

Les agences régionales de santé, un an après

dossier coordonné par **Claude Evin** et **Isabelle Grémy**

Longtemps attendues, les agences régionales de santé sont, depuis précisément un an, une réalité. Le temps est venu d'un premier regard sur le travail — considérable — qui a été accompli.

De fait, les débats, parfois passionnés, qui ont présidé à la création et à la conception des ARS, ont rapidement laissé la place à la mobilisation de tous pour atteindre les objectifs assignés par le gouvernement et le Parlement. Alors même qu'ils étaient accaparés par la construction complexe de ces nouveaux établissements publics, les directeurs généraux et les agents des ARS, ont engagé les chantiers « métiers ». Dans le même temps, au niveau national, nous avons également, à la fois, à piloter ce grand bouleversement territorial et à conduire la nécessaire réforme de nos propres modes de fonctionnement.

Aujourd'hui, il est évidemment prématuré de porter un jugement définitif. Pourtant, un premier constat objectif peut être dressé : non seulement la continuité de service — indispensable dans le domaine de la santé — a été assurée, mais les agences sont concrètement engagées sur les missions majeures qu'elles ont reçues. Les instances sont en place. Les premiers contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, la « feuille de route » des ARS, sont signés. Partout, les travaux des projets régionaux de santé (PRS) sont lancés et devraient aboutir à fixer, d'ici fin 2011, les grandes orientations des prochaines années.

Ce numéro d'adsp arrive donc à point nommé. La variété des sujets abordés et la diversité des intervenants illustrent bien l'ampleur du champ des missions de l'ARS, la profondeur des changements, le nombre des acteurs impliqués et des partenaires concernés. La légitime différence des premiers points de vue exprimés confirme aussi la sensibilité des enjeux et l'importance de laisser une grande place à l'écoute et à la concertation, de faire vivre la démocratie sanitaire. Alors que de nouveaux équilibres se mettent en place au plan régional et entre les niveaux national et régional, ce premier tour d'horizon sera précieux pour tous — personnels, professionnels du secteur, élus, usagers, observateurs — et, singulièrement, pour ceux qui sont chargés, sous l'autorité des ministres, avec les directions et les caisses réunies au sein du Conseil national de pilotage, de faire de cette réforme une réussite pour l'ensemble de nos concitoyens. ✎

Emmanuelle Wargon

Secrétaire générale des ministères chargés des Affaires sociales

12 Historique et objectifs de la réforme

12 L'intégration du système de santé par la région : genèse de la loi HPST

Gérard de Pourvoirville

17 Les agences régionales de santé : missions et organisation

Gilles de Lacaussade

22 L'ARS : pilote de la politique de santé régionale

22 Le projet régional de santé et les outils de programmation de l'offre sanitaire et médico-sociale

Norbert Nabet

27 Les systèmes d'information au service des agences régionales de santé

Patrick Olivier

31 Réforme de la gouvernance régionale : quel impact sur le pilotage national ?

Cécile Courreges

35 Les outils de l'ARS pour un pilotage unifié de la politique de santé

Pierre-Jean Lancry

39 La représentation des acteurs de santé : les collèges de la CRSA

Gilles de Lacaussade

40 L'Île-de-France : ses caractéristiques et la mise en place de l'ARS

Claude Evin

44 Tribunes

44 L'intention démocratique et l'attention technocratique

Christian Saout

46 L'impact de la loi HPST sur le secteur social et médico-social

Marcel Jaeger

49 Nouvelle gouvernance et ARS : rôle et place des collectivités locales et de leurs élus

Laurent El Ghozi

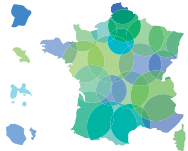
52 Soins de santé primaire et ARS : les craintes des médecins généralistes

Claude Leicher

54 Réforme des ARS : un aboutissement ou une étape pour un système de santé bien géré ?

Pierre-Louis Bras

56 Liste des sigles



Historique et objectifs de la réforme

La réforme de la gouvernance régionale de santé, avec la création des ARS, s'inscrit dans une suite de réformes qui ont renforcé le rôle de l'État et déconcentré la gestion du système de santé au niveau régional.

L'intégration du système de santé par la région : genèse de la loi HPST

Gérard de Pourville
Professeur à l'Essec

La « gouvernance » du système de santé français, pour utiliser un terme à la mode, a profondément changé sur la longue durée. La tendance lourde des transformations du système a été celle d'une emprise croissante de l'exécutif national sur la régulation du système de protection sociale et de l'organisation des services de soins de santé. Dans ce processus d'étatisation, la dimension régionale a tenu récemment une place grandissante et on peut considérer la loi HPST comme la marque la plus aboutie de ce double mouvement d'étatisation et de déconcentration territoriale. Dans une première partie, on rappellera les grandes étapes de la montée en puissance de l'État dans le domaine de la santé. On en montrera les traces au niveau régional, avec comme aboutissement la création des agences régionales de santé.

Un processus d'étatisation

L'exécutif national a toujours été présent dans la régulation du système de protection sociale et dans l'organisation des soins, depuis la création de l'assurance maladie en 1945, des centres hospitalo-universitaires en 1958 et des fondements du système hospitalier public. Mais le système français présente deux caractéristiques structurelles importantes qui délimitent le périmètre d'action de l'État national. La première caractéristique est celle du statut initial de la Sécurité sociale, conçue à la Libération comme une institution gérée par les représentants élus des assurés sociaux, pour les assurés sociaux, certes sous la tutelle de l'État. La deuxième caractéristique est celle de la coexistence d'une offre de services de statut public avec une offre privée, hospitalière et de ville. L'offre privée de ville a notamment encore des garanties importantes en matière de liberté de pratique et d'installation.

La conséquence en est que l'exécutif national n'est pas dans une position de contrôle hiérarchique des organisations et des acteurs qui constituent l'offre de protection sociale et de services de santé. Le processus d'étatisation se caractérise alors par un renforcement des contrôles externes qui s'exercent sur ces acteurs, sans aboutir nécessairement à une prise de contrôle totale qui s'apparenterait à une nationalisation. Ce renforcement a rencontré au cours du temps des oppositions fortes, ce qui explique son caractère progressif, même si sa vitesse s'est accentuée au cours des six dernières années (avec comme point de départ la loi de réforme de la gouvernance de l'assurance maladie en 2004).

Qui sont ces acteurs qui résistent ? Les appareils de gouvernance des organismes d'assurance maladie et les groupes sociaux dont ils sont mandataires ; les organismes d'assurance maladie complémentaire ; les syndicats de médecins libéraux, mais également les représentants des médecins hospitaliers, qui souhaitent protéger leur autonomie professionnelle ; les propriétaires des structures privées de soins, à but lucratif et non lucratif ; mais également des acteurs publics.

Par exemple, avant la loi HPST, le caractère public de certains services ne garantissait pas pour autant que l'exécutif national puisse les considérer comme des services extérieurs de l'État, pris dans une régulation hiérarchique, au même titre que par exemple les bureaux de poste, les tribunaux ou les commissariats de police. Les établissements hospitaliers publics étaient des établissements autonomes dotés d'un conseil d'administration et dont le patrimoine était la propriété de communes. Cette autonomie était certes relative, mais les difficultés rencontrées dans les opérations de restructuration hospitalière démontraient bien que cet enracinement dans la démocratie locale était fort.

Pourquoi étatiser ? Pour quatre raisons principales. La première est la maîtrise des dépenses remboursées par l'assurance maladie ; la deuxième est celle de la garantie pour les citoyens de la qualité et de la sécurité des soins offerts ; la troisième est relative au maintien d'une accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire, sous contrainte financière et de qualité des soins ; la dernière raison est celle de la montée en puissance de politiques de santé publique, se traduisant par la recherche d'amélioration de la santé des populations au travers d'actions collectives ciblées, nécessitant la coordination d'acteurs hétérogènes et décentralisés.

Les étapes clés de l'étatisation

La sélection qui suit reflète l'importance accordée par l'auteur à certains types d'actions publiques, plus structurantes que d'autres de son point de vue. On privilégie en particulier deux lignes d'actions : celles concernant le financement des dépenses de santé et la tutelle exercée sur les organismes de sécurité sociale et celles qui traduisent le renforcement du rôle de l'État dans la régulation de l'offre de soins privée, hospitalière et de ville, auparavant domaine réservé des organismes de l'assurance maladie obligatoire.

Le renforcement de la tutelle de l'État sur l'assurance maladie

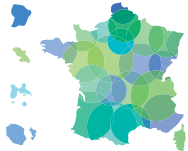
La première décision symbolique forte de l'État à l'égard de l'assurance a été prise par ordonnance, en 1967, sous la présidence du général de Gaulle. Le texte a comporté deux volets importants. Le premier a instauré le paritarisme entre patronat et syndicats dans la gestion du régime général de la Sécurité sociale, mettant ainsi fin, au moins sur le papier, au modèle originel de délégation de la gestion de la protection sociale aux syndicats de travailleurs salariés. Le deu-

xième volet est celui de l'éclatement de la gestion des différents risques (maladie, vieillesse, famille) et de la création de trois caisses autonomes, ayant le statut d'établissements publics administratifs qui ont entre autres pour mandat d'équilibrer recettes et dépenses. Ces trois caisses remplacent la Caisse nationale de sécurité sociale, également établissement public, dont le rôle était essentiellement d'assurer la compensation financière entre les trois risques. Cette réforme a eu un impact important sur la gestion de l'assurance maladie du régime général, puisqu'elle a conduit, au cours du temps, à une centralisation progressive au niveau de la nouvelle Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (la Cnamts) de la gestion des organismes locaux autonomes, les caisses primaires et les caisses régionales.

Ce contrôle des organismes sociaux va se renforcer une nouvelle fois en 1994 ; la loi du 25 juillet 1994 introduit un mécanisme de reddition de compte du gouvernement auprès du Parlement sur le bilan annuel de la Sécurité sociale et les grandes orientations de l'exécutif. Cette mesure traduit aussi une évolution importante dans la tutelle de l'État sur la protection sociale : auparavant, et dans la mesure où le budget de la protection sociale n'était pas inscrit au budget de la nation, il existait peu de contrôle parlementaire sur les actions de l'exécutif. Mais cette position n'était plus tenable, depuis la création de la contribution sociale généralisée en 1990 par le gouvernement Rocard et sa substitution progressive aux cotisations sociales dans le financement de la protection sociale. Cette loi préfigure les ordonnances Juppé de 1996. Celles-ci suppriment définitivement le principe de l'élection des administrateurs de caisse, rétablit la parité stricte entre patronat et syndicats au sein des conseils d'administration. Mais la réforme majeure est le vote du financement de la Sécurité sociale par le Parlement (la LFSS) et la fixation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, premier outil de régulation macroéconomique des dépenses remboursées. On reviendra dans la section sur la régionalisation à la régulation. L'autre volet des ordonnances Juppé qui concerne l'assurance maladie, la création des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam).

La dernière étape de ce contrôle accru de l'État sur l'assurance maladie est la loi Douste-Blazy de 2004, dont on retiendra les changements suivants : l'unification de la gouvernance des régimes de l'assurance maladie obligatoire par la création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la définition des rôles respectifs de l'État et de l'assurance maladie obligatoire, en matière de régulation des dépenses, et le pilotage de l'équilibre financier de l'assurance maladie par la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion (les COG). L'Uncam est certes un organisme autonome, qui n'est pas intégré dans les services de l'État, mais son autonomie est encadrée.

Parallèlement au renforcement du contrôle de l'État sur la gouvernance de l'assurance maladie obligatoire,



on rappellera ici que les caisses ont une autonomie financière très réduite. C'est l'exécutif qui fixe le niveau des recettes, avec un contrôle parlementaire depuis 1996 : taux de cotisations sociales (et mesures d'exonérations), taux et assiette de la CSG, taux et assiettes des taxes complémentaires (sur le tabac, l'alcool, l'industrie pharmaceutique, etc.), ticket modérateur et franchise. C'est également l'État qui décide du panier de biens et services remboursés, depuis 2004 par le biais de la Haute Autorité de santé. C'est l'État qui détermine les tarifs hospitaliers publics et privés, et qui intervient de façon croissante dans les négociations conventionnelles avec les médecins.

Le renforcement du rôle de l'État dans la régulation de l'offre privée de soins

La politique conventionnelle est la pierre angulaire de la régulation des honoraires des médecins libéraux en France. Elle est le résultat de négociations régulières entre assurance maladie et syndicats médicaux, et, depuis la loi de 2004, elle est clairement du domaine de compétence de l'Uncam. Sa mise en place en 1970 a été l'aboutissement d'une longue lutte entre l'assurance maladie et les syndicats, afin de garantir des tarifs et donc des montants de prise en charge uniformes au niveau national pour les assurés sociaux.

