

Les agences, les priorités et les programmes de santé

La création des agences régionales de l'hospitalisation s'est inscrite dans un paysage sanitaire fonctionnant déjà avec des programmes d'action régionaux fondés sur la détermination de priorités, des schémas d'organisation sanitaire pour réguler l'offre de soins dans la région.

Des priorités aux programmes régionaux de santé

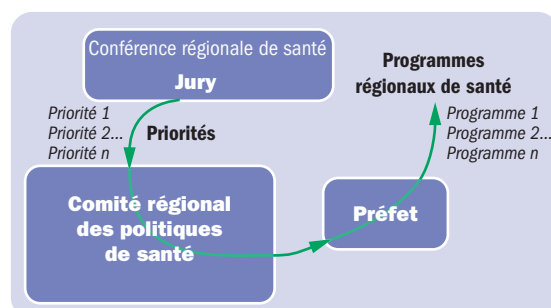
Pierre Aballéa
Médecin inspecteur
régional, Drass Poitou-
Charentes

Il existe en France, de l'avis même de nombreux observateurs étrangers, un développement foisonnant de programmes d'action sanitaire visant à répondre à des problèmes ou des déterminants de santé considérés comme prioritaires.

Ce phénomène, sensible au début des années quatre-vingt-dix, s'est amplifié depuis les ordonnances d'avril 1996 et les décrets d'avril 1997 et de décembre 1998*. Ces textes ont défini le cadre législatif et réglementaire des conférences régionales et nationales de santé d'une part, et des programmes régionaux de santé et du comité régional des politiques de santé d'autre part.

Le processus qui aboutit au programme régional de santé peut être résumé par le schéma suivant :

Le préfet choisit les priorités de la conférence régio-



nale qui feront l'objet d'un programme, ainsi que leur échelonnement dans le temps.

Il est aidé dans sa décision par le comité régional des politiques de santé. Celui-ci rassemble les principaux décideurs impliqués dans l'impulsion et le financement des politiques de santé : les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, l'agence régionale de l'hospitalisation, l'union régionale de l'assurance maladie, les services de l'Éducation nationale et les collectivités territoriales régionales et départementales.

Par la suite, le préfet est chargé de coordonner l'élaboration et la mise en œuvre des programmes régionaux de santé.

Fin 2001, quel bilan peut-on tirer de cette volonté de développer des programmes d'action régionaux en les fondant sur des analyses de priorités ?

Les modalités de construction des priorités et des programmations régionales se sont renforcées

Ce travail a pu être mené sur la plupart des régions françaises entre septembre 1995 et juin 1996 [17]. La méthode a été largement décrite par ailleurs. Il faut simplement rappeler qu'elle reposait principalement sur deux logiques :

- Une approche épidémiologique dite « dure », essentiellement basée sur des analyses comparées de la mortalité française et de la mortalité régionale.
- Une enquête « à dire d'acteurs locaux », hiérarchisant les problèmes de santé sur une liste de 21 thèmes et déterminants de santé préétablie au niveau national.

* Ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Décret n° 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé. Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins.



Le bilan de ce premier exercice est positif : l'état de santé des régions est depuis cette période beaucoup mieux appréhendé par un plus grand nombre d'acteurs locaux. Des thèmes ont été identifiés comme prioritaires dans la totalité des régions. Surtout, la réflexion sur la mortalité prématurée, la mortalité évitable, le rôle des déterminants de santé s'est étendue hors des cercles restreints des spécialistes de santé publique [6]. Il faut en particulier rappeler l'étonnement des professionnels du soin constatant la distance entre le développement de leur offre de services et la position de leur région en termes de mortalité globale et spécifique (ainsi le constat de la région Alsace sur sa surmortalité par cancer contrastant avec une offre de soins élevée, à l'inverse de l'image d'une région comme celle du Poitou-Charentes).

En ce sens, le débat centré sur les moyens dévolus aux soins s'est élargi au débat sur les principaux objectifs à atteindre pour améliorer la santé de la population [7]. Cet exercice a permis de créer du sens collectif

en ordonnant les activités existantes des acteurs vers des finalités.

La réorientation des ressources et des programmes d'action s'est amorcée

À l'issue de ce travail de hiérarchisation, toutes les régions françaises ont mis en place des programmes régionaux de santé destinés à améliorer certains des thèmes identifiés comme prioritaires. Les méthodes de programmation se sont fortement inspirées de celles utilisées pour réaliser les programmes de lutte contre le sida. La philosophie de cette approche a, là aussi, été largement décrite. Elle vise à faire converger une mobilisation large des acteurs régionaux sur les objectifs et des actions élaborées collectivement.

En 1995, la direction générale de la Santé, principal instigateur de ce mouvement, pariait sur l'effet d'entraînement auprès de l'ensemble des décideurs locaux.

