



Les conférences régionales de santé, ou la politique régionale de santé désarmée

Si les conférences régionales de santé participent à l'élaboration d'une politique régionale de santé publique, elles se heurtent au cloisonnement des acteurs et à la disparité des décideurs et des financements

Les conférences régionales de santé (CRS) ont presque 5 ans. À ce stade de leur mise en place, une analyse s'impose pour savoir comment elles ont pu structurer une amorce de politique de santé publique au sein des régions. Or, en tant que telles, les conférences régionales de santé sont condamnées à évoluer. Comme instrument de concertation autour des priorités de santé d'une région, elles s'inscriront dans le vaste mouvement actuel consistant à recueillir la parole des acteurs du système de santé avant toute prise de décision autour d'un vaste conseil régional en santé. Comme instrument d'une politique de santé, elles verront leur composition se réduire à un comité de pilotage de la santé publique régionale, armé d'une autonomie suffisante pour réaliser sa politique.

Bref historique des conférences régionales de santé

Trois mouvements doivent être dissociés dans l'histoire des conférences régionales de santé.

- Le premier temps, 1991-1995, est la période des idées et des expériences. Les CRS n'ont alors, essentiellement, qu'une mission au niveau régional d'exécution et de déclinaison d'un plan national. L'histoire initiale des conférences régionales se confond avec deux idées-forces, celle de la régionalisation et celle d'une volonté programmatique. En 1995, la première conférence est organisée à Strasbourg sans recevoir un accueil retentissant. Elle est alors considérée comme étant un lieu où l'on se doit de « *décliner au niveau régional les priorités nationales de santé publique* ». Dans le droit-fil des orientations définies par le HCSP, les conférences régionales de santé jouent un rôle de courroies

de transmission « up-bottom », reproduisant un schéma classique où un rapport vertical s'impose de haut en bas. Parallèlement, dès 1995, trois régions se portent volontaires pour expérimenter la démarche d'élaboration de « *programmations stratégiques d'actions de santé* ». En 1996, huit nouvelles régions rejoignent l'expérimentation, élaborant onze nouveaux programmes, desquels naîtront bientôt les projets (puis programmes) régionaux de santé. Ces PRS constituent déjà un succès conceptuel et sont considérés comme devant être l'un des aboutissements des CRS.

- Dans un deuxième temps, de 1995 à 1996, l'histoire des conférences se confond avec leur institutionnalisation. Cette reconnaissance légale procède de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins*. Aux termes de l'ordonnance, les CRS participent à la *détermination d'une politique régionale de santé publique axée sur les besoins de la population*. À cette époque, la lecture faite des compétences des conférences est toute centrée sur la préparation de la loi de financement de la Sécurité sociale et sur le « processus bottom-up » quelle entraîne. Elles demeurent pourtant toujours des courroies de transmission, mais, cette fois-ci, de leurs propres problématiques de santé.

- Dans un troisième temps, de 1996 à 2000, l'administration et les acteurs prennent possession de ce nouvel outil et le forgent à leurs idées. Les conférences deviennent alors autant des interfaces entre le niveau national et régional, que des entreprises à penser des projets régionaux de santé. Cette dou-

* JO du 25 avril 1996, p. 6311.

Didier Vinot

Maître de conférences
en sciences de gestion,
Université Lyon III, Lass-Graphos CNRS

ble obligation, cette double compétence, ce double pouvoir rendent difficile l'appréhension claire de leurs missions.

Quatre questions conceptuelles majeures émergent de la pratique des conférences de santé : le dispositif semble répondre à une double finalité, le statut des recommandations émises par les conférences n'aura pas la même légitimité pour chaque institution régionale, l'efficacité de ce type de dispositif doit être interrogée, et, enfin, l'intégration de l'utilisateur y est problématique.

Un dispositif avec un double finalité

Au niveau local, elles sont confrontées à des obligations dichotomiques, prises en tenaille entre leur mission de bilan, d'évaluation et celle de définition de priorités. En un laps de temps très restreint, elles se doivent de réaliser des travaux conséquents et ardues sans liens directs entre eux. Cette double attribution des conférences fait autant leur richesse qu'elle concourt à leur difficile appréhension intérieure et extérieure. Pour sa bonne tenue et son émulation, il est nécessaire que l'amont de la conférence soit rigoureusement préparé. La construction méthodologique, notamment en ce qui concerne la diffusion d'informations et de travaux préparatoires, est actuellement insuffisante. Plus généralement, c'est la question de la continuité amont et aval de la conférence qui est posée. Il s'agit, autrement dit, de rendre cohérentes entre elles les activités des ateliers de préparation, du jury et du comité permanent de la CRS.

Au niveau national, elles se doivent de nourrir les travaux de la Conférence nationale de santé (CNS) et s'approprier ses priorités. Les CRS se voient là encore parées d'une double charge qui peut être préjudiciable à leur efficacité, d'autant que leurs marges de liberté vis-à-vis des priorités de la CNS ne sont pas clarifiées. Enfin, toute démarche de synthèse nationale des priorités régionales encourt par nature le risque de dénaturer les dynamiques locales en les transformant en autant de disparités.