Malgré la délégation de négociation de l'État vers l'assurance maladie, l'histoire des conventions médicales est émaillée d'interventions de l'exécutif pour faire aboutir ces négociations lorsque les partenaires ne parviennent pas à s'accorder. Citons les plusieurs tentatives d'imposer une enveloppe globale d'honoraires médicaux avec un mécanisme d'ajustement prix-volume (en 1980 avec Jacques Barrot, alors ministre de la Santé et de la Sécurité sociale de Raymond Barre, en 1991, avec Claude Evin, ministre des Affaires sociales de Michel Rocard, en 1996 mais avec moins de vigueur par Alain Juppé). En 1993, la loi Teulade tente d'instaurer en France un mode de régulation des honoraires médicaux qui s'inspire de la situation allemande : dans ce pays, il existe par Land (région) une union de médecins de caisse, à laquelle l'adhésion est obligatoire si les médecins veulent accéder à une patientèle d'assurés sociaux. À cet effet, la loi propose la création des unions régionales de médecins libéraux, gérés par des représentants élus des syndicats médicaux. Mais les syndicats médicaux refusent cette cogestion à l'allemande et le mandat des URML sera limité à la formation des professionnels, à l'évaluation des pratiques et à la réalisation d'études ponctuelles sur le fonctionnement de l'offre de soins libérale en région. De façon schématique, la visée des actions combinées de l'État et de l'assurance maladie à l'égard de la médecine de ville depuis une vingtaine d'années est la négociation d'accords conditionnant l'évolution de la rémunération conventionnelle des médecins à l'atteinte d'objectifs d'amélioration des pratiques individuelles et collectives, la « maîtrise médicalisée des soins » : l'instauration des références

médicales en 1990, devenues opposables en 1993 ; les discussions permanentes sur l'accès au secteur 2 et plus récemment les négociations autour du secteur optionnel ; l'option de médecins référents en 1998 ; la signature des accords de bon usage en 2002 ; l'instauration du médecin traitant et du parcours coordonné en 2004 ; et, tout récemment, les contrats d'amélioration des pratiques individuelles en 2009 (Capi).

Progressivement, ces actions passent de la mise en place d'incitations pour améliorer les décisions individuelles des médecins en matière de prise en charge pour viser, de plus en plus, l'organisation générale des soins sur plusieurs dimensions : l'option de médecin référent et le médecin traitant visent à mettre en place progressivement un modèle de « gatekeeper », les contrats de bonne pratique sont destinés à répondre au problème de la désertification médicale de premier recours dans les zones géographiques à faible densité de population, négociations autour de la permanence des soins. L'État a quant à lui pris l'initiative des politiques incitatives pour le développement des réseaux de santé, il a également développé une batterie d'incitations à l'installation de médecins en zones sous-médicalisées et au développement de la médecine de groupe. Plus récemment, en miroir des Capi, la Direction de la Sécurité sociale a lancé le chantier des nouveaux modes de rémunération. À nouveau, la loi HPST sanctionne en quelque sorte ces évolutions en instaurant l'obligation de réaliser des schémas régionaux d'organisation des soins ambulatoires, venant compléter les schémas hospitaliers créés en 1990 et les schémas d'organisation des soins et services médico-sociaux.

On observe également une intervention progressive de l'État dans la régulation de l'offre de soins hospitalière privée à but lucratif, dont on rappelle les principales étapes. En matière de financement : jusqu'en 1968, les tarifs des cliniques privées commerciales étaient fixés localement par les caisses primaires d'assurance maladie, avec une véritable marge de négociation. À cette date, les tarifs de l'assurance maladie ont été bloqués et leur évolution décidé au niveau national, avec néanmoins encore une marge de manœuvre régionale, par le biais de dérogations octroyées par les caisses régionales de l'assurance maladie. Ce régime a été remplacé en 1973 par l'instauration, en lieu et place des tarifs conventionnels, d'un tarif de responsabilité, fondé en principe sur une procédure de classement des cliniques en fonction de leur niveau d'équipement et la qualité du confort offert. En matière de régulation financière, on mentionnera finalement la mise en place, en 1992, de l'objectif quantitatif national (OQN), suite à un accord tripartite État-caisses-syndicats de l'hospitalisation privée. L'OQN est la première mise en place d'un système de régulation de la dépense hospitalière reposant sur un mécanisme global d'ajustement prix-volume, qui préfigure en quelque sorte l'Ondam hospitalier public.

Le deuxième domaine d'intervention de l'État dans la régulation du secteur hospitalier privé est celui de

la planification. La loi hospitalière de 1970 introduit la carte sanitaire, première ébauche de la territorialisation de l'offre de soins, avec la mise en place d'un régime d'autorisations d'ouverture de lits et d'accès aux équipements lourds. Mais c'est la loi hospitalière de 1991 qui crée le cadre de planification que nous connaissons aujourd'hui, le schéma régional d'organisation des soins (Sros), dans lequel l'offre hospitalière privée doit s'insérer, avec des contraintes inhabituelles pour un secteur commercial, notamment celui de la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

L'ARS comme aboutissement opérationnel du processus d'étatisation

L'État s'est donc progressivement donné les moyens, directs ou indirects, de réguler les services de santé et de mettre sous tutelle l'assurance maladie, même si celle-ci a maintenu son indépendance de gestion. Mais la plupart des actions qui ont été décrites plus haut concernent davantage des dimensions de régulation macro-économique ou de politique nationale. Il restait donc à tester l'effectivité de ces pouvoirs dans la régulation quotidienne du fonctionnement des services de santé, à concrétiser dans le fonctionnement du système de santé le presque modèle de service national de santé. Sur ce point, il fallait inventer un modèle de régulation territoriale qui échappe aux points faibles du dispositif existant, reposant presque uniquement sur la planification hospitalière mise en œuvre par les Drass et sur la tutelle des établissements publics exercée par les services extérieurs de l'État.

Ce modèle présentait en effet deux défauts principaux. D'une part, le périmètre des services extérieurs de l'État était confiné principalement au secteur hospitalier, avec de surcroît une position ambiguë de régulation du secteur public : l'État est dans ce cas à la fois régulateur et opérateur. D'autre part, le modèle préexistant aux agences ne permettait pas l'exercice d'un pouvoir hiérarchique de contrôle sur les services de santé. Le modèle Drass/Ddass était en cohérence avec les actions prises par toutes les administrations centrales pour s'aligner sur le fait régional et ne présentait pas de ce point de vue d'originalité par rapport à d'autres administrations publiques.

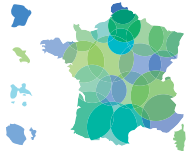
Il y avait déconcentration, dans la mesure où les services extérieurs avaient un mandat précis et des ressources pour les mener à bien. Mais on restait dans un modèle de relation hiérarchique classique, avec reddition de compte auprès de l'administration centrale. En fait, l'originalité du modèle français tient à la double ligne hiérarchique dans laquelle les services extérieurs sont inscrits ; par rapport à leur administration centrale, qui définit leur périmètre d'actions et leur moyen d'intervention, mais aussi par rapport au représentant local du gouvernement, incarné par les préfets de département et de région. Dans le cas de désaccords entre administration et administrés (en l'occurrence ici les services des soins de santé) sur des questions centrales d'allocation

de ressources, l'arbitre officiel local est le préfet, même si la discussion peut se déplacer assez vite au niveau national. Il est indispensable à l'économie du système que cette régulation locale fonctionne (même si les décisions prises peuvent déplaire) pour éviter une remontée systématique des dossiers au niveau national et sa saturation. Le domaine de la santé est considéré comme politiquement très sensible et il est parfois difficile d'éviter ces remontées. Or, dans un contexte de contrôle des dépenses, de planification-restructuration de l'offre de soins, la recherche permanente d'un équilibre entre objectifs d'efficacité et de rationalisation des soins et maintien des équilibres politiques est un exercice en permanence périlleux. Avançons une hypothèse : cela pourrait être la raison pour laquelle, en plus des montants financiers concernés, il n'y a pas nécessairement de volonté de la part des élus régionaux de réguler l'offre de soins. Il est plus facile et moins risqué de jouer le jeu de l'intervention dans le processus bureaucratique que d'assumer des arbitrages impopulaires.

La mise en place des agences, d'abord de l'hospitalisation, puis les ARS, traduit la préoccupation des pouvoirs publics de « dépolitiser » la régulation du système de santé. Ce terme ne signifie pas l'absence totale du politique, puisque la position du national dans la régulation est renforcée par la loi HPST et la réforme de la gouvernance de l'assurance maladie. Mais cela signifie bien la recherche de l'affaiblissement des élus politiques locaux, la diminution de l'autonomie des établissements hospitaliers publics et donc le « contrôle » des jeux d'acteurs qui, par le passé, ont rendu difficiles les politiques de recherche d'efficacité du système. Il faut être réaliste, ces jeux d'acteurs se poursuivront, car les enjeux de l'accès aux soins sont trop importants tant pour les populations que pour leurs représentants élus. Mais le jeu doit être cantonné au territoire régional. Pour que le modèle soit efficace, cependant, il faut que le national — le Comité national de pilotage — résiste lui aussi aux tentations de l'intervention politique locale, en réponse à des demandes pressantes du terrain.

Cela a induit aussi un écart majeur par rapport à la gouvernance traditionnelle des services de l'État au niveau régional et départemental, puisque maintenant un patron, le ou la directrice d'agence, s'interpose entre les services extérieurs et le corps préfectoral et entre le corps préfectoral et les ministères de tutelle des agences au niveau national (même si la loi HPST a pris un soin particulier et justifié de positionner les agences par rapport aux préfets).

L'historique de la création des agences régionales (agences Juppé et agences Bachelot) est instructif de la conduite de changements à petit pas dans un système complexe. Si le rapport Soubie évoquait explicitement dans un des scénarios étudiés la nationalisation de l'assurance maladie et la fusion au niveau régional des organismes d'État et de la Sécurité sociale, il paraissait politiquement délicat dans le contexte des années 1995 d'avancer une telle solution, ainsi que la préparation



Les agences régionales de santé, un an après

d'un schéma régional de l'organisation des soins de ville : en 1995, les syndicats médicaux bataillaient pour éviter la mise en place d'un mécanisme de plafonnement des honoraires médicaux avec ajustement automatique. Le choix adopté témoigne d'un certain pragmatisme : modifier uniquement la régulation régionale du système hospitalier et parier sur les dynamiques locales pour favoriser les coopérations entre État et assurance maladie, dont les régimes étaient fédérés dans les

unions régionales de caisses d'assurance maladie, précurseurs de l'Uncam. Ensuite, la mise en place des agences régionales de santé nécessitait des pré-requis qui ont été levés progressivement. Le plus important est la réforme de la gouvernance de l'assurance maladie en 2004, avec la création de l'Uncam, puis, dans le cadre de la loi HPST, la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, vecteur principal de la « dépolitisation » de la régulation. 🏠

Les agences régionales de santé : missions et organisation

Mises en place le 1^{er} avril 2010, les agences régionales de santé ont décloisonné les différents secteurs de la santé (hôpital, prévention, ambulatoire, médico-social) pour une approche transversale des sujets. Dotées de pouvoirs importants, elles ont pour missions l'organisation, les autorisations, la régulation et le contrôle des acteurs de l'ensemble du champ de la santé.

Gilles

de Lacaussade

Chargé de mission pour le pilotage des ARS auprès de la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales

A boutissement d'un long processus de maturation politico-administrative, la création des agences régionales de santé est, à l'évidence, un événement majeur pour le système de santé français. En effet, si leur ouverture, le 1^{er} avril 2010, marque un changement considérable des modalités d'organisation du secteur, elle traduit aussi une volonté affirmée d'obtenir des résultats tangibles sur le fond des politiques publiques de santé.

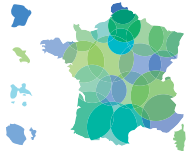
Augmenter l'espérance de vie en bonne santé, réduire les inégalités territoriales de santé et d'accès aux soins, améliorer l'efficacité du système : telles sont les véritables ambitions, les motivations fondatrices de cette réforme. Pour atteindre ces objectifs stratégiques, il est apparu nécessaire d'aller au terme de la dynamique engagée avec le « rapport Soubie » de 1993, les « ordonnances Juppé » de 1996, la création des agences régionales de l'hospitalisation en 1997. Un large consensus s'est réalisé sur la nécessité d'en finir avec le cloisonnement entre les secteurs et les acteurs, de disposer d'un nouvel outil ayant vraiment les moyens d'agir dans le contexte de fortes attentes en termes de qualité et d'une contrainte financière sans doute sans précédent. Les nombreuses dispositions, souvent techniques, de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST » et, plus précisément,

ses titres 1^{er} sur l'hôpital et IV sur la création des ARS, doivent, avant tout, être lus à cette aune. Leur portée ne saurait donc être limitée à leur simple dimension administrative, voire technocratique, décrite ici.