Le mouvement d'élaboration des priorités suivi de

Le Nord-Pas-de-Calais et les programmes territoriaux de santé

Quelle est la valeur ajoutée de la territorialisation des politiques de santé dans le Nord-Pas-de-Calais ?

Les programmes régionaux de santé, institués dans la lignée des ordonnances Juppé de 1996, peuvent apparaître comme exemplaires du mouvement plus général de régionalisation des politiques de santé. Cela dit, s'ils portent en germe un début de reconnaissance des spécificités territoriales et des disparités régionales, ils renvoient au débat classique sur l'échelle pertinente d'intervention des politiques publiques, sur la cohérence entre objectifs poursuivis et territoire de mise en œuvre. Dans cette perspective, la Drass du Nord-Pas-de-Calais a pris l'initiative de créer des programmes territoriaux de santé en vue de favoriser une meilleure prise en compte des besoins des populations, un accès facilité des citoyens aux dispositifs, l'émergence de projets localisés, permettant de couvrir l'ensemble de l'espace régional. L'amorce de cette démarche soulève un certain nombre de questions et de difficultés d'implantation*.

Les transformations engendrées au début des années quatre-vingt par le processus de décentralisation et la construction de l'Europe communautaire ont contribué à l'institutionnalisation de nouveaux territoires [9]. Dans la région étudiée, cela

s'est traduit par la montée en puissance des capitales régionales, par exemple l'ensemble Lille-Roubaix-Tourcoing, mais aussi des communautés d'agglomération comme la communauté urbaine de Dunkerque. En outre, les « nouveaux » territoires ne se réduisent plus à un espace géopolitique donné, mais se caractérisent davantage par la densité des interactions qui peuvent exister entre les habitants et les organisations qui les composent. Ils peuvent concerner des préoccupations ou des besoins communs à un ou des groupe(s) de personne(s), dans des domaines aussi variés que l'emploi, les transports, le service public ou l'environnement et sont susceptibles d'influer sur le champ de la santé publique. Le territoire, défini comme l'espace le plus pertinent à la mise en œuvre de politiques publiques, doit donc conjuguer proximité et participation des habitants dans l'identification des besoins et dans les modes de réponse. Après le modèle des relations centre-périphérie qui prévalait jusqu'alors avec la suprématie de l'État-nation [15], on assiste aujourd'hui à la naissance frémissante d'un courant périphérie-centre qui peut permettre une recombinaison féconde de l'espace infra-national.

Cette évolution des politiques publiques ne vient toutefois pas s'inscrire dans un territoire vierge de toute action. En région

Nord-Pas-de-Calais, de multiples dispositifs préexistent à la mise en place des programmes territoriaux : les programmes régionaux de santé, les volets santé des contrats de ville, les actions menées par les communes ou celles développées par les conseils généraux (contrats territoriaux de santé). Les programmes territoriaux de santé ont l'ambition d'être un outil de cohésion des actions au niveau local. S'appuyant sur le renforcement du partenariat local, ils doivent permettre aux acteurs d'agir en concertation, « de se connaître et de se reconnaître », de favoriser l'identification de problèmes au plus près des réalités locales. Ils ont par ailleurs le souci de simplifier les procédures de mise en œuvre de projets.

S'il existe, chez certains partenaires (institutionnels ou associatifs), quelques craintes de perte d'identité, les attentes sont cependant réelles de voir se mettre en place, par le biais des programmes territoriaux de santé, des actions partenariales proches des réalités locales. En effet, les programmes régionaux de santé semblent avoir été ressentis comme un processus éloigné du terrain, comme la « chose des experts et des médecins au niveau de la région ». L'implication des acteurs locaux — de la politique de la ville, des communes, des associations — dans leur élaboration est restée marginale,

**Promotion des
élèves médecins
inspecteurs de
santé publique
2001, ENSP**

programmes régionaux de santé a incontestablement entraîné une réorientation plus ciblée des ressources.

Une partie des ressources internes des acteurs est venue soutenir le développement des programmes. Des financements existants comme les crédits d'État ou le Fonds national de prévention et d'éducation en santé (FNPEIS) ont été réorientés et développés. Dans certaines régions, les collectivités territoriales, l'assurance maladie et l'agence régionale de l'hospitalisation ont développé des modalités communes d'appel à projets et de financement.

L'introduction du débat public sur les priorités régionales et les programmes de santé peut ainsi être considérée comme positive en France car ayant rempli globalement les desseins initiaux.

Mais cette vision optimiste doit être tempérée, car de nombreux freins contribuent à limiter la portée de cette évolution. Trois critiques peuvent être principalement portées.

