

Le nouveau paysage régional en matière de santé

Deux ans après la publication des ordonnances sur la réforme de l'assurance maladie et sur l'organisation de la sécurité sociale, les nouvelles instances régionales créées à cette occasion ont été mises en place selon le calendrier initialement prévu. La réforme de 1996 a provoqué un bouleversement important qui va bien au-delà d'un simple changement institutionnel.

«Une politique régionale de santé doit être centrée sur la santé de la population et ses besoins, avoir des objectifs précis, être capable de mobiliser les partenaires de santé et la population elle-même autour de ces objectifs, s'appuyer sur des outils opérationnels, traduire en actions les objectifs prioritaires ». Ce texte introductif extrait de la circulaire 97/731 du 20 novembre 1997 de la direction générale de la Santé situe ainsi l'ambition de la réforme de 1996.

Prise en compte des priorités de santé publique par les acteurs de santé

Pivot de l'évaluation des besoins de santé de la population, la conférence régionale de santé est le lieu de débat et de propositions où se définissent les priorités de santé pour les années à venir. Elle se réunit chaque année en séance publique sur

convocation du préfet de région. Composée de 50 à 300 personnes elle associe cinq types de membres : les représentants de l'État, des collectivités locales..., les professionnels, les établissements de santé et médico-sociaux et enfin les représentants d'associations familiales, de personnes handicapées...

La conférence est dotée d'une instance opérationnelle : le jury, dont la composition est arrêtée par le préfet de région et qui a pour mission « d'établir les conclusions et recommandations de la conférence ». Les services déconcentrés de l'État, la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) et les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (Ddass) sont chargées d'assurer le secrétariat du jury et l'animation de la conférence.

Parmi les priorités de santé établies par la conférence, le préfet détermine celles qui feront l'objet des programmes régionaux de santé (PRS). Mis en place

en 1994 à titre expérimental sous l'appellation de « projets régionaux de santé », les PRS ont été institutionnalisés en « programmes régionaux de santé » par les ordonnances d'avril 1996. Ddass et Drass ont en charge également la conduite des PRS.

Il est prévu de constituer au plan régional un comité permanent de la conférence régionale de santé qui est un lieu de concertation pour la mise en œuvre des propositions de la conférence et des programmes régionaux de santé. Il rassemble les principaux décideurs de la région en la matière, ARH, Urcam, Union professionnelle des médecins libéraux ainsi qu'un représentant du jury de la conférence.

Au-delà des difficultés que rencontrent les professionnels sur le terrain dans la mise en œuvre de ces nouvelles orientations, le premier effet de la réforme de 1996 est d'inciter les acteurs de santé à prendre en compte dans leur stratégie non seulement leurs propres besoins de développement mais également les priorités de santé régionales.

La prise de conscience en France que l'état de santé de la population, et l'on pense en particulier aux questions soulevées par l'importance de la mortalité prématurée, peut s'améliorer aujourd'hui par des actions qui ne nécessitent pas au préa-

lable des moyens supplémentaires pour l'offre de soins, est nouvelle. Les réformes en cours contribuent à cette prise de conscience.

Aujourd'hui, les différents acteurs de terrain sont à la recherche d'informations mais aussi d'outils pour se situer dans ces nouvelles perspectives. Ils sollicitent ainsi les observatoires régionaux de Santé (ORS), organismes créés au début des années quatre-vingt dans toutes les régions afin d'améliorer la connaissance de l'état de santé de la population. Les tableaux de bord « la santé observée », qui rassemblent pour l'ensemble des régions françaises, mais aussi au niveau départemental et parfois communal, plus de 200 indicateurs sanitaires et sociaux standardisés, font partie des outils mis à disposition par les ORS. Mais les demandes des décideurs sont évidemment très vastes et concernent également des systèmes nouveaux comme le PMSI dont les conditions d'accès ne sont pas encore arrêtées.

ARH : un statut particulier

Le paysage sanitaire régional s'appuie principalement sur quatre institutions aux missions bien spécifiques : l'agence régionale de l'Hospitalisation (ARH) et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) créées par les ordonnances de 1996, l'union professionnelle des médecins libéraux qui a vu le jour en 1993 et la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales créée il y a vingt ans (1977).