Les missions, l'organisation et la gouvernance des agences régionales de santé traduisent cette volonté d'efficacité et cette conviction que l'atteinte des résultats passe par le décloisonnement des politiques au profit d'une approche transversale des sujets. Elles répondent également à la volonté du président de la République d'engager simultanément, pour les mêmes raisons, une profonde réforme des hôpitaux en s'appuyant sur le changement de leur gouvernance interne et de leur tutelle externe.

Ainsi, depuis le 1^{er} avril 2010, dans chaque région de métropole et d'outre-mer, une seule structure a la responsabilité de l'essentiel du champ de la santé. Ses relations avec les nombreux partenaires ont été précisément pensées et organisées pour concilier cette volonté de décloisonnement et d'efficacité avec le respect de ces autres acteurs légitimes (collectivités territoriales, assurance maladie, professionnels, associations de patients et d'usagers, structures médico-sociales...).

Depuis cette date, les nouvelles agences sont dotées de pouvoirs importants, inscrits volontairement dans la loi, pour organiser, autoriser, réguler, contrôler les acteurs. Ce renforcement de la capacité à agir a été



équilibré — cet aspect n'est pas assez souligné — par une rénovation profonde de la démocratie sanitaire.

Des missions structurantes sur l'ensemble du champ de la santé

Une des limites, pour ne pas dire une des failles, de l'organisation de la santé qui prévalait jusqu'alors était, de l'avis quasi général, sa segmentation. Déjà, la création des missions régionales de santé (MRS) en 2004 avait eu pour objectif de rapprocher les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) pour mieux prendre en charge leurs sujets de préoccupation communs : gestion du risque, démographie médicale... De la même manière, la création des groupements régionaux de santé publique (GRSP), également en 2004, avait permis de réunir l'État, l'assurance maladie et les collectivités territoriales sur les enjeux de prévention et de santé publique. Mais le député Rolland, rapporteur de l'Assemblée nationale, évoque, à ce propos, un système « à bout de souffle ». La création des ARS tient compte de ces constats, en tire les enseignements, va au terme de la logique de régionalisation et de rapprochement.

C'est pourquoi le gouvernement et le Parlement, à la suite des rapports du député Bur et du préfet Ritter, ont choisi de confier aux agences régionales de santé des compétences sur un champ aussi complet que possible. La « santé » a été comprise dans son acception large : prévention, veille et alerte, soins urgents ou programmés, réadaptation, médecine de ville, établissements de santé, prise en charge médico-sociale... Les agences devaient pouvoir appréhender le parcours de soins dans son ensemble, quel qu'en soit le moment et quel qu'en soit l'intervenant.

La loi formalise cette volonté en confiant aux ARS la mission de « définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale, des principes fondamentaux de l'assurance maladie ». De plus, les agences régionales de santé « contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) ».

Aux missions des structures (ARH, Drass, Ddass, Urcam, MRS, GRSP, Cram, services de la MSA et du RSI DRSM) que les ARS ont, en tout ou partie, remplacées, s'ajoutent des responsabilités d'organisation transversale et de performance du système.

À ce titre, les ARS sont chargées, par la loi, « des politiques de santé publique (en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile), de la veille sanitaire, de l'observation de la santé, du recueil et du traitement des signalements d'événements sanitaires ». Elles « contribuent, dans le respect des attributions des préfets, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire (inspection, contrôle,

évaluation) »¹. Elles « définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation ».

Les ARS doivent, toujours selon la loi « HPST », « réguler, orienter et organiser l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé ». Elles contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé. Elles autorisent la création et les activités des établissements et services de santé ainsi que des établissements et services médico-sociaux, contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources.

Les ARS ont une responsabilité éminente sur l'organisation territoriale de l'offre de soins, en cohérence avec les objectifs de réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins, d'une part, et d'efficacité, d'autre part. Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. À cette fin, à la suite du rapport du sénateur Gérard Larcher, la loi a confié d'importants pouvoirs aux ARS pour faciliter les coopérations hospitalières.

Les ARS contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé (« guichet unique »). Elles « veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent aux contrôles nécessaires ». Elles contribuent, avec les autres services compétents, à « la lutte contre la maltraitance et au développement de la « bientraitance » dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ». Elles veillent « à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ». Elles « définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires ».

Pour remplir leur mission au regard du respect de l'Ondam, les ARS ont des responsabilités et des pouvoirs clairs en matière de retour à l'équilibre des établissements de santé, d'amélioration de leur performance globale et, en lien avec l'assurance maladie, sur la définition et la conduite des actions de gestion du risque. C'est, pour elles, un enjeu de premier ordre.

La plupart de ces préoccupations seront au cœur des nouveaux « projets régionaux de santé » (PRS) dont les ARS ont, logiquement, la responsabilité. Le PRS —

1. Les relations avec les préfets sur tous les sujets communs, partagés ou proches, notamment pour la réponse aux situations de crise sanitaire, ont été précisément décrites par la loi « HPST », l'ordonnance dite de « coordination » du 23 février 2010, le décret 2010-338 du 31 mars 2010 et détaillées par un protocole entre les directeurs généraux des ARS et chacun des préfets de département.

Le budget des ARS

En 2011, les budgets des 26 ARS s'élèveront, globalement, à environ 1 milliard d'euros, dont 625 millions d'euros pour les dépenses de personnels, 101 millions d'euros pour le fonctionnement, 1,7 million d'euros pour l'investissement et 286 millions d'euros pour les crédits d'intervention. Les budgets des ARS vont de 14 millions d'euros pour la Guyane à 150 millions d'euros pour l'Île-de-France.

Les ressources des ARS proviennent de subventions de l'État pour 824 millions d'euros et de contributions des régimes d'assurance maladie pour 191 millions d'euros.

Le plafond d'emploi pour 2011 est fixé à 9443 emplois, soit une baisse de 1,5 %.

Comme pour l'ensemble de l'État et de ses opérateurs, tant les crédits que le nombre des emplois sont en réduction.

qui comprend un « plan stratégique régional de santé » (PSRS), un « schéma régional de prévention » (SRP), un « schéma régional de l'organisation des soins » hospitaliers et aussi ambulatoires (Sros), et un « schéma régional de l'organisation médico-sociale » (Sroms), ainsi que plusieurs programmes notamment sur la gestion du risque et la télémédecine — sera l'outil majeur de concertation, d'organisation, de planification, de mise en œuvre concrète du principe de transversalité des agences.

Enfin, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'ARS et l'État fixe les priorités, les objectifs et les résultats attendus, dans chacun des domaines et sur chacune des missions.

L'organisation interne : efficacité et concertation

L'organisation et les règles de fonctionnement de ces agences ont été adaptées à ces objectifs ambitieux et à ces responsabilités lourdes. Elles tendent à concilier une organisation cohérente, concentrée et efficace avec la nécessité d'un dialogue crédible avec les nombreux acteurs d'un si vaste secteur.

Pour garantir la capacité des agences à assumer leurs missions et conduire les réformes attendues, le choix a été fait d'une structure qui fédère (d'où celui de l'établissement public² par rapport aux services déconcentrés) tout en étant forte (d'où le choix de l'établissement public par rapport à un groupement d'intérêt public). Suivant en cela les recommandations du rapport remis préalablement par le préfet Philippe Ritter, la loi a donc créé des établissements publics autonomes rassemblant les forces de l'État et de l'assurance maladie, dirigés par un directeur général nommé en conseil des ministres et dotés de règles de gouvernance cohérentes avec le but d'efficacité et d'équilibre recherché.

Si l'organisation interne des ARS a été largement laissée à la main de leurs directeurs généraux, selon

le principe d'autonomie des établissements publics, la répartition des pouvoirs et les grands principes de fonctionnement figurent, non seulement dans les différents décrets du 31 mars 2010, mais surtout dans la loi elle-même, pour prévenir tout risque de dilution progressive.

Dans cet esprit, il convient de noter la place — prévue par la loi — et le rôle — à la disposition des directeurs généraux — des délégations territoriales de l'ARS présentes dans chaque département.

Enfin, l'ARS peut contractualiser avec ses partenaires et singulièrement avec l'assurance maladie qui est, à la fois, partie et interlocuteur de l'agence (le développement de la gestion du risque sera l'un des axes essentiels, mais non exclusifs, de ce contrat avec les organismes locaux de l'assurance maladie).

Le directeur général

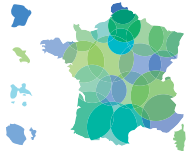
Nommé en conseil des ministres, évalué par le seul Conseil national de pilotage des agences régionales de santé (CNP), le directeur général de l'ARS est doté de pouvoirs incontestablement forts.

Les missions de l'ARS sont, de manière générale, exercées par le directeur général. C'est à lui, *in fine*, qu'incombent les décisions relevant des missions confiées par la loi aux agences, et précédemment décrites. Pour illustrer ce changement notable, et intentionnel, par rapport au système antérieur, on peut retenir l'exemple des autorisations dans le secteur sanitaire qui étaient prises par la commission exécutive de l'ARH et qui relèvent désormais du directeur général de l'ARS.

Les directeurs généraux sont assistés, dans l'exercice de leurs missions, d'un comité exécutif (Comex), réduit, et d'un comité de direction (Codir), plus large.

Les 26 premiers directeurs généraux ont été nommés en conseil des ministres du 31 mars 2010 et ont pris leurs fonctions le lendemain 1^{er} avril, date de création formelle et effective des agences. Ces directeurs généraux avaient tous été nommés, préalablement, responsables préfigurateurs en conseil des ministres du 30 septembre 2009, au terme d'une procédure de sélection innovante et professionnalisée (appel à candidatures large publié dans la presse, sélection par un cabinet spécialisé puis par un comité *ad hoc* au sein des ministères).

2. Les établissements publics sont des organismes dotés de la personnalité morale, mais soumis à la tutelle d'un ou plusieurs ministères. S'ils exercent une activité à caractère administratif, ce sont les établissements publics à caractère administratif (EPA). Les EPA disposent d'une certaine autonomie administrative et financière afin de remplir une mission d'intérêt général de nature administrative, précisément définie, sous le contrôle de l'État.



Le conseil de surveillance de l'ARS

Le choix de doter les ARS d'un conseil de surveillance aux compétences limitativement décrites conforte cette situation. Aux termes de la loi « HPST », le conseil de surveillance « *approuve le budget de l'agence, émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an sur les résultats de l'action de l'agence. Il approuve le compte financier* ».

Toutefois, sa composition équilibre cette appréciation. En effet, présidé par le préfet de région et réunissant les principaux acteurs de la santé en région, le conseil de surveillance de l'ARS est un outil très important — et conçu comme tel — d'ouverture et d'association des partenaires.

Le conseil de surveillance est constitué, dans chaque région, de vingt-cinq membres. Sa composition veut refléter le rôle et la diversité des grands acteurs ou partenaires de l'ARS : quatre représentants de l'État (outre le préfet de région qui le préside, le recteur, le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, un préfet de département ou un chef des services déconcentrés de l'État désigné par le préfet de région), dix représentants des organismes locaux de l'assurance maladie (cinq désignés par les représentants nationaux des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et interprofessionnel, trois représentants nationaux des organisations d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel, le président de la caisse régionale de mutualité sociale agricole, le président de la caisse de base du régime social des indépendants), quatre représentants des collectivités territoriales (région, départements, communes), trois représentants d'associations de patients, de personnes âgées et de personnes handicapées, désignés par le collège de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), et quatre personnalités qualifiées. Ces membres ont des suppléants, et des règles spécifiques ont été prévues pour l'Ile-de-France et l'outre-mer. Le directeur général de l'ARS, l'agent comptable, l'administrateur régional des finances publiques, deux représentants du personnel et le président de la CRSA assistent aux travaux. Les membres du conseil de surveillance sont nommés, pour quatre ans, par arrêté des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les premiers conseils de surveillance des agences régionales de santé ont été nommés par des arrêtés des ministres compétents (arrêtés du 25 juin 2010 en métropole et du 5 août 2010 pour l'outre-mer). Les premières réunions ont eu lieu dans la foulée dans la quasi-totalité des régions. Des arrêtés paraissent régulièrement au gré des changements ou des désignations intervenus depuis³. Les conseils de surveillance

se réuniront à un rythme variable selon les régions ; il pourrait être trimestriel, même si les exigences de décisions dans le domaine financier liées à la création des agences ont conduit à des réunions assez fréquentes au cours du dernier trimestre 2010. En 2011, une des principales responsabilités des conseils de surveillance devrait être de donner leur avis sur les nouveaux projets stratégiques régionaux de santé qui engageront les grandes décisions des années à venir.

