



Les relations entre les agences et l'administration

Hubert Isnard
Responsable du département des maladies chroniques et des traumatismes, InVS

Renée Pomarède
Direction générale chargée de la mission stratégie, InVS

La création des agences dans le domaine de la sécurité et de la veille sanitaires a pour but de répondre à trois missions essentielles : assurer la sécurité et la qualité des produits (de santé et alimentaires), ainsi que de l'environnement ; évaluer les soins et les pratiques professionnelles et promouvoir leur qualité ; surveiller l'état de santé de la population.

Dans cette nouvelle architecture, les services de l'État se recentrent sur leurs missions régaliennes de tutelle des établissements publics et de définition et de mise en œuvre des politiques publiques en s'appuyant sur les travaux autonomes de chacune des agences selon le champ considéré.

Les relations entre les agences et l'administration seront donc de deux ordres : des relations institutionnelles et des relations fonctionnelles.

Les relations institutionnelles entre l'Institut de veille sanitaire et l'administration de la santé

« Au terme de l'article L 792-1 du Code de la santé publique — Il est créé un établissement public de l'État, dénommé Institut de veille sanitaire. Cet établissement est placé sous la tutelle du ministre chargé de la Santé » (loi 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme).

Lettre de mission : le directeur général de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) a reçu une lettre de mission signée de Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, et de Dominique Gillot, secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés, le chargeant de renforcer les travaux de surveillance dans les champs déjà couverts antérieurement par le Réseau national de santé publique — maladies infectieuses et santé environnement —, en les complétant dans la surveillance des infections nosocomiales, la résistance aux antibiotiques et l'évaluation des risques liés aux expositions environnementales.

Par ailleurs, il était demandé de mettre en place la surveillance et l'observation dans de nouveaux champs tels que la santé au travail et la surveillance des maladies chroniques. Les ministres engageaient l'InVS à définir ses objectifs dans une perspective pluriannuelle et à les contractualiser avec la tutelle en négociant les moyens nécessaires à leur réalisation.

Contrat d'objectifs et de moyens : fondées sur une logique d'autonomie et de responsabilisation, les relations entre l'administration de la Santé et les établissements publics sous la tutelle sont traduites par des engagements réciproques pluriannuels. À l'InVS, l'élaboration du

contrat d'objectifs et de moyens, d'abord en interne mais surtout en négociation avec la tutelle, a pris presque deux ans. En effet, il s'agit d'un processus nouveau dont les phases nécessaires — définition de priorités partagées, élaboration de plans d'action à 3 ans, et négociation des moyens nécessaires pour y parvenir — n'avaient pas fait l'objet de descriptions méthodologiques ou de relations d'expériences au ministère chargé de la Santé. Les travaux ont donc été pragmatiques.

La définition des priorités partagées a fait l'objet de plusieurs allers-retours entre l'InVS et sa tutelle afin de pouvoir faire entendre, que, au-delà des besoins immédiats, l'InVS devait dès aujourd'hui anticiper sur les besoins de demain. Ce message a pu être entendu s'agissant des thèmes à aborder. Cependant la tutelle a souhaité que, dans un premier temps, l'institut reste dans le strict champ de l'épidémiologie sans ouvrir ses compétences dans des champs qui la complètent tels que la sociologie ou l'économie.

L'élaboration des plans d'action a rapidement fait l'objet d'un consensus, une fois définies les priorités. En revanche, la négociation des moyens a été une phase plus ardue. Dans une période où les contrats d'objectifs et de moyens des établissements publics sont fondés sur une logique d'amélioration du service rendu dans un contexte de réduction d'effectifs ou tout au plus de redéploiement, la demande de l'InVS, organisme en croissance, pouvait être jugée irréaliste. La négociation a nécessité une redéfinition de la base budgétaire au premier franc, mais a permis l'assurance d'une croissance des effectifs de 60 % à l'horizon 2003.

