

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

gouvernement à l'approbation du Parlement sur la base de deux types d'informations : des indicateurs économiques conjoncturels et des priorités de santé publique. Déterminées au niveau régional à partir de l'analyse des besoins de santé de la population et l'évaluation des programmes de santé en cours, les priorités sont transmises par les conférences régionales à la Conférence nationale de santé.

Sur la base de propositions au gouvernement issues de ladite conférence et des expertises du Haut Comité de la santé publique, le Parlement vote la loi de financement de la sécurité sociale, dans le cadre de laquelle il fixe un Objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie pour l'année suivante (Ondam).

Puis, à partir du cadre déterminé par le Parlement, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité répartit l'Ondam en quatre sous-objectifs ou enveloppes. Celles-ci couvrent les hôpitaux publics et participant au service public hospitalier (PSPH), les cliniques privées et le secteur médico-social ainsi que les soins de ville. Ces derniers sont régis par une convention médicale nationale signée entre les syndicats médicaux et l'assurance maladie, l'échelon régional ne joue donc aucun rôle dans la répartition.

Des priorités régionales à l'allocation des ressources aux établissements de santé

La création de l'ARH s'inscrit dans une volonté politique de laisser au pouvoir central un rôle encore important tandis que des acteurs périphériques régionaux, uniques interlocuteurs compétents, assurent la régulation régionale hospitalière au niveau de la planification et de l'allocation des ressources, celle-ci découlant de celle-là... Cette institution fédère des compétences régionales et départementales des services de l'État mis à sa disposition, d'une part, et des services de l'assurance maladie issus des caisses régionales ou des échelons régionaux et locaux du service médical, d'autre part.

L'ARH dispose de deux instruments pour mener sa politique : le schéma régional d'organisation sanitaire et le contrat d'objectifs et de moyens.

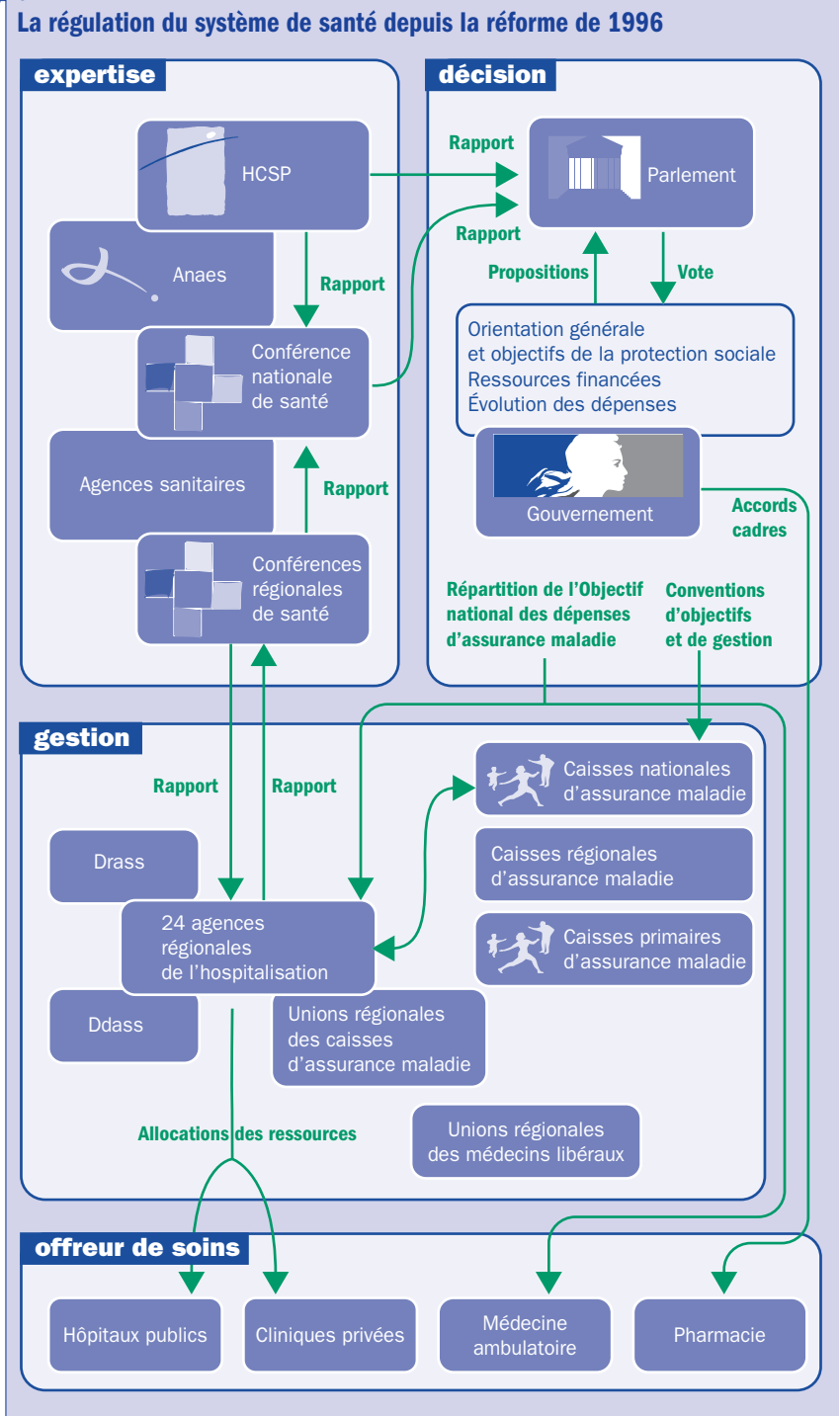
Le Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) « fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire ». Par ailleurs, l'ARH justifie en conférence régionale de santé les « conditions de mise en œuvre et les résultats d'actions conduites [sous forme notamment de programmes régionaux de santé (PRS)] conformément aux priorités régionales ». Ces éléments de politique régionale seront traduits en actions par l'agence qui utilise plusieurs leviers.