Les deux commissions de coordination des politiques publiques

Compte tenu de leur champ d'intervention large et de leurs pouvoirs, le législateur a souhaité structurer de façon assez précise les relations de l'ARS avec ses partenaires les plus directs, c'est-à-dire les autres financeurs de la santé.

Pour cela, la loi « HPST » a prévu la création de deux « commissions de coordination des politiques publiques de santé », l'une sur la « prévention, la santé scolaire, la santé au travail et la protection maternelle et infantile » et l'autre sur les sujets « des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux ». Ces commissions, partie intégrante de l'agence, sont les lieux du dialogue formalisé sur ces sujets. Le décret 2010-346 du 31 mars 2010 fixe la composition et le rôle de chacune de ces deux commissions qui, conformément à la loi, « *associent les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale* » et sont compétentes pour « *assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres* ».

La profonde rénovation de la démocratie sanitaire

Le gouvernement, le Parlement et les acteurs concernés — notamment les associations de patients et d'usagers — sont convenus qu'une nouvelle étape dans le développement de la démocratie sanitaire était nécessaire et possible. Nécessaire, car l'importance des missions et des pouvoirs des agences régionales de santé ne pouvaient s'exercer sans échanges, sans concertation, sans transparence. Possible, car la démocratie sanitaire avait atteint un degré de maturité reconnue par tous.

La CRSA et les conférences de territoire

Les nouvelles conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) sont venues prendre la suite des anciennes conférences régionales de santé, des Cros et des Crosms. Elles reprennent, pour l'essentiel, les missions des institutions auxquelles elles se substituent, mais leur composition et leur champ ont été élargis pour se conformer à celui désormais dévolu aux ARS (il en est de même pour les nouvelles conférences de territoire).

Indépendantes par rapport aux ARS, les CRSA constituent le cœur de la démocratie sanitaire au niveau régional. Elles sont le lieu du débat, de la réflexion commune, de l'avis et de la proposition [cf. compo-

3. Ces arrêtés sont disponibles au bulletin officiel des ministères sociaux et sur les sites Internet des différentes agences.

sition, modalités de fonctionnement et missions dans l'encadré page 39]. Ainsi, les CRSA ont été amenées à se prononcer, au cours des derniers mois, dans toutes les régions, sur le nouveau découpage des territoires de santé proposé par les directeurs généraux. L'année 2011 sera essentiellement consacrée aux avis sur les documents constituant le PRS.

Dans chaque territoire de santé, une conférence de territoire constitue l'échelon de proximité de la démocratie sanitaire. Elle est composée au maximum de 50 membres désignés selon les modalités prévues par le décret 2010-347 du 31 mars 2010.

Les unions régionales des professionnels de santé (URPS)

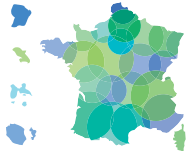
Afin de disposer d'un lieu de représentation légitime et de pouvoir, notamment, structurer le dialogue entre les professionnels de santé libéraux et les ARS, la loi « HPST » a créé des unions régionales des professionnels de santé (URPS). Une union est créée pour chaque profession et une fédération régionale les réunira dans chaque région. Pour les médecins libéraux, l'URPS se substitue à l'URML.

Les URPS « contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre ». Elles peuvent « conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence ». Elles « assument les missions qui leur sont confiées par les

conventions nationales prévues au titre VI du livre 1^{er} du Code de la Sécurité sociale ».

Les premières élections aux URPS ont été organisées au cours du dernier quadrimestre de 2010 et ces nouvelles institutions se mettent en place progressivement. Elles devraient être fondamentales pour la qualité des relations — indispensables, nombreuses, stratégiques et sensibles — entre les ARS et les professionnels de santé libéraux.

C'est donc un paysage profondément renouvelé qui est désormais en place dans chaque région. L'expérience des précédentes réformes du système de santé a montré que leurs résultats étaient autant fonction des dispositions organisationnelles et juridiques prévues à l'origine que de leur application réelle au fil du temps par les acteurs. Dans le cas présent, le gouvernement et le Parlement ont voulu garantir sa mise en œuvre par des règles particulièrement précises. Si le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé sous l'autorité des ministres, au niveau national, et chaque ARS en région ont une responsabilité éminente à cet égard, il est clair que cette nouvelle organisation appartient aussi à tous ceux qu'elle concerne : personnel des agences, acteurs et partenaires du système de santé. Si l'on considère que c'est l'avenir du « modèle français » qui se joue, alors on mesure que le traditionnel scepticisme français face à la nouveauté doit céder la place à l'esprit de responsabilité et à l'engagement de chacun pour sa réussite. 🐼



L'ARS : pilote de la politique de santé régionale

L'ARS doit élaborer un projet régional de santé pour l'ensemble du champ de la prévention, des soins et du médico-social. Elle doit disposer de systèmes d'information, véritables outils pour les décisions et le suivi des actions. La gouvernance régionale du système de santé nécessite au niveau national, un pilotage stratégique et une vision unifiée des objectifs de la politique de santé.

Le projet régional de santé et les outils de programmation de l'offre sanitaire et médico-sociale

Norbert Nabet
Directeur
général adjoint
ARS Provence-Alpes-
Côte d'Azur

La loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009 crée les agences régionales de santé et les dote, dans le même temps, d'un outil réglementaire de programmation globale : le projet régional de santé.

Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétence. Il présente également les actions et les mesures nécessaires à l'atteinte de ces objectifs. Dans toutes les régions, le projet régional de santé s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances.

Le PRS comporte trois niveaux programmatiques et dispose d'outils nouveaux pour la mise en œuvre de la politique régionale.

Le premier niveau est celui de la stratégie. Le plan stratégique régional de santé (PSRS) fixe les orientations et les grands objectifs de santé de la région. Il s'appuie

pour cela sur un diagnostic précis et prospectif de l'état de santé de la population et de l'offre de santé régionale disponible. Il prévoit par ailleurs des articulations avec les autres services de l'État et les partenaires institutionnels régionaux, ainsi qu'un dispositif d'évaluation.

Le deuxième niveau est celui de la planification. Trois schémas régionaux organisent l'offre de prévention, de soins et médico-sociale. Le schéma régional d'organisation des soins comporte un volet ambulatoire non opposable et un volet établissements de santé qui, lui, demeure opposable.

Le troisième niveau est celui des programmes qui déclinent les modalités spécifiques d'application des schémas. Les programmes d'accès aux soins, de gestion du risque, de télé-médecine sont prescrits, mais il n'est pas interdit d'en élargir la liste notamment en élaborant des programmes territoriaux de santé.

La mise en œuvre de cette politique repose sur les

traditionnels régimes d'autorisation, sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, sur la procédure nouvelle d'appel à projets pour le médico-social et sur le nouvel outil que constitue le contrat local de santé.

Le plan stratégique régional de santé

Le PRS est arrêté par le directeur général de l'agence pour une durée de cinq ans. Au préalable, les avis du préfet de région, du conseil régional, des conseils généraux, des conseils municipaux, ainsi que de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie doivent être recueillis.

Ce document est rendu public et peut être révisé à tout moment par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Le plan stratégique régional de santé présente, conformément au décret du 18 mai 2010 :

- un diagnostic régional qui s'appuie sur une évaluation des besoins de santé et de leur évolution prévisible en tenant compte de la situation démographique, de l'état de santé, des risques sanitaires, des inégalités sociales et territoriales de santé et des données régionales en matière de santé et de handicap. Il intègre également une analyse de l'offre et de son évolution prévisible dans les domaines de la prévention du soin et de la prise en charge de la perte d'autonomie ;
- des objectifs prioritaires retenus par l'agence, sur la base de ce diagnostic, en matière de prévention, d'amélioration de l'accès aux soins et services de santé,

de réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, de qualité et d'efficacité des prises en charge et de respect des droits des usagers ;

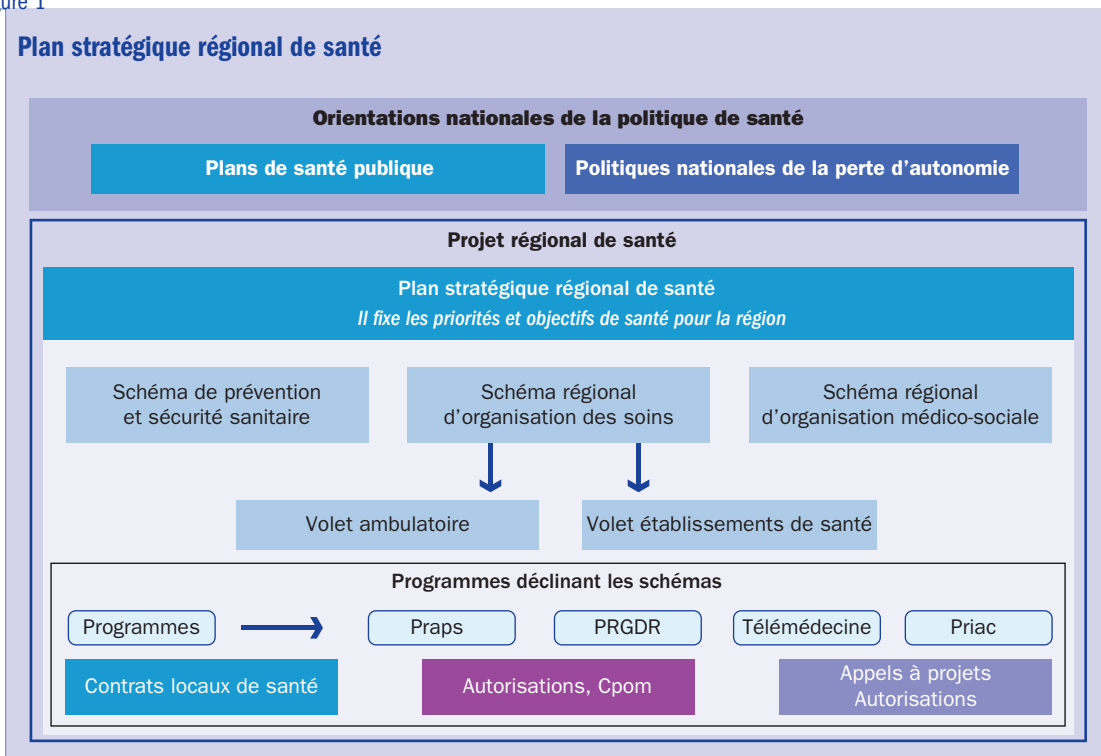
- des mesures de coordination avec les autres politiques de santé, notamment dans le domaine de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Ces mesures doivent être explicitées ;
- l'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional doit également être présentée à ce niveau ;
- les territoires de santé sont également définis par le plan stratégique régional de santé. Ils fondent la constitution des conférences de territoire.

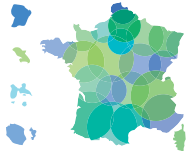
Les schémas régionaux d'organisation

Les schémas régionaux d'organisation définissent la programmation de l'offre de santé régionale dans les trois champs de la prévention, des soins et du médico-social.

Le schéma régional de prévention comporte deux volets. Le premier est consacré à l'organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires. Il est désigné par l'acronyme Vagusan. Le second est consacré à la prévention. Il prévoit les activités concourant à la promotion de la santé de l'ensemble de la population, la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques, la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique.

figure 1





Le volet prévention de ce schéma définit les orientations permettant d'améliorer dans chaque territoire de santé l'offre de services de prévention, les modalités du développement des métiers et des formations nécessaires à la prévention, ainsi que les modalités de coopération entre eux des champs sanitaire, social, et médico-social pour ce qui concerne la prévention.

Il prend également en compte les actions de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre dans les domaines de la santé scolaire et universitaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile par les collectivités, les organismes partenaires et les services de l'État.

L'offre de soins est organisée selon les schémas régional et interrégional d'organisation des soins. Ces documents de programmation ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique aux soins.

Le schéma régional d'organisation des soins concerne l'offre des soins hospitaliers opposables aux établissements de santé ainsi qu'aux autres titulaires d'autorisations d'activité de soins et d'équipement de matériels lourds. Il détermine les objectifs, les créations et suppressions pour chacune des activités et chacun des équipements soumis à autorisation, les transformations, les regroupements, les coopérations d'établissements et les délégations de missions de service public.

Pour mémoire, les activités de soins relevant des schémas régionaux d'organisation des soins sont :

- la médecine ;
- la chirurgie ;
- la périnatalité ;
- la psychiatrie ;
- les soins de suite et de réadaptation ;
- les soins de longue durée ;
- les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie ;
- la médecine d'urgence ;
- la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue ;
- le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- le traitement du cancer ;
- l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ;
- l'imagerie médicale ;
- les soins palliatifs ;
- les soins aux détenus.

Ce schéma comporte également un volet non opposable consacré à l'offre sanitaire ambulatoire. Il concerne les professionnels de santé libéraux, les maisons de santé, les centres de santé, les pôles de santé, les laboratoires de biologie médicale et les réseaux de santé.