Le contrôle de gestion : il est la contrepartie de l'autonomie et de la responsabilisation de l'InVS vis-à-vis de sa tutelle. Il assure la transparence des relations. Chaque semestre, l'InVS fait état de l'avancement des programmes de son contrat sur la base d'indicateurs globaux retenus en commun et couvrant à la fois les champs scientifiques (nombre d'alertes traitées, nombre de nouveaux systèmes de surveillance mis en place) et les champs administratifs (pourcentage de postes vacants, nombre de conventions de partenariat signées, etc.).

En amont des réunions formelles du comité de suivi du contrat, ont lieu à intervalles réguliers et dans chaque département scientifique de l'InVS des réunions techniques avec la direction générale de la Santé (DGS) et les autres directions d'administration centrale concernées : direction des Hôpitaux et de l'Offre de soins (DHOS), direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees), direction des Relations du travail (DRT)... , sur la base de tableaux de bord de suivi des projets et des financements.

La transparence de ses rapports permettra de mettre en évidence la capacité de l'InVS à entreprendre et à mener à bien ses programmes, mais également la diligence avec laquelle la tutelle remplit ses engagements financiers et techniques, notamment en renforçant la capacité de veille sanitaire des directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (Ddass).

Les contrôles des inspections générales et de la Cour des comptes : comme tous les établissements publics, l'Institut national de veille sanitaire doit se préparer à rendre des comptes sur l'utilisation des moyens qui lui ont été attribués.

Il le fait par l'intermédiaire de la publication d'un rapport annuel de veille sanitaire, obligation législative. Il le fera également au travers de contrôles réguliers, notamment de la Cour des comptes. Cette institution a déjà réalisé une évaluation de la mise en place des agences de veille et de sécurité sanitaires et assurera ensuite leur contrôle régulier au cours du temps.

Les relations fonctionnelles

Article L 792-2 du Code de la santé publique :

« II — Les services de l'État ainsi que les organismes placés sous sa tutelle apportent leur concours à l'institut dans l'exercice de ses missions.

« IV — L'Institut de veille sanitaire met à la disposition du ministère chargé de la Santé les informations issues de la surveillance et de l'observation de la santé des populations, nécessaires à l'élaboration et à la conduite de la politique de santé. »

Deux exemples récents illustrent les relations fonctionnelles entre l'InVS et les services de l'administration de la Santé en situation d'urgence.

L'alerte au collège de Port-en-Bessin (Calvados) en mars 2001

La DGS, alertée de la survenue de problèmes de santé dans ce collège puis d'un décès, demande un vendredi soir à l'InVS de mener en urgence une investigation pour déterminer les causes de ce décès et des malaises qui avaient conduit les autorités à fermer le collège. L'investigation menée en urgence a nécessité l'envoi sur le terrain d'une équipe de l'InVS pour venir en appui de la Ddass, déjà très impliquée dans la gestion du problème. Celle-ci a coordonné l'ensemble des acteurs (cellule interrégionale d'épidémiologie, Éducation nationale, centre hospitalier, conseil général, équipe municipale...), qui, avec l'InVS, ont mené les investigations épidémiologiques et environnementales pour tenter d'élucider le problème. Le rapport produit dans un délai court a conclu, de façon provisoire, à un phénomène psychologique de groupe, ainsi qu'à des problèmes de ventilation dans les locaux du collège, et enfin à l'absence de liens entre le décès et les malaises des élèves. Ce rapport rendu immédiatement public par le sous-préfet, puis présenté par la Ddass et l'InVS aux habitants du canton et aux médecins, a contribué à apaiser les craintes des habitants. L'intervention de l'InVS aux côtés des autres acteurs, puis les résultats des investigations ont été d'un apport déterminant à la gestion de la crise. On est là dans un exemple très concret d'une saisine en urgence de l'InVS par la DGS en situation de crise et du rôle de l'InVS. Celui-ci apporte son expertise épidémiologique et les résultats des investigations accompagnés de recommandations sont utilisés par les autorités locales dans la gestion de la crise.