Les méthodes et le champ de construction des priorités doivent être repensés

Le débat en conférence nationale de santé sur le classement des prestations et services à retenir dans le panier de soins n'a pour l'heure que peu été relayé en région. Il s'agit pourtant d'un axe important des débats qui peut conduire à contester, sur une argumentation éthique, les logiques de hiérarchisation actuelles, fondées sur l'épidémiologie et la mortalité évitable [16].

Le deuxième axe à intégrer vient de l'extraordinaire montée en charge des préoccupations sécuritaires. Le développement des programmes visant à réduire les différents risques se décide en dehors d'un arbitrage englobant les autres priorités précédemment débattues. Les financements engagés sur ces thèmes sont sans commune mesure avec ceux alloués aux programmes régionaux de santé actuels (par exemple l'impact financier de la réduction du risque de légionellose dans les circuits d'eau des lycées et des établissements de santé d'une

celle des usagers quasi inexistante. Les programmes territoriaux de santé sont le reflet d'un changement plutôt bien perçu dans la démarche de mise en œuvre des politiques de santé. Le risque serait qu'ils deviennent un facteur de confusion supplémentaire dans une mosaïque de dispositifs déjà difficiles à maîtriser.

Ce type de danger semble néanmoins plus ou moins écarté du fait d'un certain volontarisme des acteurs locaux à l'égard du travail partenarial. En effet, les mises en œuvre concertées peuvent permettre dans une certaine mesure de pallier l'empilement des dispositifs et des lieux de décision. À cet égard, la position de l'État dans le département du Pas-de-Calais qui, dans le cadre de la territorialisation des programmes de santé, travaille en partenariat avec d'autres acteurs publics (conseil général, assurance maladie) est une solution intéressante. De même, la création d'une antenne de la Ddass à Valenciennes apparaît comme l'occasion d'ancrer au plus près du terrain les actions collectives menées par les acteurs publics et associatifs locaux.

Cela dit, des tensions sont perceptibles entre les différents échelons territoriaux, tensions qui peuvent être le reflet d'aspirations à une démocratie plus participative et à un rapprochement des décisions à l'échelon local, ou, au contraire, traduire

des conflits entre intérêt général et enjeux partisans. Cette opposition entre politique et enjeux politiques est manifeste dans les territoires constitués, organisés, dynamisés autour de personnalités locales fortes, et disposant de fonds importants.

Certaines communautés d'agglomérations ou de communes se situent en marge des dynamiques départementales ou régionales, mais n'hésitent pas à envisager des partenariats transfrontaliers. L'exemple de Dunkerque est à ce titre édifiant. L'État n'apparaît plus, il laisse se développer ce que les institutions locales savent faire ou pensent savoir faire, comme s'il respectait un principe non discuté de subsidiarité infra-nationale. Les services déconcentrés sont cependant les premiers à reconnaître leur manque d'investissement dans ces territoires, en termes de visites de terrain, par exemple, les besoins étant manifestement plus importants ailleurs pour des ressources humaines limitées. À l'inverse, dans des zones économiquement défavorisées et où les dynamiques locales (institutionnelles ou associatives) sont faibles, voire inexistantes, les services déconcentrés de l'État sont très sollicités, obligeant par exemple la création d'une antenne locale de la Ddass (Valenciennes).

Dans ce contexte, le rôle de l'État

évolue. Écartelé entre les obligations politiques et réglementaires liées à la construction européenne et les pouvoirs infra-nationaux (commune, communauté d'agglomérations ou de communes, département et région), l'État-nation voit son champ d'intervention se réduire. Le secteur sanitaire et social reste cependant un domaine où l'État conserve des prérogatives importantes, en étant notamment le garant de l'intérêt général.

Entre tout ou rien, entre subsidiarité et substitution, l'État doit trouver un équilibre pour garantir l'existence de contre-pouvoirs, non seulement pour le contrôle de la bonne utilisation de fonds publics mais surtout pour le respect de l'équité entre territoires [1]. ■

* Cet article est le résultat d'un voyage d'étude des élèves médecins inspecteurs de santé publique de la promotion 2001-2002. La problématique de ce voyage était d'interroger la valeur ajoutée de la territorialisation des politiques de santé dans le Nord-Pas-de-Calais. Pour ce faire, la promotion s'est répartie en trois groupes qui ont observé les sites de Lille, Valenciennes et Dunkerque, pour le département du Nord ; un seul groupe a observé le département du Pas-de-Calais qui procède actuellement à la mise en place des programmes territoriaux de santé. Dans chaque site, les équipes ont procédé à un recueil de matériaux par entretiens semi-directifs auprès d'une quinzaine d'acteurs de terrain. De grandes diversités apparaissent d'un site à l'autre, mais nous avons ici privilégié les éléments transversaux de l'analyse réalisée.

région ou la mise aux normes des dispositifs médicaux visant à réduire le risque lié aux agents transmissibles non conventionnels dans les établissements de santé). Il y a urgence à développer des méthodes de hiérarchisation communes aux risques et aux problèmes de santé, basées sur des méthodes bénéfice/risque.