Le schéma détermine les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition

géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé. Il prévoit également les modalités de coordination des soins et de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale proposée à la population. Il fixe aussi des objectifs pour assurer une offre de soins suffisante à tarifs opposables, ainsi que toute mesure de nature à améliorer l'efficacité de l'offre de soins.

Le schéma interrégional d'organisation des soins (Sios) ne fait pas, à strictement parler, partie du projet régional de santé. Sur le plan juridique, il s'agit d'un document autonome dont l'adoption fait l'objet d'une procédure de consultation distincte. Il est arrêté par les directeurs généraux des agences régionales de santé, après avis des conférences régionales de santé et d'autonomie de chacune des régions. Il concerne les activités de chirurgie cardiaque, de neurochirurgie, les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, le traitement des grands brûlés ainsi que les greffes d'organes et des cellules hématopoïétiques.

Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux afin de répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnement de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

Il veille à l'articulation au niveau régional des offres sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé ainsi que de leurs modalités de coopération.

Il est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale arrêtés par les conseils généraux.

Ce schéma est élaboré et arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé après consultation de la commission de coordination compétente dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux et les avis des présidents des conseils généraux.

Le schéma régional d'organisation médico-sociale constitue l'un des fondements de la nouvelle procédure d'autorisation des établissements et services médico-sociaux, qu'ils soient autorisés, exclusivement par le directeur général de l'agence régionale de santé, ou conjointement avec le président du conseil général. Ainsi, les porteurs de projets médico-sociaux désirant créer, procéder à une extension de grande capacité ou transformer leur établissement ou service médico-social en accueillant une catégorie de public différente doivent répondre à des appels à projets initiés par le directeur général de l'agence régionale de santé, ou conjointement avec le président du conseil général, établis sur la base des besoins de la population sur les différents territoires de santé. Cette procédure nouvelle d'appel à projets doit garantir une concurrence sincère, loyale et équitable entre les différents porteurs de projets. Elle permettra de répondre plus rapidement aux besoins et attentes des usagers, de

rendre publiques les priorités des décideurs et de faciliter l'innovation et l'expérimentation.

Les programmes d'application permettent la mise en œuvre opérationnelle du projet régional de santé. Ils prévoient les actions concrètes et les financements relatifs à un domaine d'intervention spécifique, parfois transversal, dont les mesures peuvent relever de plusieurs schémas.

Ainsi, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps), le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac), la télémédecine ou encore la gestion du risque assurantiel feront l'objet d'une programmation spécifique.

Le cas particulier de la gestion du risque assurantiel et sa mise en place en Paca

L'objectif général de la gestion du risque est d'améliorer la gestion du risque et d'améliorer l'état de santé de la population, tout en garantissant l'équilibre financier du système d'assurance maladie. Les domaines couverts sont la prévention, les soins et la prise en charge médico-sociale.

Cette activité fait référence et est encadrée par de nombreux textes, parmi lesquels : la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009, le décret du 18 mai 2010 relatif à la gestion du risque assurantiel, les conventions nationales organisant les rapports entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé, la convention d'objectifs et de gestion passée entre l'État et la Caisse nationale d'assurance maladie, les lois annuelles de financement de la Sécurité sociale et enfin les directives du Conseil national de pilotage des ARS.

Concrètement, au niveau régional, la gestion du risque assurantiel implique le directeur général de l'ARS, qui prépare, arrête et évalue le programme pluriannuel régional de gestion du risque, et les caisses et services médicaux de l'assurance maladie, qui sont les acteurs opérationnels des programmes de gestion du risque. Ces deux acteurs sont liés sur le terrain par une information réciproque et une coopération active autour de l'animation territoriale.

Des actions opérationnelles de gestion du risque sont, par exemple : la promotion de bonnes pratiques auprès des assurés sociaux et des professionnels de santé, la promotion d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique, la mise en place de programmes de contrôle du respect de la réglementation sur les conditions de prise en charge, ou encore des actions sur l'offre de soins, notamment sa coordination ou son implantation territoriale.

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque propose une formalisation et un engagement contractuel entre le directeur de l'ARS et les directeurs des organismes d'assurance maladie au plan régional autour d'une série d'actions concrètes. Les modalités de coopération entre ses acteurs sont définies par un contrat.

Avant d'être arrêté, le programme pluriannuel est préparé par la commission régionale de gestion du risque.

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque fait partie du projet régional de santé. Il a une durée de vie de quatre ans et peut, chaque année, faire l'objet d'une révision par avenants préparés dans les mêmes conditions que le programme.

Les contrats reprennent les dispositions du programme pluriannuel. Ils précisent les engagements de l'assurance maladie à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le projet régional de santé ainsi que les engagements de l'ARS à la définition et à la mise en œuvre des mesures prévues par le programme pluriannuel régional de gestion du risque. Le contrat est également conclu pour une durée de quatre ans et peut être révisé par avenants.

Dans la région Paca, une série d'instances ont été formalisées pour la mise en œuvre et le suivi de la gestion du risque.

La commission régionale de gestion du risque réunit les directeurs des caisses d'assurance maladie des trois principaux régimes, le directeur général de l'agence régionale de santé et les représentants de ses directions. Cette commission se réunit en formation plénière et restreinte et, en région Paca, une commission interne à l'ARS réunit les représentants de l'ensemble des directions et des délégations territoriales.

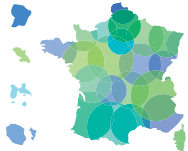
Une équipe projet régionale a été constituée afin de préparer les travaux de la commission sur un plan technique et coordonner les productions des différents groupes de travail. Elle est composée de représentants des organismes d'assurance maladie et de l'ARS.

Des groupes de travail thématique, de composition et de pilotage mixtes, suivent chacune des priorités régionales de gestion du risque.

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque se compose de deux parties. La première correspond aux programmes nationaux pilotés par les trois régimes d'assurance maladie composant l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La seconde décrit les actions régionales complémentaires issues du diagnostic régional et des priorités dégagées par le plan stratégique régional de santé.

Pour l'année 2011, les 10 priorités nationales de gestion du risque sont :

- les transports sanitaires ;
- l'insuffisance rénale chronique ;
- les médicaments et dispositifs en sus de la liste T2A ;
- les prescriptions hospitalières exécutées en ville ;
- l'imagerie médicale ;
- la chirurgie ambulatoire ;
- l'efficacité des établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes ;
- l'efficacité de la prescription dans ces mêmes établissements ;
- la permanence des soins ambulatoires et des urgences hospitalières ;
- les soins de suite et de réadaptation.



Dans la région Paca, les orientations stratégiques régionales sont :

- la définition et la conduite d'une politique de gestion du risque actif, dynamique, partagée, au service de la politique de santé régionale ;
- l'instauration de relations fructueuses avec les professionnels de santé et l'affichage d'une position commune de l'ARS et de l'assurance maladie ;
- le fait de favoriser au plan local le partage d'informations entre les délégations territoriales et les caisses d'assurance maladie des différents régimes.

Élaboration du projet régional de santé dans la région Paca

Nous avons souhaité, dans notre région, exploiter au maximum le nouvel environnement fourni par la loi Hôpital, patients, santé et territoires pour définir une politique régionale de santé et d'autonomie intégrée et cohérente. Aussi, nous avons fortement mis en exergue, dès le démarrage des travaux, une série de « valeurs » qui fonderont le travail de l'agence :

- le développement d'une vision globale de la santé qui va de la prévention aux soins, en passant par l'accompagnement médico-social et la prise en charge sociale de la population ;
- la réduction impérative des inégalités, notamment dans les domaines social, sanitaire et géographique ;
- le développement de synergies entre les différents intervenants du domaine de la santé, notamment les services de l'État, l'assurance-maladie et les collectivités locales et territoriales ;
- le développement de l'innovation, le souci permanent de l'efficacité, qui combine l'amélioration constante de la qualité et de la sécurité et le respect des contraintes financières.

L'organisation du travail autour de l'élaboration du projet régional de santé repose sur deux principes : la transparence et la concertation. Aussi, nous avons mis en place une gouvernance claire du projet et un programme de travail qui consacre une large place à la concertation.

La gouvernance du projet régional de santé s'articule en trois niveaux : la décision, la coordination et la conception.

Le management général et la responsabilité politique du dossier sont confiés au directeur général adjoint, qui rapporte au comité de direction et au directeur général de l'agence.

La coordination du travail s'organise autour d'un comité de pilotage spécifique présidé par le directeur de la stratégie et de la prospective. Ce comité supervise l'élaboration de l'ensemble du projet et coordonne les travaux des directions et des chefs de projets transversaux.

Ainsi, le plan stratégique régional de santé a été élaboré par la direction de la stratégie et de la prospective en lien avec l'ensemble des directions de l'agence, la conférence régionale de santé et de l'autonomie, les

commissions de coordination, et les partenaires — notamment l'observatoire régional de la santé et le comité régional d'éducation à la santé.

Chacun des six domaines stratégiques prioritaires retenus dans le cadre du plan stratégique a été confié à un chef de projet transversal. Chaque chef de projet est chargé de proposer une doctrine et une série d'objectifs prioritaires qui, après validation par le directeur général, serviront à la préparation des schémas d'organisation. Les domaines stratégiques sont les inégalités de santé, le handicap et le vieillissement, la périnatalité, la petite enfance, la santé mentale, les addictions, les maladies chroniques et le risque sanitaire. Le domaine stratégique de l'efficacité a été ajouté à ses six priorités.

La conception des schémas sectoriels d'organisation est attribuée à la direction « métier » compétente. Une organisation standard du travail a été définie. Chaque schéma est dirigé par un comité de pilotage spécifique, présidé par le directeur « métier » idoine. Il est animé par une équipe projet qui réunit, outre les services de l'agence concernés, nos partenaires institutionnels. Enfin, des groupes de travail techniques élaborent concrètement le schéma. Ils sont composés d'agents de l'ARS et de l'ensemble des partenaires et acteurs de santé compétents sur le domaine traité. C'est à ce niveau qu'intervient la coopération technique avec les unions régionales des professionnels de santé.

La concertation est un point essentiel de l'élaboration du projet régional de santé. De sa qualité dépendra notre capacité à appliquer les mesures prévues par le projet, ainsi que notre capacité à entraîner nos partenaires autour de cette politique régionale de santé. C'est pour cette raison que nous avons souhaité conserver un peu d'avance sur l'agenda officiel afin de donner toute sa place à la concertation et nous laisser la possibilité de reprendre, le cas échéant, les différents documents du projet, notamment le plan stratégique régional de santé.

De la même manière, chaque réunion de la conférence régionale de santé et de l'autonomie ou des commissions de coordination fait l'objet d'un point d'information sur le lancement de l'élaboration du plan stratégique et des schémas. Des temps de travail spécifiques ont été réservés avec les commissions spécialisées et la commission permanente de la CRSA. Un questionnaire en ligne a permis de recueillir l'avis de tous les membres de la CRSA sur les priorités retenues dans le cadre du plan stratégique régional de santé.

Une attention particulière a également été portée aux représentants de l'État et aux élus de la région qui ne siègent pas nécessairement dans les différentes instances de démocratie sanitaire sollicitées dans le cadre de la concertation officielle.

Enfin, des conférences de presse régulières sont organisées afin de proposer à la population des points d'information réguliers sur l'avancement des travaux relatifs au projet régional de santé. 📢

Les systèmes d'information au service des agences régionales de santé

Depuis 2009, une profonde réforme de l'administration des secteurs sanitaire et médico-social a été instituée. D'une part, vingt-six agences régionales de santé (ARS) se sont vu confier l'administration par région de ces secteurs, englobant aussi la veille sanitaire et le champ santé-environnement. De ce fait, leurs besoins en systèmes d'information (SI) se sont potentiellement étendus et accrus.

D'autre part, parallèlement, deux agences nationales ont été constituées :

- l'Agence des systèmes d'information partagés de santé, l'Asip Santé ;
- l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) ;

D'autres partenaires régionaux contribuent, sous différentes modalités conventionnelles, à répondre aux besoins des ARS (ORS, CREA(H)I).

Après avoir décrit les missions de ces acteurs dans le domaine, nous présenterons les principaux systèmes d'information en santé actuellement disponibles, en distinguant les SI d'aide à la décision et les SI « outils » (notamment référentiels, modèles économiques).

Il est à noter que certains SI ne sont pas encore déployés dans toutes les régions, mais que les SI sont actuellement une priorité dans laquelle les agences nationales s'investissent.