Un statut ambigu des recommandations émises par les conférences

En établissant un cadre de débat, d'écoute et d'action, les conférences régionales de santé ont poursuivi un objectif majeur : permettre une meilleure prise en compte des problèmes de santé au niveau régional. Elles constituent une base d'informations à vé-

rifier, adapter aux situations de terrain, à comparer à d'autres acquis et à compléter.

Pour qu'une action aboutisse, il faut qu'elle réponde aux caractéristiques du milieu dans laquelle elle s'inscrit. Or, on peut constater que trop souvent les projets d'action des conférences régionales sont entrepris et que certains « meurent » avant d'être arrivés à maturité faute d'avoir pu trouver un accueil favorable au niveau des moyens. À ce stade, la démarche des conférences régionales doit répondre à la question de la hiérarchisation des objectifs et des moyens. Cette question doit être rapportée à celle de la temporalité des conférences de santé : leur rythme annuel leur permet certes de renforcer leur capacité évaluative des actions de santé, mais vient heurter les priorités de santé elles-mêmes, par essence pluriannuelles, et qui sont déclinées dans des programmes de santé d'une durée de cinq ans.

L'efficacité des conférences en question

L'efficacité des conférences est sujette à de nombreuses interprétations divergentes. Il est néanmoins reconnu qu'elles ne remplissent pas toutes leurs potentialités. Trois raisons peuvent l'expliquer :

- la première concerne les composants d'un problème de santé sur lesquels les conférences régionales veulent agir. La complexité des sujets des travaux ne peut pas raisonnablement faire l'objet d'une intervention directe. L'exemple de l'accessibilité des soins et la précarité qui influencent l'évolution d'un problème de santé est à cet égard frappant ;

- la seconde est en prise avec la difficile appréhension d'une multiplicité de facteurs qui influent sur les conférences, comme la divergence des thématiques, la difficile gestion des personnels, la contradiction des visions interstructures, l'organisation du dispositif, le pouvoir des institutions, les cloisonnements des acteurs et, enfin, l'illusion perdue des « besoins universels ». C'est dans ce maquis où s'inscrivent les conférences que se trouvent les principales limites et les difficultés les plus préoccupantes pour leur avenir ;

- la troisième est constituée par la détermination du mode de définition des priorités et par le temps de leurs applications. Puisque les conférences ne bénéficient pas en elles-mêmes de pouvoirs de contrainte au regard de la mise en œuvre effective de leurs priorités, elles devraient s'attacher avec rigueur à la construction méthodologique de ces dernières, notamment en les précisant temporellement et spatialement.

Le problème de l'intégration de l'utilisateur, du citoyen, et/ou des associations

Il est important, actuellement, pour les politiques et l'administration, de fonder leur démarche de santé publique sur la « démocratie sanitaire ». Or les usagers, les citoyens et les associations semblent être tour à tour les pivots de cette fine connaissance des besoins de la population. Les conférences se trouvent confrontées au problème de savoir quelle voix retenir.

Est-ce la voix de l'utilisateur, de celui qui utilise des services de santé ? Dès lors, doit-on restreindre la faculté d'intervention aux seules personnes malades, que celles-ci soient des citoyens, des mineurs, des incapables, des personnes privées de droits civiques, des étrangers en situation irrégulière ? La notion d'utilisateur ainsi comprise semble plus pertinente afin de déterminer les besoins en matière de santé. Elle l'est tout autant pour l'évaluation concrète des services.

Est-ce la voix des associations qui représentent des intérêts particuliers, le plus souvent d'une communauté de malades ? On peut alors, à bon droit, se demander si l'on ne représente pas là encore les seuls usagers réels aux dépens des usagers potentiels. De même, on risque de saisir une image tronquée de la réalité en ciblant les priorités sur des besoins qui frappent les esprits — sida, personnes démunies, cancers. Dans le dispositif actuel, les associations y participent mais avec des modes d'intervention différents : statutaires ou invitées par le préfet, présentes ou non dans les comités de travail.

Est-ce enfin, la voix du citoyen titulaire juridiquement d'un pouvoir d'influence sur la volonté étatique par le filtre de son droit de vote ? Il faut, en matière d'intégration directe de la parole du citoyen au sein des CRS, ou plutôt d'un citoyen parmi d'autres, être très précautionneux. Le risque est grand qu'un tel processus soit appréhendé comme démagogique ou soit vulgarisé à un simple effet d'annonce.

Ainsi, si les conférences régionales de santé ont pleinement leur place dans le dispositif régional, reste que la disparité des outils de décision et de financement, mais aussi la variété des acteurs conduisent les conférences à être, à ce jour, des visionnaires paralytiques en attente d'un exécutif unifié. ■