Les ARH sont nées entre mars et octobre 1997 dans l'ensemble des régions françaises. Créées sous forme de groupements d'intérêt public (GIP), les agences ont un fonctionnement complexe. Certains juristes portent d'ailleurs un jugement particulièrement sévère sur leur création « *les 26 ARH mises en place en 1997 illustrent un processus administratif qui ne fait que s'amplifier depuis quelques années : le dessaisissement des services de l'État au profit d'organismes extérieurs dont l'existence viole les principes les plus élémentaires de l'organisation administrative française... les*

ARH sont, en un mot, un exemple remarquable d'alourdissement et de complication de l'organisation administrative française, qui n'en avait certainement pas besoin ». (Revue de droit sanitaire et social, juillet/septembre 1997, M. Ghebali-Bailly). Un tel jugement mérite quelques explications.

Le statut juridique particulier des ARH répond à l'un des objectifs de la réforme de faire participer l'assurance maladie à la régulation des problèmes hospitaliers au plan régional, le GIP étant la seule forme juridique permettant d'associer au sein d'une même structure des organismes de droit privé, en l'occurrence les caisses d'assurance maladie avec les services de l'État.

L'agence est administrée d'une part par son « président-directeur », nommé en conseil des ministres et qui ne dépend pas du préfet, et d'autre part par la commission exécutive constituée d'un nombre égal de représentants de l'assurance maladie (régime général, régime agricole, caisse maladie régionale, service médical et dans certaines régions le régime des mines) et des services de l'État (Ddass, Drass, inspection régionale de la santé). Les principales décisions relèvent du pouvoir propre du directeur de l'ARH et la commission délibère notamment sur les orientations qui président à l'allocation des ressources ainsi que sur les contrats pluriannuels signés entre les hôpitaux et l'ARH.

En 1998, pour la première année, les budgets des hôpitaux publics ont été arrêtés par le directeur de l'ARH et non plus par le préfet de département, un changement qui est loin d'être symbolique. Pour les acteurs de santé, cette nouvelle organisation a le mérite d'une certaine clarification. Alors qu'auparavant les décisions concernant les établissements de santé dépendaient de plusieurs institutions différentes, Ddass, Drass, et Cram, avec des arbitrages rendus en définitive par le préfet de département et/ou de région, selon le type de décision, les hôpitaux et les cliniques ont maintenant un interlocuteur unique pour l'ensemble des départements d'une région, le directeur de l'ARH.

Pour fonctionner, l'ARH dispose de moyens propres mais aussi et surtout des personnels des Ddass, des Drass et des caisses d'assurance maladie qui sont collectivement « mis à disposition ». Les moyens des agences ne peuvent donc être évalués simplement au regard du personnel qu'elles emploient directement (autour d'une dizaine de personnes en général) mais par rapport à l'ensemble des agents des Ddass, Drass, et Cram qui collaborent avec elle. Sur le terrain, les directeurs d'agence sont donc amenés à mobiliser ces personnels en fonction des dossiers à traiter ; préparation des budgets hospitaliers, actualisation des schémas régionaux d'organisation sanitaire... Dans les faits, cette organisation n'est pas sans poser problème. Les professionnels concernés des Ddass et des Drass considèrent la situation actuelle comme peu satisfaisante : dépendants hiérarchiquement du directeur régional ou départemental, les agents de l'État qui s'occupent des budgets hospitaliers ou de la planification des équipements sont rattachés fonctionnellement au directeur de l'ARH. Et cette réforme est d'autant plus difficile à accepter par ces personnels que certains d'entre eux ont déjà vécu il y a moins de quinze ans la partition des services consécutive aux lois de décentralisation.

À ce fonctionnement administratif relativement lourd s'ajoute le fait qu'un certain nombre de décisions administratives concernant les établissements hospitaliers continuent de dépendre du préfet : les pouvoirs de contrôle en matière de sécurité sanitaire ou par exemple l'autorisation d'activité libérale dans les établissements. Quant au domaine médico-social (établissements pour jeunes ou pour adultes handicapés, sections de cure médicale, soins infirmiers à domicile), la tarification de ces établissements dépend toujours de l'autorité préfectorale.