L'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip Santé)

L'Agence des systèmes d'information partagés de santé, l'Asip Santé, est un groupement d'intérêt public (GIP article L. 1111-24 du Code de la santé publique), constitué pour une durée de quinze ans, créé par arrêtés en septembre puis novembre 2009, à partir du GIP-Dossier médical personnel (GIP-DMP). Son objet est de favoriser le développement des systèmes d'information partagés dans les domaines de la santé et du secteur médico-social, au service de la qualité des soins. Outre les missions de l'ex-GIP-DMP, cette agence nationale assumera celles du GIP-Carte professionnelle de santé (GIP-CPS) et du secteur « interopérabilité » de l'ex-Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH).

L'Asip Santé couvre donc à la fois le champ des systèmes d'information hospitaliers, pour lesquels elle peut jouer un rôle de maîtrise d'ouvrage, et celui des systèmes d'information santé pour les professionnels libéraux et le public. Elle intègre la mise en œuvre de dispositifs de sécurité (identification, authentification, signature et chiffrement) nécessaires pour assurer la protection de la confidentialité des données et renforcer la confiance des utilisateurs.

L'Asip Santé élabore des référentiels (sécurité, interopérabilité, identification), assiste les promoteurs, gère par appel d'offres des fonds pour des projets d'investissement dont elle suivra la mise en œuvre et l'évaluation.

C'est pourquoi l'Asip Santé établit des échanges soutenus avec les équipes Systèmes d'information des agences régionales de santé (ARS).

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap)

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) regroupe les expertises de l'essentiel du GMSIH, de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH).

Instituée par la loi 2009-879 dite « HPST », « l'Anap a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu [...] aux usagers, en élaborant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion [...] et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses » (loi n° 2009-879, art. 18). Dans le cadre de son programme d'activité, l'Anap assure notamment les missions suivantes :

- Accompagner les établissements dans leurs projets Systèmes d'information ;
- Améliorer la performance de 100 pôles en accompagnant leurs managers ;
- Constituer, avec les ARS, un observatoire national de la performance des établissements ;
- Développer le pilotage de la performance dans le secteur médico-social ;
- Mettre en œuvre un programme d'accompagnement au changement du système de santé (PACSS).

L'Anap collabore étroitement avec les ARS dans la mesure où leurs objectifs sont partagés :

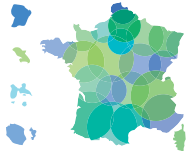
- l'Anap servira de « boîte à outils », en fournissant des référentiels et des méthodologies ;
- les ARS joueront le rôle démultiplicateur pour permettre à l'Anap d'augmenter son impact sur les établissements de santé et médico-sociaux.

Les autres partenaires régionaux

Les observatoires régionaux de la santé (ORS)

Les ORS sont, à deux exceptions près (dont l'ORS Ile-de-France), des associations selon la loi 1901. Ils regroupent des équipes pluridisciplinaires. De nombreux administrateurs, conseillers scientifiques et experts participent aux activités des ORS. Le budget global des

Patrick Olivier
Directeur de la stratégie de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France



26 ORS s'élève à 17 millions d'euros en 2009, dont près de 43 % proviennent de l'État (Fnors, 2010). Les conseils régionaux participent à hauteur de 25 % du budget global, la contribution des ARS varie selon les régions en fonction de conventions de partenariat. Leurs principales missions sont la collecte et le traitement de données épidémiologiques, les synthèses sur des pathologies d'intérêt régional, l'observation des pathologies et de la démographie des professions de santé, l'aide à la décision.

Les centres régionaux d'études et d'animation sur le handicap et l'insertion Ile-de-France (CREAHI)¹

Les centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (CREAI), créés en 1964, ainsi que les CREAHI qui en sont issus (celui d'Ile-de-France a été constitué en 2009 à travers une commission spécialisée), répondent à deux grandes fonctions :

- faire valoir des observations sur l'application des politiques sociales, médico-sociales et sanitaires, sur l'impact de ces politiques et les besoins de la population ;

- être un espace d'échanges et d'analyses régionales.

« Les CREAI ont pour mission principale d'être des lieux de repérage et d'analyse des besoins et d'étude des réponses à y apporter, des lieux de rencontre et de réflexion entre les élus, les représentants des forces sociales et ceux des administrations concernées, de fournir des analyses et des avis techniques aux décideurs, ainsi qu'aux gestionnaires des établissements et services². » Le fonctionnement des CREAI s'inscrit dans le cadre de la loi 1901 sur les associations avec quelques aménagements. Les CREA(H)I ont produit des études de qualité pour l'information des ARS dans le domaine médico-social.

Les principaux systèmes d'information santé

Les systèmes d'information à visée décisionnelle

Parmi les multiples systèmes d'information auxquels ont recours le secteur sanitaire et le secteur médico-social, les SI à visée décisionnelle présentent un objectif commun : celui de traiter, de stocker, d'analyser des données de santé pour aider à la prise de décisions par les managers ou les autorités administratives. Dans le contexte économique actuel, ces outils tiennent une place incontournable dans le management de la santé. Cependant, ces entrepôts (« datawarehouses »), ces magasins (« datamarts ») ou ces bases (« databases ») de données peuvent répondre à des caractéristiques hétérogènes :

- sources administratives et/ou médicales, plus ou moins validées, plus ou moins exhaustives,
- historiques plus ou moins anciens, plus ou moins consolidés,

1. Quelques CREAI sont devenus CREAHI, dont Ile-de-France, Aquitaine, Champagne-Ardenne. La plupart des autres sont restés des CREAI. Mais ils sont tous affiliés à l'association nationale, l'ANCREAI.

2. Note de service du 13 janvier 1984.

- architectures (bases relationnelles, bases-orientées-objets, etc.),

- modes d'accès (requêtes par des progiciels différents, clés de tri, délais d'extraction),

- possibilité de sorties plus ou moins élaborées (graphiques, ou tableaux, ou graphes multidimensionnels).

Les fonctions principales des SI décisionnels sont :

- La collecte des données : saisie directe de données brutes, ou bien plutôt extraction-transformation-chargement (ETC ou, en anglais, ETL) après anonymisation à partir d'environnements pertinents (par exemple, extraction à partir des données brutes des relevés informatisés de liquidation des remboursements), avec éventuel recodage intégration — concentration des chaînes de données dans un espace unique, entrepôt, où les applications pourront travailler. Elle s'accompagne habituellement d'une validation, d'une synchronisation, d'une certification et permet l'interopérabilité entre les différentes ressources.

- La distribution : mise à la disposition de groupes d'utilisateurs d'une partie des données selon des profils structurés. Elle débouche sur la fourniture d'outils de « reporting » selon le profil des utilisateurs. Par exemple, des hypercubes Olap³.

- La présentation : conditions d'accès finales aux informations, liées au contexte du terminal de travail qui actuellement peut être de plusieurs types.

- L'administration : fonction transversale qui garantit la bonne marche des autres, à travers les mises à jour, la documentation (« métadonnées »), la sécurité, les sauvegardes, les alertes.

Dans l'univers de la santé en France, les SI décisionnels les plus significatifs issus de l'assurance maladie ou de l'État sont les suivants :

- Finess (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux) est une base de donnée administrative nationale, hiérarchique, recensant les établissements sanitaires, publics ou privés, avec leur capacité (nombre de lits, de places...). Elle est en cours d'évolution vers l'inclusion des établissements médico-sociaux et sociaux.

- Adeli est un annuaire des professionnels de santé en cours d'extension (aux professionnels des établissements sanitaires) et de substitution par le RPPS (Répertoire permanent des professionnels de santé), qui est utilisé parallèlement par les ordres professionnels.

3. Un hypercube Olap (ou cube Olap) est une représentation abstraite d'informations multidimensionnelles exclusivement numérique utilisée par l'approche Olap (acronyme de *On-line Analytical Processing*). Cette structure est prévue à des fins d'analyses interactives par une ou plusieurs personnes (souvent ni informaticiens ni statisticiens) du métier que ces données sont censées représenter. Les cubes Olap ont les caractéristiques suivantes :

- faculté d'obtenir des informations déjà agrégées selon les besoins de l'utilisateur ;

- simplicité et rapidité d'accès ;

- capacité de manipuler les données agrégées selon différentes dimensions ;

- utilisation des fonctions classiques d'agrégation — minimum, maximum, effectif, somme, moyenne — mais aussi capacité d'utiliser des fonctions d'agrégation spécifiques.

En particulier, ce dernier inclut un numéro identifiant permanent qui accompagnera le professionnel même en cas de changement d'implantation.

- PMSI (Programme médicalisé des systèmes d'information), une base de données nationale destinée à l'activité des établissements sanitaires qui décrit les séjours, les venues, les consultations, les actes, les séances, associées à des variables sociodémographiques et médicales (notamment code diagnostique selon la Classification internationale des maladies 10^e révision – CIM10).

- Érasme régional est une base de données régionale destinée, d'une part, au pilotage des caisses primaires d'assurance maladie, d'autre part, au contrôle médical interne. Elle stocke des données brutes, permettant d'extraire l'activité des caisses globalement et au niveau individuel anonymisé des bénéficiaires, des professionnels libéraux et des établissements de soins privés.

- Sniiram (Système national d'informations interrégimes de l'assurance maladie) : le champ de ce véritable entrepôt de données couvre à la fois l'activité des établissements sanitaires directement issue du PMSI et celui du secteur ambulatoire.

Les principaux objectifs d'Érasme et de Sniiram sont :

- la description et l'analyse de la consommation de soins à des niveaux fins ;
- la simulation de l'impact de changements dans le système d'assurance maladie à des fins de régulation ;
- l'étude de la gestion des risques sanitaires ;
- l'information aux professionnels de santé sous forme d'indicateurs.

Des myriades de données, issues de la liquidation des prestations par les caisses primaires, renseignent en cascade notamment les actes de consultation, les traitements prescrits avec leurs dates, leurs codes de principe actif et leurs quantités, les examens complémentaires : ces vues d'ensemble permettent de décrire des consommations de soins pour des groupes d'individus ou des comportements pour des groupes de prescripteurs. L'analyse de ces données requiert des extractions au niveau des magasins de données et selon différents profils. Les résultats, médicaux ou comptables, peuvent être présentés sous forme de tableaux à multiples entrées ou encore de graphes multidimensionnels (hypercube Olap) : ils concernent des bénéficiaires, des professionnels de santé, des établissements. Les caisses nationales d'assurance maladie, à l'initiative de la construction de ce vaste univers, entreprennent de le mettre progressivement à la disposition d'autres institutions nationales ou régionales du monde de la santé publique.

Cependant, à ce jour, les ARS ne disposent pas d'outils pour suivre les trajectoires de soins

En particulier, l'accès à des données de santé à l'échelon du professionnel de santé et du patient reste problématique. Le rapprochement de ces données de consommations de soins sollicitera plusieurs acteurs, dont les collectivités territoriales (pour les secteurs social et

médico-social). Par ailleurs, les modèles correspondant aux parcours de soins sont encore à perfectionner.

Des registres de cas, installés à l'échelle régionale ou départementale et souvent coordonnés par l'Institut national de veille sanitaire (InVS), visent à colliger tous les nouveaux cas d'une pathologie (par ex., cancer du sein) ou d'un ensemble de pathologies (par ex., tous cancers). Ils contribuent à des indicateurs épidémiologiques, notamment l'incidence et ses facteurs associés.

Un échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie, adossé au Sniiram et regroupant 530 000 bénéficiaires suivis depuis six ans, est surtout un outil de recherche. Il résulte d'un sondage au 1/97 appliqué tous les trimestres au référentiel des bénéficiaires du régime général (à terme, de l'ensemble des régimes). Cet échantillon permanent vise à analyser la consommation de soins, hospitalière et ambulatoire, avec une mise à jour mensuelle. À l'échelle métropolitaine, il peut fournir une estimation des coûts des soins « hospitalisation et ambulatoire » pour une pathologie donnée (ex., diabète type 2), une estimation des coûts des actes de diagnostics complémentaires, une étude des parcours de soins postopératoires après chirurgie spécialisée, etc.

Cependant, les résultats de l'EGB ne sont pas représentatifs à l'échelon régional

Parmi les progiciels d'aide à la décision et d'appui à la performance, le projet Diamant, porté par l'ARS IDF pour le compte du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, est fondé sur un portail composé d'un espace commun à l'ensemble des ARS présentant des indicateurs et tableaux de bord communs (issus de neuf sources distinctes) et d'un espace privé pour chaque ARS permettant la diffusion régionale de documents et la gestion des données. Il est destiné aux experts et aux référents Diamant ; s'y ajoutent des cubes permettant aux référents et experts de chaque ARS de réaliser des tableaux croisés en fonction des besoins.

Par ailleurs, la veille sanitaire dispose d'une plateforme nationale de gestion des signaux.

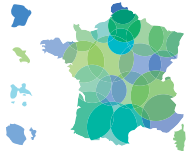
D'autres informations techniques sont employées pour faire évoluer une application dans le cadre d'une « administration des bases de données » : il s'agit d'indications sur le format de la donnée (« typage »), les conditions de mise à jour, l'entité habilitée à la mettre à jour.

