

Entre continuité et rupture : la création des agences régionales de santé

Laurent Chambaud
Médecin de santé publique

Les agences régionales de santé devraient voir le jour prochainement. Quelles seront leurs missions ? Dans quel contexte cette réforme est-elle élaborée et quelles attentes et craintes suscite-t-elle ?

Les agences régionales de santé vont bientôt voir le jour. Ce principe a été confirmé à l'issue du Conseil de modernisation des politiques publiques du 4 avril dernier.

Enfin! pourrait-on dire. Car l'idée est lancée depuis maintenant près de quinze ans¹ et le consensus sur la nécessité de créer une instance de pilotage au niveau régional semble solide. Dans cette perspective, les travaux et rapports pour préparer la mise en place de ces agences se multiplient².

Ce serait toutefois méconnaître à la fois l'importance des évolutions qui ont été nécessaires pour que cette création soit possible et l'ampleur du chantier à entreprendre pour rendre opérationnelles ces agences.

Les agences régionales de santé sont le résultat d'un mouvement lent, mais inéluctable, qui à la fois conforte le rôle de l'État dans le domaine de la santé et déconcentre la planification et la régulation au niveau régional.

La déconcentration au niveau régional du système de santé a débuté, timidement, dans les années quatre-vingt, avec la mise en place d'outils régionaux de planification

hospitalière. Dans le même temps se créent les observatoires régionaux de la santé (ORS), pour leur grande majorité sous un statut associatif.

Dans la décennie suivante, les évolutions tendent à affirmer le rôle régional dans la planification hospitalière. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière institue les schémas régionaux d'organisation sanitaire et, surtout, les ordonnances « Juppé » du 24 avril 1996 mettent en place les bases de l'organisation actuelle en créant les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) et les conférences régionales de santé (CRS).

Le mouvement concernant la santé publique et la prévention est plus récent et plus complexe. Jusque dans les années 2000, les responsabilités étaient éclatées. Si l'État conservait un rôle dans le développement de la prévention, une partie des activités préventives était de compétence départementale depuis la première loi de décentralisation (notamment — mais pas uniquement — à travers la protection maternelle et infantile); par ailleurs, les réseaux de l'assurance maladie étaient impliqués dans le financement, voire la mise en œuvre de nombreuses actions de prévention et d'éducation pour la santé. Le niveau régional se dessinait sous des formes expérimentales³, mais n'était pas affirmé de manière explicite.

1. Commissariat général du plan Santé 2010, juin 1993, La Documentation française.

2. Notamment Ritter P. *Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS)* janvier 2008 et Bur Y. *Rapport d'information sur les agences régionales de santé*. Assemblée nationale, février 2008. Mais également, dans une moindre mesure, Flageolet A. *Rapport de la mission relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*, mai 2008, et États généraux de l'organisation de la santé, restitution nationale, avril 2008.

3. Délégations inter-régionales d'éducation et de promotion de la santé en 1994, Programmation stratégique des actions de santé en 1993, prélu

La loi du 4 mars 2002, dans son volet portant sur l'organisation du système de santé, affirme la volonté d'un pilotage régional de la prévention. Les modalités d'organisation qu'elle dessinait n'ont pas été appliquées mais elles sont reprises et précisées dans la loi du 9 août 2004 qui affirme à la fois le rôle prééminent du niveau régional et la compétence de l'État sur les actions de prévention.

Trois domaines ont toutefois échappé à cette orientation régionale : la sécurité sanitaire, qui est assurée par les préfets de département et, lorsque l'ampleur le justifie, les préfets de zone ; le pilotage des structures et dispositifs médico-sociaux (pour les personnes âgées et les personnes handicapées), qui relève principalement du niveau départemental et du niveau national ; la régulation des soins ambulatoires enfin, qui se traite essentiellement au niveau national entre l'assurance maladie et les partenaires conventionnels⁴.

Pour être complet, il est important de signaler que, depuis 2004⁵, la formation des personnels paramédicaux a été en partie décentralisée, au niveau des conseils régionaux.

Au total, il apparaît que si les vingt dernières années ont permis de faire émerger un « pôle régional » dans le domaine de la santé, force est de constater que ce pôle n'est toujours pas clairement affirmé, ni dans ses contours, ni dans ses modes de fonctionnement.

Les agences régionales de santé reposent sur un constat partagé qui pointe les faiblesses de notre système

Le système de santé français a des atouts indéniables. Toutefois, il comporte également un certain nombre de faiblesses connues et analysées depuis de nombreuses années :

- une croissance continue des dépenses de santé, malgré de nombreuses tentatives de régulation, sans qu'un lien réel puisse être établi avec une progression des indicateurs de santé ;

aux programmes régionaux de santé élaborés à partir de 1997.