En matière de santé publique, la réforme de 1996 a déplacé le centre de gravité de la région au bénéfice de l'Agence régionale de l'hospitalisation qui, par l'importance des missions qui lui sont confiées (l'allocation des ressources et les

restructurations hospitalières), concentre beaucoup d'attentes. En réalité, la définition de la politique régionale de santé est toujours de la responsabilité directe de l'État et de son représentant dans la région, le préfet qui s'appuie notamment sur les conclusions de la conférence de santé et sur les Drass et les Ddass. De ce point de vue, la politique hospitalière peut être considérée comme une résultante de ces choix.

Ainsi, les services déconcentrés de l'État, Ddass et Drass, sont investis aujourd'hui d'une double mission : ils sont tout d'abord services déconcentrés du ministère de la Santé chargés sous l'autorité du préfet de l'élaboration de la politique régionale de santé publique mais aussi de sécurité sanitaire. Ils sont par ailleurs mis à disposition de l'ARH dans le cadre des missions qui lui sont confiées.

Soins ambulatoires : l'union des caisses...

Les ordonnances d'avril 1996 n'ont pas remis en cause la séparation traditionnelle entre le secteur hospitalier, qui dépend maintenant de l'ARH et celui des soins ambulatoires qui est rattaché aux Urcam.

Pour la première fois de leur histoire, les administrateurs des caisses d'assurance maladie du régime général, du régime agricole et du régime des travailleurs indépendants vont donc se retrouver réunis au sein d'une même instance, l'Urcam. On peut légitimement s'étonner que, près de 70 ans après leur création (les assurances sociales ont vu le jour en France en 1930), les caisses d'assurance maladie ne se soient pas dotées plus tôt d'une telle instance de concertation à l'échelle de la région alors que l'État (1977) ou les professionnels de santé libéraux (1993) étaient déjà structurés à ce niveau. Au sein du régime agricole ou pour l'assurance maladie des travailleurs indépendants, une structuration existe depuis plusieurs années au plan régional. Il n'y a rien de semblable en revanche pour les caisses du régime général (CPAM,

Cram) qui ne disposent pas d'une représentation à ce niveau.

Conformément au calendrier prévu par les ordonnances d'avril 1996, les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) se mettent progressivement en place depuis la fin de l'année 1997. L'Urcam est chargée de définir une politique commune de gestion du risque à l'échelle de la région et doit donc coordonner la mise en place des Plac (plan local d'action concertée) qui définissent les conditions de mise en œuvre de la politique de gestion du risque dans chaque département. L'union doit également s'assurer que les actions de prévention et d'éducation sanitaire des caisses sont conduites en fonction des priorités de santé publique arrêtées au plan régional.

L'Urcam apparaît surtout comme une instance de coordination et d'évaluation n'ayant pas la charge directe de la gestion du risque qui continue à relever des organismes de base (CPAM, MSA...). Enfin, il est également prévu qu'elle mène avec l'union professionnelle des médecins libéraux les « *études utiles [...] en matière d'évaluation des besoins médicaux, d'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles* ».

... après celle des médecins libéraux

Créées par la loi du 4 janvier 1993, les unions régionales de médecins libéraux ont précédé les ordonnances de 1996 « *elles peuvent prendre les initiatives qu'elles jugent utiles dans les domaines suivants : analyses et études relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie et à l'évaluation des besoins médicaux* ».

Les unions de médecins libéraux, qui n'ont pas en charge la gestion de dispositifs sont associées à la plupart des instances de réflexion créées par les ordonnances d'avril 1996 (conférence de santé...). Elles seront dans les années à venir fortement impliquées dans les trans-

missions de données entre les praticiens et l'assurance maladie.

Déconcentration des politiques... et des moyens ?

Donner des missions aussi importantes aux Drass, aux ARH et aux Urcam pour mener une politique régionale de santé est un objectif ambitieux. Mais de quels moyens disposent ces différentes instances pour exécuter leurs missions ? La réponse n'est pas identique pour ces trois institutions.