Dans le champ santé-environnement, d'autres bases opérationnelles sont couramment sollicitées, notamment :

- Systèmes d'information en santé-environnement (Sise)-Eaux : base nationale de données sur les eaux d'alimentation, elle consolide, à fréquence hebdomadaire, l'ensemble des données relatives au contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine, collectées sur l'ensemble du territoire⁴.

- Sise-Évaluation risques sanitaires dans les études d'impact (Ersei). L'objet de cette application Sise-Ersei est la collecte, l'analyse et la gestion des données

4. Circulaire DGS/EA4/MSI/2010-80 du 3 mars 2010 relative à la définition du rôle des structures de support du système d'information en santé-environnement sur les eaux.



d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact⁵. Sise-Ersei permet aux acteurs impliqués :

- la saisie structurée des données des dossiers d'étude d'impact pour faciliter la rédaction de l'avis réglementaire ;
- la consultation de l'ensemble des dossiers et avis au niveau national ;
- la réalisation de bilans d'activité et autres statistiques.

Les modules fonctionnels de l'application sont : gestion des dossiers, gestion des procédures, recherche des données de référence, administration, aide en ligne, statistiques.

- Adresses à risque d'insalubrité agrégées nationalement pour l'exploitation (Ariane) : suivi des procédures d'inspection en matière d'habitat insalubre.

Les outils des systèmes d'information

Référentiels

Les référentiels d'un système d'information sont un ensemble de données (dites « métadonnées ») dont l'ensemble des applications se nourrissent pour fonctionner. Les « données de référence » regroupent identifiants des établissements, des professionnels de santé, classifications diagnostiques et groupages de séjours — groupes homogènes de malades (GHM), groupes homogènes de séjour (GHS) —, nomenclatures des actes (classification commune des actes médicaux), annuaires (des ressources, des équipements lourds...), etc. Ces métadonnées sont décrites dans un dictionnaire de données et sont stockées physiquement dans une base de données spécifique (dite aussi « groupware »), où les applications peuvent les retrouver en tant que de besoin. Ainsi, parmi des référentiels au service des ARS, dont certains sont en cours de développement ou de déploiement, on peut citer la base Finess (identifiants des établissements), les répertoires de professionnels de santé Adeli et RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé), le Répertoire opérationnel des ressources (ROR), annuaire de l'offre de soins réelle sur une région (en commençant par celle des soins d'urgence) destiné aux structures intra- et extra-hospitalières incluant tous les services hospitaliers et, dans un autre registre, Arhgos, un catalogue des autorisations d'activité des établissements et des professionnels de santé.

Urbanisation et régulation

L'urbanisation du système d'information des ARS consiste à faire évoluer globalement leur système d'information afin de garantir sa cohérence vis-à-vis des objectifs et des métiers, en prenant en compte les contraintes externes et internes, tout en se servant des opportunités de l'état de l'art informatique. L'urbanisme définit des règles ainsi qu'un cadre cohérent, stable et

5. Circulaire DGS/EA1/DAGPB n° 2007-361 du 1^{er} octobre 2007 relative à l'application informatique Sise-Ersei, système d'information en santé-environnement destiné à la collecte, l'analyse et la gestion des données de l'activité d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact des services déconcentrés.

modulaire, auquel les différentes parties prenantes se réfèrent pour toute décision d'investissement liée au management du système d'information. Cette démarche, pourtant encore émergente dans les systèmes d'information des ARS, peut être notamment illustrée par la relation entre d'une part les ARS et d'autre part l'Agence technique de l'information hospitalière dont le siège est à Lyon et qui gère des référentiels, re-traite les données du PMSI, puis les met à la disposition des agences régionales de santé.

Modèles économiques

L'approche économique des systèmes d'information en santé suscite encore une réflexion, même si le secteur est considéré de manière consensuelle comme un investissement prioritaire. On peut distinguer, d'une part, les modes de financement, d'autre part, l'évaluation des projets.

Financements

Les crédits à cette fin sont habituellement attribués à la suite d'appels à projets, mais peuvent éventuellement être issus d'enveloppes complémentaires à celles de la tarification à l'activité. Les financements publics visent en priorité à soutenir l'investissement *via* des programmes ministériels du type Hôpital 2012 ou des programmes des agences nationales (Asip-S), attribués par appels d'offres dédiés.

Évaluation des systèmes d'information santé

L'évaluation de l'impact des SIS sur la qualité des soins est encore en gestation. Elle pourrait s'inspirer des méthodes en vigueur dans le domaine des technologies de santé en tenant compte de la taille des projets et de la multiplicité des facteurs intercurrents. Il s'agirait de traiter à la fois l'évaluation des coûts-bénéfices — comparaison des coûts liés à un projet de SI (en euros) et des retours (également évalués en euros) — et coûts-avantages : comparaison des coûts liés à un projet de SI (en euros) et des retours (évalués en services rendus).

Conclusion

Pour conclure (provisoirement) cette synthèse, une gigantesque boîte à outils a donc été construite sur une longue période à la suite d'investissements de multiples acteurs (en particulier de l'assurance maladie). Un chantier essentiel complémentaire pour les ARS consiste en la mise en œuvre d'un meilleur accès à ces données à un niveau plus fin et longitudinal. La question légitime de savoir à quel(s) outil(s) avoir recours et de quelle façon n'a pas de réponse uniforme, mais nécessite plutôt une étude préalable au cas par cas : souvent, la combinaison de plusieurs bases est requise pour répondre à une question précise, telle que la ventilation des consommations entre différents secteurs et leurs coûts respectifs.

Cependant, le recours combiné à ces outils requiert de l'expertise, des moyens informatiques... et du temps (d'homme qualifié et de machine), ce à quoi il est parfois judicieux de sensibiliser les décideurs.

Réforme de la gouvernance régionale : quel impact sur le pilotage national ?

La création d'un pilotage unifié en région des politiques de santé, via les ARS, ne peut être sans effet sur l'organisation du pilotage national. Cette affirmation de bon sens a été rappelée par la ministre, M^{me} Bachelot-Narquin, lors de la présentation du projet de loi au Sénat : « *En ce qui concerne le pilotage national, on ne peut, à l'évidence, fédérer le pilotage territorial de notre système de santé en laissant, comme c'est le cas aujourd'hui, le niveau national organisé en "tuyaux d'orgue" cloisonnés. Cela implique un pilotage stratégique fort en termes d'objectifs fixés aux ARS, de cohérence des instructions qui leur sont données, d'élaboration des contrats, de suivi de leurs actions et d'évaluation de leurs résultats.* »

La réforme du niveau territorial devait également s'accompagner d'une réforme du niveau national. C'est de cette conviction qu'est né le Conseil national de pilotage des ARS, créé par l'article L. 1433-1 du Code de la santé publique. C'est autour de ce conseil et de son secrétariat, assuré par l'équipe de la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, que se construisent progressivement le pilotage national des ARS et l'équilibre indispensable à construire entre celui-ci et la nécessaire marge d'autonomie à conserver à ces nouvelles autorités sanitaires en région. Le sens même de la réforme dépendra de la nature de cet équilibre.

La mise en place d'un pilotage national des ARS

Enjeux

Si les débats se sont beaucoup concentrés sur le volet territorial de la réforme du pilotage des politiques de santé, à savoir les ARS, la question de l'organisation de ce pilotage au niveau national ne pouvait non plus être écartée. En effet, on imagine mal une unification au niveau régional des compétences en santé qui ne s'accompagne pas d'un même effort de mise en cohérence au niveau national.

Comment, en effet, demander aux ARS de définir et conduire une politique de santé cohérente et unifiée sur leur territoire si les orientations et directives nationales, qui servent de guide à cette politique, restent elles-mêmes éclatées, sans aucun filtre permettant d'assurer leur cohérence d'ensemble avant leur transmission aux ARS ?

Ce serait finalement condamner les ARS à un exercice fastidieux et aléatoire de remise en cohérence d'orientations et directives nationales, construites et diffusées elles-mêmes de façon cloisonnée et isolée, sans certitude d'ailleurs de pouvoir y arriver. Les ARS ne pouvant alors assimiler et s'approprier l'ensemble de ces orientations et directives par trop disparates, il est à craindre qu'elles procèdent, comme leurs prédécesseurs, par la pratique

du tri, du « classement vertical », sélectionnant celles qu'elles peuvent intégrer facilement dans leur propre politique et « délaissant » les autres. Sans garantie dans ce cas que les grands enjeux nationaux de santé publique se retrouvent dans toutes les politiques conduites en région et que toutes les régions se fassent l'égal relais des orientations et directives nationales.

La non-organisation du pilotage national, parallèlement à la mise en place des ARS, ne pourrait alors que conduire, soit à désorganiser le travail des ARS qui chercheraient à intégrer l'ensemble des orientations nationales, soit à la totale autonomisation des ARS par rapport aux politiques nationales, pour celles qui renonceraient à cet exercice.

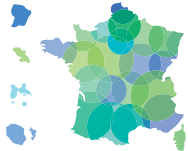
Les modalités : CNP versus ANS

Fort de ces enjeux, la réforme des ARS a dès le départ intégré un volet national. Les débats ont de fait moins porté sur le principe d'un pilotage national (encore que) que sur ses modalités et notamment sur la constitution ou non d'une Agence nationale de santé (ANS).

La question du pilotage national n'est pas consensuelle. Elle conduit à mettre en place des mécanismes pouvant conduire à rediscuter des orientations définies au sein d'une direction d'administration centrale ou d'une caisse nationale donnée. Cette rediscussion est admise, avec réticence parfois, lorsqu'elle vient du pouvoir politique, c'est-à-dire du ministre ou de son cabinet. Elle l'est beaucoup moins lorsqu'elle est confiée à un processus administratif, nécessairement piloté par une instance administrative, qui se voit ainsi confier un rôle de *primus inter pares*. C'est le cœur du débat autour de la constitution et du rôle des secrétariats généraux des ministères, sur lequel il n'y a pas lieu de revenir ici. On comprend donc la sensibilité de cette question, qui touche à des équilibres entre les pouvoirs centraux. Cela explique que les arbitrages ont sans doute été plus longs à former que ceux sur les ARS elles-mêmes. Cela explique, pour partie, un certain retard dans la mise en place du pilotage national.

Ces débats, qui n'ont de fait jamais totalement cessé, ne sont pas ceux qui ont occupé les discussions publiques. Celles-ci se sont concentrées sur la question de la création ou non d'une ANS. Cette proposition consistait à aller au bout de la logique d'unification des politiques nationales de santé, reproduisant au niveau national la réforme qui était mise en place au niveau régional via les ARS. Cette ANS, constituée à partir des services de l'État et de l'assurance maladie en charge des questions de santé au plan national, aurait alors, par délégation du ministre de la Santé et dans le cadre d'une convention d'objectifs, été chargée de mettre en

Cécile Courreges
Directrice générale
de l'ARS de Bourgogne



œuvre les objectifs nationaux de la politique de santé et de piloter la régulation globale du système de santé. Les ARS auraient alors constitué ses relais en région. Il faut relever, au passage, que les partisans d'une ANS ne s'accordaient pas tous sur un seul et même modèle.

L'idée d'une ANS a été toutefois rapidement écartée et n'a jamais été reprise dans le cadre du projet de loi Hôpital, patients, santé et territoire, malgré les différents amendements allant dans ce sens. L'ANS a été jugée en effet comme porteuse d'une logique trop « techniciste » des questions de santé, négligeant la sensibilité politique très forte de celles-ci, qui fait qu'un ministre ne pouvait en faire totale délégation à une agence, certes liée à lui par contrat d'objectifs, mais en grande partie autonome dans son fonctionnement quotidien. La ministre a définitivement mis fin à cette idée, en expliquant qu'elle ne serait pas la ministre qui fermerait l'avenue de Ségur, c'est-à-dire le ministère de la Santé.

L'ANS écartée, mais la question du pilotage national toujours prégnante, un autre modèle a été présenté, celui reposant sur une coordination des différentes administrations centrales et caisses nationales, sous l'autorité des ministres. C'est ainsi qu'est né le comité de coordination des ARS, rebaptisé par le Parlement Conseil national de pilotage (CNP) des ARS. Il est chargé de par la loi de « *donne(r) aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs. Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences. Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux* » (art. L. 1433-1 CSP).

À la différence d'une ANS, le dispositif de pilotage national retenu par la loi HPST organise une coopération entre plusieurs pouvoirs centraux conservés et ne les remet pas en cause en les fondant dans une seule et même institution. Il est attendu que ce qui est perdu en cohésion interne soit gagné en force d'initiative et de responsabilisation.