4. À noter toutefois la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 créant les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral.

5. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

- un système profondément cloisonné entre soins hospitaliers, soins ambulatoires, prise en charge médico-sociale et prévention, qui peut affecter à la fois son efficacité et la qualité des soins prodigués ;

- un fort hospitalocentrisme (la proportion la plus forte des dépenses curatives au sein des pays de l'OCDE) et des soins de santé de premier recours peu organisés ;

- un système peu lisible pour l'usager ;

- un pilotage difficile en raison de la multiplicité des structures ;

- des inégalités de santé qui persistent et même s'accroissent, notamment pour ce qui concerne la mortalité prématurée évitable, signant ainsi la faiblesse des actions de prévention et de promotion de la santé.

Ce constat constitue le socle commun sur lequel peuvent se construire les agences régionales de santé. La volonté de lutter contre le cloisonnement se manifeste par la décision, annoncée par le ministre, de confier à ces nouvelles agences un domaine de compétences étendu, incluant soins hospitaliers et ambulatoires, volet sanitaire des structures médico-sociales, prévention et éducation pour la santé⁶. La simplification du paysage institutionnel est également à l'ordre du jour, puisque les ARS devraient absorber un certain nombre de structures, tant de l'État que de l'assurance maladie.

Malgré un consensus réel sur l'intérêt d'une agence régionale, des questions restent en suspens et conditionneront l'avenir du pilotage régional

Le niveau régional : entre stratégie nationale et mise en œuvre locale, un équilibre à trouver

Les évolutions précédentes ont permis de faire émerger le niveau régional comme lieu d'orientation et de planification. Toutefois, la reconnaissance de ce territoire n'est pas suffisante pour permettre le développement coordonné d'une politique publique dans le domaine de la santé. Déjà, dans le champ spécifique de la santé publique,

6. Il reste toutefois plusieurs domaines pour lesquels le rôle de l'ARS n'est pas précisé : santé scolaire, santé au travail, santé environnementale et le dossier particulier de la sécurité sanitaire.

la loi du 9 août 2004 avait créé des outils régionaux (plan régional de santé publique, groupement régional de santé publique), mais avait totalement fait l'impasse sur les territoires de mise en œuvre, aboutissant à des situations très contrastées entre les régions, très peu ayant mis en place une territorialisation locale. À l'autre bout du spectre, au niveau central, la création d'une agence nationale de santé a été un temps considérée, mais ne semble pas avoir été retenue dans les schémas actuels.

Quelle que soit l'architecture envisagée pour ces agences régionales, elles ne pourront se développer de manière effective que dans une vision articulée entre les niveaux. Ce qui implique une double démarche :

- la redéfinition d'un niveau national qui puisse être un lieu d'impulsion stratégique (obligeant à une révision de l'organisation et du fonctionnement des services en charge de cette animation) et une clarification des missions qu'il convient de garder ou de développer au niveau central ;

- la mise en place d'une véritable territorialisation des actions dans le domaine de la santé et du soin. Le processus doit être volontariste, pour à la fois couvrir tout l'espace géographique et la totalité du champ de compétence de la future agence.

Un pilotage qui se définit dans un espace institutionnel bien occupé où les tensions sont vives

Les organismes concernés par le champ des futures agences régionales de santé sont nombreux et appartiennent aussi bien au réseau des organismes de l'État, de l'assurance maladie qu'à d'autres types d'instances, qu'elles soient d'ordre professionnel ou associatif⁷.

La mise en cohérence de toutes ces structures pose de manière inéluctable la question du mode de gouvernance. Les deux rapports de référence (rapport « Ritter » et rapport « Bur ») divergent sur la réponse, le premier prônant une entité unique resserrée autour d'un exécutif fort, l'autre

7. Pour l'État : Drass et Ddass. Pour l'assurance maladie : Urcam, Cram et CPAM ; organismes partenariaux : agences régionales de l'hospitalisation, missions régionales de santé, groupement régional de santé publique, conférences régionales de santé. Pour le secteur associatif : comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé et observatoires régionaux de santé. Pour le secteur professionnel : unions régionales de la médecine libérale.

dissociant les fonctions d'organisation des fonctions de régulation des dépenses et de gestion du risque.