L'ARH décide de l'attribution des moyens aux établissements hospitaliers et peut donc traduire directement les priorités de santé régionales dans ses choix budgétaires.

En revanche, la situation est moins claire pour les Drass et l'Urcam car, pour le moment, les crédits d'intervention en santé publique restent gérés de façon centrale par la direction générale de la Santé (DGS) et par la Cnam. Les principales ressources dans ce domaine viennent soit de l'État soit du Fonds national de prévention et d'éducation sanitaire (FNPEIS), un budget d'environ 1,4 milliard de francs, dont plus de la moitié sert à financer les centres d'examen de santé. Pour le moment, il ne semble pas prévu de déconcentrer ces crédits au niveau des Drass ou des Urcam.

Apprendre à travailler ensemble

Ce bouleversement institutionnel suscite beaucoup de questions. La première tient à la manière dont ces institutions collaborent sur le terrain car même si elles ont des missions spécifiques, ces différentes instances doivent partager un certain nombre de diagnostics sur l'état de santé et les besoins sanitaires de la population. Des participations croisées sont prévues pour remédier à cet éclatement des pôles de décision : les directeurs de l'Urcam, de la Drass et de la Cram sont membres de la commission exécutive de l'ARH et le directeur de l'ARH assiste aux délibérations du conseil d'administration de

l'Urcam. Chaque année, le directeur de l'ARH doit établir un rapport devant la conférence régionale de santé sur la mise en œuvre des priorités de santé par les établissements de santé de la région.

Mais les bouleversements actuels ne sont pas seulement institutionnels ! Sur le terrain, on constate des évolutions en profondeur. Dans de nombreux sites, le rapprochement entre établissements de santé publics et privés est une réalité et des réseaux de soins commencent à se mettre en place associant établissements publics, privés et professionnels de santé libéraux.

L'implication des professionnels de santé libéraux dans la définition des priorités de santé régionales et leur présence dans les différentes instances créées par les ordonnances est à ce titre un progrès considérable. Il ne faut pas négliger l'importance du chemin parcouru dans ce domaine alors que les préoccupations de santé publique ne semblaient passionner il y a encore quinze ans qu'une poignée d'acteurs. Cela ne signifie pas encore que ces préoccupations soient largement partagées par l'ensemble des professionnels de santé libéraux mais les conditions sont aujourd'hui réunies à l'échelle des régions pour dépasser les contradictions entre les différents acteurs afin d'élaborer une politique régionale de santé qui s'appuie sur l'ensemble des partenaires de santé.

Un dispositif qui doit évoluer

Avec cette multiplication d'institutions au plan régional, on est loin du modèle initial esquissé par le commissariat au Plan (Santé 2010, rapport du groupe prospective du système de santé présidé par Raymond Soubie, Commissariat au Plan, 1993) qui prévoyait la création d'une agence régionale de santé cumulant les missions remplies aujourd'hui par l'ARH, la Drass et l'Urcam. La réforme d'avril 1996 n'a pas remis en cause l'équilibre subtil des pouvoirs entre l'assurance maladie et l'État, et la création d'une agence régionale de santé, que certains appellent de leurs vœux, nécessite en préalable de résoudre ce dilemme.

Quelle place pour les élus ?

La dernière inconnue reste la place laissée dans ce dispositif aux élus de la nation. La politique de santé reste une compétence de l'État et les conseils régionaux ne semblent guère pressés de se doter d'un nouveau champ d'intervention qui pourrait conduire les élus à endosser des décisions impopulaires (restructurations hospitalières, enveloppes globales pour les professions de santé).

Mais les ordonnances d'avril 1996 ont donné à la représentation nationale la possibilité de s'exprimer sur les choix budgétaires en matière de santé. Pour le moment, les élus se sont encore peu saisis de ces questions souvent très techniques... mais demain ! ■

François Tuffreau

Directeur des études à l'ORS des Pays de la Loire et rédacteur en chef de la revue *Santé Pays de Loire*

À paraître en juin 1998

23

juin 1998

Actualité et dossier en santé publique

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

maladies et risques
émérgents
dossier

ISSN 1243-275X