S'agissant du financement, le niveau national reste l'échelon où se définit la répartition par l'intermédiaire d'un objectif national quantifié pour les établissements ne participant pas au service public et d'une dotation globale attribuée par région pour les autres établissements.

La gestion ensuite est assurée au niveau régional. Ainsi, pour le secteur privé à but lucratif, des accords

sont conclus entre les ARH et les syndicats pour fixer les tarifs des prestations. Pour les établissements publics et participant au service public, l'enveloppe régionale limitative fixée par le ministère est répartie entre les établissements par le directeur de l'ARH. La méthode généralement utilisée consiste à répartir l'enveloppe entre les établissements en privilégiant les plus efficaces,

figure 1





c'est-à-dire ceux qui ont la valeur du point ISA le plus bas.

Une fraction de l'enveloppe, généralement inférieure à 1 %, est consacrée aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui permettent de financer les priorités du Sros et de la conférence régionale de santé, ainsi que des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins.

Le contrat pluriannuel est signé entre les établissements de santé et les ARH ; chaque établissement s'engage, au travers d'un projet, à participer à la recombinaison hospitalière décidée en fonction de besoins de santé préalablement identifiés.

L'attention accordée aux priorités de santé publique s'est-elle accrue ?

Le rôle des agences apparaît à la fois contraint par le pouvoir central, mais ouvert à de nouveaux modes d'organisation plus innovants pour la régulation du système hospitalier.

Le renforcement de la région, comme pivot de la politique de santé, constitue un axe important des ordonnances de 1996. Des instances ont été introduites et de nouveaux outils mis à disposition d'institutions existantes. Ainsi, les schémas régionaux d'organisation sanitaire, dont la mise en place a été confiée aux ARH. Les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral (URML) constituent une instance d'études et d'analyses portant essentiellement sur le fonctionnement du système de santé et l'évaluation des besoins médicaux. La coordination avec les autres professionnels de santé, ainsi que la formation des médecins et des usagers, font partie de leurs missions.

La réforme de 1996 vient renforcer ce dispositif régional, mais maintient la séparation traditionnelle entre le secteur hospitalier et celui des soins ambulatoires rattaché aux unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) qui fédèrent au niveau de chaque région le régime général, la Mutualité sociale agricole et la Caisse nationale autonome d'assurance maladie (Canam). Ces institutions au caractère fédérateur apportent chacune une contribution originale dans le cycle de décision, les unes en termes de rationalisation de l'offre de soins, les autres en termes de formulation des priorités de santé. Mais le sentiment qui domine est celui d'une dilution des responsabilités dans l'élaboration d'une politique de santé publique.

La cohérence d'ensemble du système a-t-elle été améliorée pour mieux répondre aux besoins de la population compte tenu des moyens disponibles ?

La réponse est ambivalente, parce que les moyens offerts aux décideurs le sont. Ainsi, la volonté d'aller vers une logique d'incitation économique se trouve limitée par une gestion planifiée. De plus, la volonté des acteurs de développer des coopérations pour assurer une continuité des soins telle qu'envisagée par les Sros, qui sont la référence pour toute transformation de l'hôpital et proposent des orientations explicites en termes de coordination, se trouve découragée par

des contraintes de fongibilité des enveloppes entre les établissements soumis à enveloppe globale et les autres, ou un financement par l'enveloppe médico-sociale et les autres.

Des expériences conduites en termes de transversalité des financements, de même que les apprentissages d'une culture commune initiés entre les différentes institutions URML, Urcam, Ddass et ARH dans certaines régions, laissent augurer d'un paysage institutionnel qui se renouvelle par la volonté des acteurs locaux et pour une meilleure satisfaction des usagers. Cette dernière repose sur des éléments spécifiques comme la connaissance de la perception par la population de son état de santé, l'identification de ses besoins, de ses priorités. À ce niveau, des questions restent en suspens : la population est-elle réellement représentée dans le choix des priorités, et avec quelle implication ? Est-elle suffisamment informée pour se sentir prête à intervenir et de quelle information dispose-t-elle ?

Envisagé dans une conception large, ce processus d'organisation marque un progrès au niveau de l'expression des besoins de la population et du débat démocratique. Toutefois, la portée du changement est limitée. En effet, depuis sa mise en place en 1997, l'Ondam a été respecté seulement la première année. Depuis lors, les dépenses réelles sont toujours supérieures aux prévisions. Ainsi, entre 1999 et 2000, le taux d'évolution des dépenses de santé est de 5,9 % ; celui fixé par le Parlement était de 2,5 % seulement. ■

ARH, assurance maladie et services déconcentrés

Louis-René Geffroy
Directeur de l'ARH de
Franche-Comté

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) constituent l'un des principaux dispositifs issus de l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Constituées sous forme de groupements d'intérêt public (GIP), associant les services déconcentrés de l'État et les services de l'assurance maladie, les ARH, mises en place à partir de septembre 1996, ont commencé à fonctionner au printemps 1997.

Cette création s'est inscrite dans une double logique d'action :

- celle de la maîtrise d'une dotation financière régionale limitative fixée par le ministre après le vote du Parlement d'un objectif annuel national de dépenses de l'assurance maladie ;
- celle de la mise en œuvre du niveau régional comme niveau de la réalisation de la politique hospitalière avec comme cadre d'action une véritable politique de santé