Derrière ce débat — qui couvre avant tout l'arbitrage entre le rôle de l'État et celles de l'assurance maladie —, il conviendra de trouver des modalités souples et lisibles afin que « la montagne n'accouche pas d'un éléphant », c'est-à-dire d'une organisation complexe, même si unifiée, et qui ne parvient pas à faire émerger des orientations fortes, à structurer des programmes d'actions et à mobiliser les partenaires.

La tâche est rude, car il faudra trouver un mode de gouvernance qui permette de faire évoluer les lignes entre préventif et curatif, qui mette en place un mode régional de pilotage des soins ambulatoires, inconnu jusqu'à présent, et qui aboutisse à une maîtrise raisonnée des dépenses de santé.

Les rôles respectifs de l'État et des collectivités locales

La compétence de l'État dans le champ de la santé a été nettement affirmée, même si l'idée d'en confier la responsabilité à la collectivité régionale a plusieurs fois été évoquée dans les dernières années⁸. Ce choix n'est toutefois pas aussi clair qu'il y paraît à première vue.

Dans le domaine du soin hospitalier, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ouvre la porte à une participation plus ou moins symbolique du conseil régional aux instances délibératives (comex de l'ARH). Par ailleurs, au niveau des soins ambulatoires, les problèmes de démographie médicale conduisent les collectivités locales à s'impliquer de plus en plus fortement pour renforcer l'attractivité de leur territoire.

Dans le champ de la prévention, l'implication des collectivités locales se joue à plusieurs niveaux. D'une part, leur compétence est reconnue soit de manière explicite (PMI pour le conseil général, police sanitaire pour les communes, définition d'objectifs particuliers en matière de santé pour les conseils régionaux), soit elle peut continuer à s'exercer sous forme de délégation (maladies transmissibles, tuberculose, cancer pour les conseils généraux; délégations auprès des services communaux

⁸. Notamment les propositions du député Préal. Voir également : *Pour une régionalisation du système de santé en 2025 - Offre, régulation et acteurs : essai de prospective*. Commissariat au plan, 2005.

d'hygiène et de santé pour les aspects d'environnement et santé...). Mais le point majeur, révélé par l'application de la loi relative à la politique de santé publique de 2004 qui reposait sur l'implication des collectivités locales au sein des GRSP, est le rôle essentiel que devraient jouer ces collectivités dans la mise en œuvre des orientations régionales. Or force est de constater que cette implication des collectivités locales est inégale. Elle doit être reconnue par une participation notable au sein des instances de pilotage de la future agence régionale et la mise en place d'un espace contractuel de mise en œuvre au sein des territoires.

Une démocratie sanitaire qui doit être consolidée

Un des enjeux forts de cette nouvelle organisation régionale sera probablement de consolider et de stabiliser une réelle implication des populations. La participation des élus constitue un des moyens d'y parvenir. Mais les dernières années ont permis de faire progresser une implication directe des autres populations, principalement par deux voies :

- à travers les droits des malades reconnus par la loi du 4 mars 2002 et par celle du 9 août 2004 qui met en place un mode d'agrément des associations,
- également par la mise en place de lieux de consultation à la fois pour l'organisation des soins (dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins et de la mise en place des conférences de territoires) et pour la prévention (notamment à travers les conférences régionales de santé).

Ce droit des usagers, composante d'une démocratie sanitaire, doit être renforcé. Cela pose inévitablement la question à la fois du mode de participation des élus et des usagers au sein de l'agence régionale de santé, de l'évolution des conférences régionales de santé et des modes d'implication des populations dans le cadre des territoires de proximité.

Un lien entre santé et social qui risque de se déliter

La création des agences régionales de santé et la définition de leur périmètre de compétences a procédé d'un choix. Si ce choix correspond à une logique interne pour la cohérence des actions de santé, il serait préjudiciable qu'il aboutisse à un nouveau

cloisonnement entre actions sociales et actions de santé. Deux exemples peuvent illustrer ce propos. Le problème du saturnisme a fait l'objet, en novembre 2003 d'une conférence de consensus. Le rapport du jury fait apparaître en préambule un point considéré comme majeur : « la lutte contre l'intoxication au plomb repose avant tout sur une politique dynamique de résorption de l'habitat insalubre et de lutte contre l'exclusion sociale »⁹. Par ailleurs, une autre conférence de consensus, récemment organisée sur les personnes sans domicile, montre bien la forte intrication existant entre problèmes de santé et conditions de vie de ces personnes particulièrement vulnérables¹⁰.

Toutefois, la création des agences régionales de santé parachève sinon un divorce, du moins un éloignement à la fois institutionnel et territorial entre action de santé et action sociale. L'action sociale est maintenant clairement une prérogative des conseils généraux, et donc organisée à l'échelon départemental. Les services chargés de la cohésion sociale au sein de l'État ne seront pas intégrés dans les futures agences. Une vigilance particulière devra être exercée pour permettre de préserver malgré tout une nécessaire continuité entre ces deux champs.