L'alerte concernant la recrudescence des méningites C dans le Puy-de-Dôme

Cette alerte récente a été déclenchée directement par l'InVS via les systèmes de surveillance qu'il coordonne. Elle repose sur les données de la déclaration obligatoire et le constat d'un dépassement des seuils habituellement constatés. Sur la base de cette alerte, la DGS, en s'entourant de l'expertise des épidémiologistes de l'InVS, mais aussi de cliniciens, microbiologistes..., a décidé de la façon de gérer la situation, c'est-à-dire de vacciner très largement la population âgée de 2 mois à 20 ans dans la zone de Clermont-Ferrand.

Dans les deux cas l'InVS a apporté la dimension épidémiologique dans la compréhension du phénomène via la surveillance ou une enquête. La décision s'appuie certes sur ces éléments, mais elle prend aussi en compte une série d'autres arguments relatifs à la perception du problème dans la population, de l'existence de moyens efficaces de réduction du risque (l'existence d'un vaccin contre le méningocoque C dans ce cas) et dans d'autres situations d'éléments économiques et éthiques.

Cette articulation entre l'institut et les services de l'État a besoin, pour être plus efficace, de s'appuyer sur des procédures. Certaines étaient en cours de rédaction et la réactivation du plan Biotox suite aux événements du 11 septembre a été l'occasion de revoir et compléter l'ensemble des procédures d'alerte et d'intervention en situation de crise, qui se différencient peu de celles rencontrées en cas d'attaque terroriste. On peut dire aujourd'hui que l'expérience accumulée depuis l'époque du Réseau national de santé publique a permis de bien définir les rôles respectifs de l'InVS et des services de l'État dans l'évaluation et la gestion des situations de crise.

Appui à la conduite des politiques de santé

L'articulation avec les services du ministère de la Santé, et tout particulièrement la DGS, intervient à toutes les étapes de la mise en œuvre des missions de surveillance de l'InVS, de la définition des priorités de veille sanitaire à l'évaluation des programmes d'action.

Les deux exemples ci-dessous, issus de l'expérience du département des maladies chroniques et des traumatismes mais qu'on pourrait rencontrer dans tous les autres champs d'intervention de l'InVS, illustrent certaines de ces articulations.

De création récente (1999), le département des maladies chroniques et des traumatismes a eu besoin, dans sa première phase d'existence, de définir ses priorités de travail du fait de l'immensité du champ couvert. La consultation d'un panel d'experts et la réflexion interne au département ont permis de définir une dizaine de priorités, pour certaines déjà initiées du fait d'un transfert de compétence de la DGS à l'InVS ou d'une commande de la part de celle-ci (les cancers, les accidents de la vie courante et la nutrition). Les nouvelles priorités identifiées par les experts et l'InVS répondaient à de grands problèmes de santé publique : maladies cardio-



vasculaires, diabète, santé mentale et suicide, inégalités sociales de santé, violences domestiques, asthme et maladies pulmonaires chroniques, insuffisance rénale chronique. L'inscription dans le contrat d'objectifs et de moyens des priorités du département est venue conclure un long processus d'élaboration et d'aller-retour entre l'InVS et la tutelle. C'est autour de la notion de besoin d'information que s'est cristallisée la plus grande partie des discussions. Ainsi l'un des critères justifiant le choix d'un thème de veille sanitaire est qu'il réponde à des besoins d'information pour la conduite et l'évaluation des politiques de santé. Réciproquement, l'un des critères retenus par la tutelle pour juger de la pertinence d'un thème est l'existence d'un programme de santé impulsé par le ministère. Ainsi la décision récente du ministre de promouvoir un vaste programme de santé publique décliné en plusieurs plans (insuffisance rénale, asthme, maladies cardiovasculaires, diabète) a eu un impact particulièrement fort sur les choix retenus dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens. Il n'en reste pas moins que l'InVS, sur la base de son expertise et de sa propre perception des priorités de surveillance, est amené à faire des choix qui n'entrent pas nécessairement dans les priorités du ministère. La contrainte budgétaire peut cependant limiter la portée de ces choix.