Enfin, il est nécessaire de développer encore le débat public en région sur ces nouveaux axes.

L'espace décisionnel reste très fragmenté

Le choix de construire des priorités dans un espace régional, articulé autour du préfet de région et de son comité régional des politiques de santé, n'est pas simple à mettre en œuvre. Dans le même mouvement qui le désaisit de ses compétences hospitalières, il est demandé au préfet de région d'animer le pilotage de l'ensemble des politiques régionales de santé, sans personnels spécifiques autres que ceux des Drass, ni financement transversal dédié. Cette demande de création d'une enveloppe nationale transectorielle a d'ailleurs fait l'objet de nombreux développements et débats en conférences nationales de santé en 1999 et 2000, sans traduction concrète à ce jour [10].

En l'absence de positionnement institutionnel fort, à l'image des ARH, l'animation des politiques régionales de santé par le préfet repose sur les volontés locales de s'associer ou pas au montage d'un patchwork collectif où chacun sera tenté de revendiquer l'organisation de l'ouvrage sur son patron propre.

Au total, les liens entre priorités et allocation de ressources restent fragiles [13]. Les orientations récentes de la loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé répondent à une partie des préoccupations sous-jacentes. Les débats « santé » vont se concentrer au sein d'un même espace « conseil régional de santé »**.

Mais le dispositif décisionnel est inchangé.

Les conflits de légitimité ne sont pas ou peu arbitrés

La principale contrainte pour l'équilibre régional vient de l'échelon national. Il impose de travailler sur de nouvelles priorités sans tenir compte de celles déjà engagées, contribuant à l'étouffement de la maîtrise d'œuvre sous l'effet d'empilement de plans nationaux : le suicide, le diabète, la nutrition et le cancer viennent ainsi de s'ajouter ces dernières années aux charges des choix locaux. La tension entre jacobins et girondins reste toujours vivante dans notre pays.

Cette accumulation de programmes imposés vide peu à peu de sa substance tout exercice de hiérarchisation régionale des priorités.

Il est par ailleurs difficile, à un moment donné, d'accompagner efficacement plus de quatre ou cinq priorités déclinées en programmes régionaux de santé.

Il faudra bien, un jour, refonder le partage des compétences et des responsabilités des acteurs en charge de la santé et des affaires sociales.

**Articles 24 et 25 du projet de loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé.

Le débat portera également sur les compétences des différentes collectivités territoriales. Il dépasse naturellement le seul secteur santé et il n'est pas étonnant qu'il rejaille à l'occasion du débat sur le transfert d'autres compétences aux collectivités territoriales.

Voilà, entre autres, quelques chantiers qu'il serait intéressant d'inscrire à l'agenda de la prochaine législature, avant d'organiser la prochaine évolution confiant la gestion du système à une agence régionale de santé. ■

Les Sros et les ARH

Maxence Cormier
Maître de conférences associé en droit public à l'Institut d'études politiques de Rennes

Institués par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) et leurs annexes étaient destinés à compléter les cartes sanitaires et les indices de besoins qui, jusqu'alors, permettaient une planification purement quantitative de l'offre de soins. Ils devaient être l'instrument de planification qualitative qui manquait au dispositif de planification de l'offre de soins créé dans les années soixante-dix. Initialement, le schéma d'organisation sanitaire devait seulement déterminer : « *la répartition géographique des installations et activités de soins définies à l'article L. 712-2 qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population [...]* ». Mais le contenu des Sros a connu d'importantes évolutions au fil des différentes réformes hospitalières qui se sont succédé depuis 1991 en donnant ainsi aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) leur principal instrument d'adaptation de l'offre de soins.

L'adaptation continue du contenu des Sros par les réformes hospitalières successives

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée est venue préciser que l'annexe du Sros détermine : « *les créations, les regroupements, les transformations ou suppressions des installations et unités qui seraient nécessaires à la réalisation des objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire* » et qu'elle est opposable aux demandes d'autorisations et de renouvellements d'autorisations.

Le contenu du Sros et de son annexe était ainsi clairement déterminé. Pourtant, certains préfets (alors compétents pour établir les Sros) sont allés plus loin en imposant dans ces schémas des normes techniques de fonctionnement applicables aux installations, aux équipements et aux activités de soins soumis à autorisation. Ce faisant, ils ont commis une illégalité qui, pour un Sros (le Sros de première génération de Lorraine), a conduit à son annulation partielle par le Conseil d'État pour incompétence de son auteur (CE, 15 février 1999, URHP du Nord-Est). Cette annulation a eu lieu le 15 février 1999, en pleine période de préparation des Sros de