Des mécanismes solides doivent garantir que les financements destinés à la prévention ou ceux permettant de développer les dispositifs médico-sociaux ne seront pas sacrifiés sur l'autel du curatif

Les rapports récents pointent tous ce danger et proposent des modalités de garantie de ces enveloppes. Mais cette menace n'est pas écartée. Comme le disait en aparté un directeur d'ARH : « on n'a jamais vu une grosse planète tourner autour d'un petit satellite ». Les enjeux stratégiques, les temporalités politiques, la puissance des lobbies professionnels peuvent rapidement avoir raison d'intentions certes louables, mais qui peuvent disparaître si des mécanismes ne sont pas sécurisés.

⁹. Conférence de consensus : *Intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte. Prévention et prise en charge médico-sociale*. 5/6 novembre 2003. Université catholique – Lille. Texte des recommandations.

¹⁰. « Sortir de la rue » Conférence de consensus sur les personnes sans-abri. 29/30 novembre 2007. Paris.

La promotion de la santé, la prévention et l'éducation pour la santé reposent, au plan régional, sur des structures fragiles, peu professionnalisées et financièrement très vulnérables. Dans le domaine des personnes âgées ou handicapées, la redistribution d'enveloppes sanitaires vers des structures médico-sociales reste un exercice difficile.

Il est donc essentiel de développer et de suivre une approche transversale qui à la fois permette de « protéger » les champs vulnérables et qui favorise des évolutions dynamiques pour ne pas rester dans des financements « en tuyau d'orgue » entre les

diverses enveloppes, ce qui aboutirait à reproduire la situation actuelle.

Les agences régionales de santé constituent une opportunité réelle de donner cohérence et lisibilité à un système de santé qui en manque cruellement. Le consensus qui se dessine est le fruit d'un constat partagé et d'une nécessaire maturation. Toutefois, au-delà du mot, c'est tout un dispositif qui doit être élaboré et mis en œuvre. De nombreuses interrogations subsistent, des arbitrages sont nécessaires, des compromis sont à trouver. Au final, ce rendez-vous ne doit pas être manqué. ■

alcoologie et addictologie

2008 ; 30 [1] : 1-116

Éditorial

- Sommes-nous devenus dépendants de normes de santé ? *André Rauch*

Mémoires

- Pronostic alcoologique de 153 patients transplantés pour hépatopathie d'origine alcoologique, *Emmanuelle Doncker, Michel Goudemand, François-René Pruvot, Philippe Mathurin, Damien Lucidarme, Nicole Declerck, Hamid Aftissse*
- L'usage de substances psychoactives chez les jeunes en Algérie, *Soumaya Mansouri Zeghnoun*
- Mésusage de la buprénorphine haut dosage. Un phénomène émergent en

Tunisie, *Dhouha Becheikh, Rym Ghachem, Haifa Zalila, Afif Boussetta*

Mise au point

- Tabagisme et varénicline, *Patrick Dupont*
- Théorie Prime. Vers un modèle synthétique de la motivation et son application dans la compréhension des addictions, *Robert West, Anthony West*
- Évaluation écologique instantanée. Méthode, intérêt et applications en addictologie, *Michaël Lukasiewicz, Marion Fareng, Amine Benyamina, Michel Reynaud, Bruno Falissard*

Varia

- Alcoolisme. Le message préventif de modération : un piège ? *Bernard Hillemand*

Pratique clinique

- Le consultant en alcoologie. Une expérience de 18 ans en centre d'alcoologie, *Alain Cattin, François Gonnet*
- Fumeurs de cannabis orientés par la justice. Intérêts et limites des groupes de parole, *Pascal Hachet*

Note technique

- Gélules de méthadone. Quand les préoccupations de santé publique rejoignent les attentes des cliniciens et usagers, *Laurent Michel*
- Livres propos de...
 - ◆ Pierre Carayon, Pascal Gache, *Addictologie et bonheur*
 - ◆ Henri Gomez, *Comorbides !*

Congrès

- 2^{es} Assises nationales de la FFA. Addictions et

comorbidités. Comment travailler ensemble ? septembre 2007

Vie de la SFA

- Seniors, alcool et conduites addictives, 11 et 12 octobre 2007, Paris
- Prochaines réunions. Nouveaux membres. Adhésion

Informations

- Annonces. Actualités. Recherche. Livres. Agenda. Index 2007