation des flux ;
 - Allocation des ressources humaines ;
 - Conditions sociales et financières ;
- **La programmation en matière d'investissements**
 - Prospective en matière d'infrastructures (hospitalières, hospitalo-universitaires, médico-sociales, numérique...) et d'habitat inclusif ;

- Priorités en matière d'investissements ;
- Programmation pluriannuelle ;
- **Le soutien à l'innovation**
 - Prospective ;
 - Fonctions de veille et d'évaluation ;
 - Priorités en matière de financement ;
 - Programmation pluriannuelle ;
- **Les conditions de mise en œuvre de la programmation**
 - Perspectives financières pluriannuelles ;
 - Organisation territoriale cible et les réformes à conduire ;
 - Organisation de la régulation au plan national et régional ;
 - Conduite du changement et conditions de la concertation sociale.

Les sceptiques diront encore que tout cela existe déjà. Pour chaque item pris individuellement, c'est sans doute vrai pour l'essentiel. A ceci près que les travaux sont peu nombreux sur la dimension prospective.

Mais ce qui fait cruellement défaut, c'est l'assemblage...

Un tel exercice de programmation pluriannuelle globale n'a en effet jamais été conduit de façon consolidée, en particulier sur les volets stratégie de prise en charge, RH et investissements. Ou du moins ne l'a pas été depuis la mise en œuvre de la « réforme Debré »... qu'il faut aujourd'hui précisément « revisiter ».

Mise en place

Une loi de programmation pluriannuelle en santé dépasse le champ d'intervention du seul ministère de la Santé (notamment sur les volets enseignement supérieur, recherche, industrie). Elle doit donc par nature être portée à l'initiative du Président de la République ou du Premier ministre (comme l'est le « Livre blanc » en matière de défense) mais sous la maîtrise d'œuvre du ministre de la Santé.

Elle ne se substitue pas aux lois annuelles de financement de la Sécurité sociale, qui sont simplement « éclairées », « cadrées » sur le plan de la programmation sanitaire comme elles le sont par ailleurs sur le plan des finances publiques considérées globalement.

La déclinaison des lois de programmation se trouve dans les Lois de financement de la sécurité sociale, les Lois de finances ou des textes spécifiques à la santé ou à l'autonomie mais les lois de programmation ne doivent pas porter de telles dispositions au risque sinon de subir le sort des lois de santé précédentes.

La loi de programmation pluriannuelle est là pour fixer le cap. Il ne s'agit pas de bâtir une planification rigide, caractéristique d'une économie d'Etat et organisée par le Gosplan. Il s'agit d'amener un système d'acteurs complexe dans une direction définie, en fixant un certain nombre d'objectifs stratégiques et opérationnels.

Illustrations

Quelques exemples illustreront pourquoi on a tant besoin de cet éclairage stratégique de long terme :

- Pour faire face à la raréfaction de l'offre médicale sur le territoire et aux nouvelles modalités de prise en charge, plus collectives, plus tournées vers l'inter-professionnalité, on a promu les

maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ; pour les mêmes motifs, on se tourne aujourd'hui vers les communautés professionnelles territoriales de santé (les fameuses CPTS) : la succession des modèles en vogue, à quelques années d'intervalle, interroge, sachant que, bien entendu, aucune évaluation d'ensemble n'a été conduite s'agissant des MSP et qu'on n'a pas une idée très précise du réseau territorial bâti à partir des CPTS : s'agit-il de couvrir le territoire de façon systématique ? S'agit-il de raisonner en mode projet, à partir de volontés disséminées ? S'agit-il de partir des trajectoires de la patientèle ou de mailler le territoire *ne varietur* ?

Le propos de la loi pluriannuelle de programmation ne serait pas dans le cas d'espèce d'organiser les conditions de ce déploiement mais simplement de décrire la cible en termes de maillage (dire où l'on va) et de fixer les engagements financiers dans la durée.

- Si on considère cette fois les équipements structurants que sont les CHU, le ministère de la Santé valide de mois en mois des projets de réhabilitation (à plusieurs centaines de millions l'unité), dans le cadre d'un dispositif de programmation incarné par le Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO). Cette validation site par site n'a pas été précédée d'une réflexion stratégique et ouverte sur le rôle des CHU pour aujourd'hui et pour demain⁴. Elle est sûrement assortie d'un cadrage budgétaire individualisé mais là encore, on ne dessine aucune perspective d'ensemble.