La contribution de l'InVS à l'évaluation du programme national de dépistage du cancer du sein conduit l'institut à intervenir, dans les faits, à toutes les étapes de la mise en œuvre de ce programme. Bien sûr l'InVS est avant tout chargé d'assurer l'évaluation épidémiologique du programme : recueillir et analyser les données en provenance des gestionnaires du programme au niveau départemental, mener des études afin d'évaluer son impact en termes de mortalité et de morbidité. Ces résultats doivent permettre au ministère et à la Cnamts, financeur du programme, de s'assurer, à terme, que les choix ont été pertinents, que le programme fonctionne correctement et que les résultats escomptés sont atteints. Mais il est évident que ce travail d'évaluation permet à l'InVS de développer une expertise dans le domaine du dépistage des cancers, une connaissance très précise du fonctionnement du programme et de ses acteurs, tous éléments extrêmement précieux pour la DGS. C'est pourquoi l'InVS est étroitement associé à l'élaboration du cahier des charges (organisationnel et informatique) des nouveaux développements du programme, intervention qui dépasse *stricto sensu* les missions de l'institut.

Pour conclure

Les agences de sécurité et de veille sanitaires sont de création récente et l'organisation de leurs relations avec l'administration reste en grande partie à construire.

L'InVS est l'un des éléments de cette nouvelle organisation de l'État dans le champ de la santé publique qui l'a conduit à externaliser la plus grande partie de ses missions techniques pour en renforcer la qualité et l'indépendance. Il tient sans doute une place particulière dans ce dispositif du fait de ses missions extrêmement

larges qui couvrent l'ensemble du champ de la santé des personnes et qui l'amènent à être en relation avec les services du ministère et l'ensemble des autres agences. Il est nécessaire aujourd'hui de s'interroger sur l'équilibre à maintenir entre d'une part la nécessaire autonomie de l'institut par rapport à l'administration et le politique afin de conserver son indépendance de jugement et donc sa qualité scientifique, et d'autre part la nécessaire proximité des lieux de décisions pour garantir la pertinence des choix réalisés par l'institut et l'efficacité de ses recommandations en matière de protection de la santé de la population et de prévention. Le statut d'établissement public de l'InVS, avec l'ensemble des règles administratives et financières qui en découlent, le place de façon non ambiguë au sein de l'appareil d'État. L'InVS n'est pas une autorité indépendante et totalement autonome. En revanche, la loi du 1^{er} juillet 1998 lui impose de faire un rapport annuel public sur les résultats de la veille sanitaire et sur les recommandations qu'il a formulées, et ce en toute autonomie. Le projet de loi relative aux « droits des malades et à la qualité du système de santé », en cours de discussion au Parlement, impose également à l'InVS de mener des débats publics sur ses domaines de compétence. ■

Le rôle des ARH dans le cycle décisionnel

Martine Bellanger

Docteur en économie, enseignante et chercheur à l'ENSP

Alain Jourdain

Professeur des universités, ENSP, Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires

Le système de santé français a la réputation d'être compliqué et trop centré sur l'hôpital. Dans la décennie quatre-vingt-dix une série de réformes a tenté de tisser des liens nouveaux entre problèmes de santé et services de soins dans un système plus intégré. Le cycle annuel d'allocation des ressources permet de comprendre comment les institutions contribuent à cette meilleure intégration.

Le plan Juppé de 1996 peut être interprété comme une sorte de rupture dans le processus des réformes des deux dernières décennies. En effet, c'est une approche globale de la gestion du système de santé qui est visée, à l'opposé d'une approche plutôt ponctuelle avant cette date. Dès lors, les changements institutionnels introduits offrent de nouveaux modes de relations entre les acteurs situés aux trois échelons de l'organisation : national, régional et local. Situées à un échelon géographique intermédiaire, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) servent aussi d'interfaces entre les différents services déconcentrés de l'État et de l'assurance maladie pour la régulation de l'offre des soins hospitaliers.

Des priorités locales de santé de la population à l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie

Le budget de l'assurance maladie est soumis par le