La loi de programmation pluriannuelle sur l'énergie aura entre autre pour objet de dessiner la carte des grands équipements de production d'énergie, dont les centrales... Les CHU seraient-ils moins structurants, moins persistants dans le paysage du soin que les centrales nucléaires dans celui de la production d'électricité ?

- Le Président de la République a donné une nouvelle impulsion à la transformation en profondeur des formations de santé en septembre 2018. Pour autant a-t-on une idée précise de la division du travail entre soignants à moyen et à long terme ? Quelle répartition des tâches entre médecins et non médecins, non pas *in abstracto* mais concrètement, compte tenu des besoins et des ressources disponibles ? Mobilise-t-on tous les outils possibles pour dessiner des scénarios prospectifs susceptibles de prendre en compte les préoccupations légitimes de nos concitoyens sur la question de l'accès aux soins primaires et de l'accès aux soins de spécialité ? Mesure-t-on précisément les comportements de concentration et de métropolisation de l'offre spécialisée ou très spécialisée ? Documente-t-on un peu solidement les logiques, les dynamiques et les impacts de cette spécialisation ou hyperspécialisation ? Comment fabrique-t-on concrètement la régulation pluriannuelle des effectifs admis en formation ?

Sur ce terrain essentiel de la formation et de la constitution des ressources soignantes, on godille la plupart du temps. Il est difficile de tenir une ligne ferme face aux blocages corporatistes, à l'affirmation des professions et des spécialités, aux initiatives dispersées des acteurs de la formation sur le territoire, aux comportements concrets des professionnels en termes d'installation, d'exercice ou de temps de travail. Raison de plus pour fixer un cap et s'y tenir : si on n'a pas de réponse un peu précise aux questions posées ci-dessus et à quelques autres, il paraît compliqué d'entraîner les acteurs.

On gérait les choses jusqu'à présent avec les outils frustes de la réglementation : *numerus clausus*, répartition intangible des tâches entre les professions, décrets d'actes (limitatifs). Le moins qu'on puisse dire est que l'usage de ces outils n'a que rarement été éclairé d'un point de vue stratégique. Au moment où l'on desserre les carcans et où on laisse davantage d'initiatives aux acteurs sur le terrain, il est crucial de donner la direction.

⁴ En dehors des travaux du HCAAM et notamment ses rapports de 2016 (https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2016/AVIS/AVIS_DU_HCAAM_SUR_LES_INNOVATIONS_ET_SYSTEME_DE_SANTE.pdf) et 2018 (https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_et_rapport_hcaam_2018_-_contribution_a_la_strategie_de_transformati.pdf)

- Quelle est aujourd'hui la vision stratégique des pouvoirs publics en matière d'accueil en établissements pour les personnes âgées dépendantes ? Revers de cette question : comment organise-t-on la transition vers le domicile ? Le mot « transition » est largement employé aujourd'hui, dans de nombreux domaines de l'action publique mais il s'agit bien de cela dans le cas du grand âge. Il faut affronter tout à la fois le défi démographique et le défi qualitatif, pour ne pas dire anthropologique : des effectifs inédits dans des conditions d'accueil profondément transformées.

On a bien fait un peu de prospective stratégique à certaines époques, sur un mode traditionnel, pour élaborer des plans de création de places d'initiative étatique, notamment les plans *Vieillesse et solidarité* et *Solidarité Grand Age* (en 2003 et 2006). Les pouvoirs publics se sont montrés beaucoup plus timorés depuis, comme tétanisés par les enjeux financiers, et ont refusé de croiser dans une perspective d'ensemble les différentes dimensions : RH, places ou capacités, taux d'encadrement, investissement dans les structures, organisation des services, amélioration de l'habitat... Depuis quinze ans, on met donc l'accent successivement sur l'une ou l'autre de ces dimensions, en fonction des revendications des acteurs, de l'urgence ou des arbitrages du moment. Cela ne vaut pas mieux côté ressources : les options défilent en permanence sans que la roue ne s'arrête jamais (un jour l'assurance dépendance, un autre le recours sur succession, un autre encore la perpétuation de la CRDS...).

Ce dont on a besoin aujourd'hui, sachant la nécessité de mobiliser un réseau d'opérateurs complexe et dense (du domicile ordinaire éventuellement aménagé à la résidence lourdement médicalisée) et des acteurs de la régulation et du financement eux-mêmes nombreux (collectivités locales, agences régionales ou agences nationales, opérateurs d'assurance...), c'est de fixer la ligne stratégique : quels sont les modes de prise en charge pertinents à l'horizon de la programmation ? Quels sont les moyens mobilisables pour organiser cette transition ? Comment y va-t-on ?