Les premiers pas du pilotage national

Des instances de dialogue et de coordination ont été mises en place à toutes les étapes du projet, pour appuyer d'abord la conduite de projet nationale, puis la mise en place des ARS, et enfin aujourd'hui l'exercice de leurs missions en région. Ainsi, pendant la phase projet des ARS, a été constitué un comité de pilotage (Copil), regroupant, sous la présidence des ministres, les directions d'administration centrale et caisses nationales d'assurance maladie, les grands partenaires politiques (présidents des commissions des affaires sociales des assemblées, rapporteurs de la loi, grandes associations nationales d'élus) et des personnalités qualifiées, notamment les auteurs des deux rapports

de référence sur les ARS. De façon très régulière, se réunissait le comité exécutif du projet ARS (Comex), réunissant directions et caisses nationales, sous la présidence cette fois du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.

Ces différentes instances ont laissé place, avant même la création des ARS, à l'installation du Conseil national de pilotage des ARS, dont la première réunion a eu lieu en juillet 2009. Il est présidé par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées (par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales en leur absence) et réunit l'ensemble des directions d'administration centrale des ministères chargés des affaires sociales et les caisses nationales d'assurance maladie des trois régimes, ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Ces travaux sont préparés par un comité permanent présidé par le secrétaire général et réunissant les mêmes membres ou leurs représentants.

Le CNP, depuis sa création, se réunit à un rythme extrêmement soutenu, imposé par le rythme même de mise en place de la réforme, mais aussi par la mission que lui confère la loi de valider l'ensemble des instructions données aux ARS. Or, en phase de mise en place, celles-ci sont particulièrement abondantes, nécessitant de nombreuses réunions du CNP.

Parallèlement, les ARS sont elles-mêmes réunies au moins mensuellement au niveau national, sous l'égide du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, en associant les autres membres du CNP, permettant ainsi des échanges directs et collectifs réguliers.

L'équilibre régional/national

ARS d'un côté, CNP de l'autre, c'est dans ce cadre que le nouveau dialogue et le nouvel équilibre entre le niveau national et le niveau régional doivent se mettre en place.

Politique nationale versus politique régionale ?

Toute la réforme des ARS repose sur un projet politique qui est celui de la déconcentration des décisions en santé. C'est ce qui justifie à la fois l'ampleur de la réforme (regroupement de sept organismes différents) et le statut donné à l'ARS, constituée sous la forme d'un établissement public administratif, dotée donc d'une personnalité morale et d'une responsabilité de gestion propres. Il s'agit ici de mettre en place en région des autorités de santé disposant de compétences et de moyens sans précédents, afin de leur permettre de porter sur leur territoire l'ensemble des enjeux mettant sous tension aujourd'hui les politiques de santé, et en finir ainsi avec la remontée systématique de toutes ces questions au niveau national.

Pour cela, elles doivent être en mesure de définir les priorités de santé en région et les actions qui en découlent. Leur premier acte fondateur sera donc la définition de la stratégie régionale de santé, qui prendra place au sein du projet régional de santé (PRS), créé

par la loi et sur l'élaboration duquel toutes les ARS sont aujourd'hui très fortement mobilisées avec leurs partenaires.

Déconcentration ne veut toutefois pas dire décentralisation. Les ARS restent des organismes d'État, chargés de mettre en œuvre sur leur territoire les priorités nationales de santé. La politique régionale de santé doit, en effet, se nourrir à la fois de ces grandes priorités nationales (cancer, Alzheimer, etc.) et des priorités identifiées en région. C'est à ce subtil équilibre que les ARS sont aujourd'hui appelées. On voit bien qu'il est d'un côté difficilement concevable de laisser l'organisation du dispositif général de dépistage du cancer à la seule initiative des ARS, même si ce sont elles qui en assureront le portage sur le terrain, mais qu'il est tout autant difficilement concevable aujourd'hui de demander à toutes les régions de se mobiliser de façon égale sur l'ensemble des enjeux de santé. Comment demander à la région Bourgogne, très étendue, très rurale et à faible densité de population, avec dans l'ensemble des indicateurs moyens de santé, de conduire la même politique que la région Nord-Pas-de-Calais, très urbaine, fortement peuplée et aux indicateurs de précarité et de santé très dégradés ?

Pourtant, c'était bien ce qui était demandé dans le passé, dans le cadre d'une gestion essentiellement pilotée par voie de directives et circulaires nationales, uniformes. Et on sent bien que dans un pays de tradition jacobine, vivant sur un mythe fondateur qui est celui de l'égalité de tous devant la loi, devant les questions de santé, il est encore souvent difficile d'imaginer que, sur deux points différents du territoire national, une même politique publique puisse trouver des expressions différentes.

Les débats au Parlement ont été très illustratifs de ces différences de conception. D'un côté, ceux qui ont œuvré pour remettre au cœur des missions des ARS les objectifs de la politique nationale de santé, allant pour certains jusqu'à contester la notion de politique régionale de santé et un quelconque rôle de définition de ces politiques par les ARS. De l'autre, ceux qui ont défendu cette conception de politiques régionales de santé, permettant à la fois d'intégrer les priorités nationales, mais aussi de prendre en compte les spécificités régionales, dont le PRS représente l'incarnation.

Tout l'article 118 de la loi HPST sur les ARS est teinté de la recherche de ce subtil équilibre et ceux qui en auront une lecture attentive pourront y identifier, disposition par disposition, les différences de sensibilité sur cette question fondamentale, qui a été au cœur des débats, soit de façon ouverte, comme sur l'article sur les missions des ARS, ou de façon plus sous-jacente. En toile de fond de ce débat sur l'équilibre entre politique nationale et politique régionale, se posent les questions de démocratie sanitaire. Il est bien sûr plus facile d'impliquer dans les décisions à prendre ceux qu'elles concernent, en travaillant à leur définition plutôt qu'au niveau territorial qu'au niveau national.

Un nouveau cadre de dialogue : le CPOM

Au-delà des textes et de l'équilibre qu'ils ont atteint entre responsabilités nationales et régionales, la mise en place des ARS induit un changement profond de cadre pour le dialogue entre ces deux niveaux d'exercice.

Des ARS autonomes dans leur statut, responsabilisées sur leurs missions et objectifs, renforcées sur leurs compétences et moyens, ne peuvent pas être pilotées par voie de circulaires et instructions descendantes. Elles ont désormais leur mot à dire et en ont les moyens, disposant de réelles capacités d'expertise et d'actions en interne leur permettant d'avoir un dialogue « éclairé » avec le niveau national. Le choix des actions doit leur être clairement laissé — elles sont les mieux à même de les définir, ayant une meilleure connaissance des moyens et des relais locaux mobilisables — et la fixation des objectifs doit pouvoir être discutée.

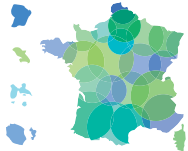
Ce dialogue à renouveler doit disposer d'un support lui-même révisé : c'est le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), introduit par la loi HPST à l'article L. 1433-2 du Code de la santé publique. Celui-ci, signé entre l'ARS et ses ministres de tutelle, doit porter la logique de responsabilisation des ARS sur des objectifs, et plus sur des actions, leur définition étant laissée à l'initiative des ARS, en contrepartie de moyens inscrits au contrat. Sa logique pluriannuelle doit permettre d'éviter les aléas connus par le passé d'une redéfinition permanente des priorités et objectifs, obligeant à autant de remobilisation des équipes, et source au final de démobilitation et de déresponsabilisation.

Ce contrat doit devenir le socle des relations entre le niveau national et les ARS, autour duquel doit être construit le dialogue annuel de gestion et le rendu compte, nécessaire, des ARS sur leur action. Les instructions et directives doivent devenir plus secondaires et leur objet rattachable, pour la majeure partie d'entre elles, aux objectifs du CPOM, même s'il serait illusoire de croire que celui-ci puisse épuiser l'ensemble des orientations nationales.

Dans cet esprit et au-delà du CPOM, c'est tout le processus de construction de la décision, de la politique, qui est amené à évoluer. En effet, les ARS n'ont pas été conçues comme des services d'exécution, chargés de mettre en œuvre au plan local les orientations et décisions prises au plan national. Elles ont déjà, comme on l'a vu sur la question de la politique régionale, leur propre champ de décision et de définition stratégique, mais, au-delà, elles sont inévitablement amenées à être associées aux processus nationaux, pour s'assurer d'une bonne articulation entre ceux-ci et les processus conduits en région. C'est là aussi un changement essentiel.

Risques et défis

Les enjeux sont clairs, le cadre défini et les outils mis en place. Pour autant, cette première année de « vie » des ARS permet de dessiner les principaux défis qui se posent au pilotage national des ARS et à l'équilibre national/régional. Derrière ces risques et défis, c'est



le sens de la réforme qui est en jeu, dans son volet politique, la réforme administrative étant quant à elle déjà très engagée.

La mise en place d'une vision unifiée des objectifs de la politique de santé est le premier défi pour le pilotage national. Tous les connaisseurs du monde de la santé savent à quel point il est difficile, voire impossible, de parler de la politique nationale de santé, et qu'il est plus juste de parler des politiques nationales de santé. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique s'est essayée à cet exercice, mais, premièrement, elle ne couvrait pas l'ensemble de la politique de santé, et deuxièmement, elle est restée au milieu du gué, compte tenu du nombre trop important d'objectifs associés (une centaine).

L'absence d'un cadre stratégique unifié au plan national gêne aujourd'hui les conditions du dialogue avec les ARS, car il ne permet pas d'avoir un référentiel partagé et de dégager une ligne claire. En son absence, il manque un « filtre » au CNP, pour faire le tri entre les directives et orientations proposées par les directions d'administration centrale et caisses nationales. Le nombre de textes passés au visa du CNP et renvoyés vers les ARS (plus de 300 en 2010) en est le témoignage. Il en est de même pour le CPOM, premier exercice de cadrage stratégique, qui a fortement mobilisé le CNP, mais pour aboutir au final à encore une trentaine d'objectifs, sans réelle vision politique d'ensemble, de nature très variable et dont on peut pour certains s'interroger sur le rôle précis attendu des ARS, au-delà d'un affichage politique.

De facto, la construction du pilotage national connaît un certain retard. Pour les raisons dessinées plus haut, le pilotage national, dans son principe et surtout ses modalités, est loin de faire consensus parmi les premiers intéressés. L'importance déjà des débats sur les ARS a conduit dès lors à ouvrir ce chantier avec un certain décalage, tout ne pouvant être mené de front. Dès lors, le ressenti du niveau local est celui d'un pilotage national, qui commence à s'installer, mais qui se cherche encore, n'ayant pas mis en place au préalable les outils et cadres dont il a besoin pour conduire sa mission. Cela conduit à un certain décalage par rapport aux ARS, qui, soumises à la pression du terrain, sont, quant à elles, rentrées en action et ne peuvent attendre que le niveau national se mette lui-même en ordre de marche.

Si ce décalage est compréhensible dans cette phase de mise en place, il convient de le combler très rapidement. Sa persistance fait peser un risque certain sur l'équilibre national/régional. En effet, il pourrait alimenter sinon les deux principaux risques qui pèsent sur cet équilibre, à savoir :

- soit une autonomisation des ARS, lasse d'attendre le niveau national, de le voir en difficulté à construire sa propre doctrine d'action, alors qu'elles-mêmes, du fait de la pression de leurs partenaires et des dossiers locaux, sont contraintes d'avancer vite. La notion de temps entre le niveau national et le niveau local a toujours été différente, mais ici elle prend une importance particulière dans la phase de mise en place ;

- soit un « raidissement » du niveau national, qui, ne se sentant pas en mesure de piloter de façon optimale le réseau des ARS, tombe dans le travers le plus fréquent dans de telles situations, à savoir la tentation de tout contrôler, « cadénasser », et donc conserve centralisé l'essentiel du processus de décision, y compris sur la gestion interne, en multipliant les instructions et directives pour ne pas laisser les ARS partir dans des directions qu'il n'aurait pas décidé.

Tout le sens de cet équilibre subtil à construire entre national et régional consiste à éviter de tomber dans ces deux écueils que les promoteurs de la réforme n'ont jamais voulu : les ARS n'ont vocation à devenir ni des autorités totalement autonomes, qui décident seules, sans prise en compte des objectifs et cadres nationaux, ni de simples organismes de mise en œuvre, certes dotés de moyens plus importants, mais qui n'en seraient pas moins des exécutants.

Cet équilibre, indispensable à la réussite politique de la réforme, est de la responsabilité tant du niveau national que du niveau régional.

La révolution copernicienne à accomplir est donc aussi importante à conduire au niveau national que celle qui est en cours en région. Se doter d'une organisation du pilotage national des ARS était un premier pas nécessaire. Il prendra tout son sens et toute son importance s'il est suivi d'une redéfinition des conditions d'élaboration de la politique nationale de santé, à laquelle les ARS doivent aussi être associées. Le pilotage doit aller avec une politique, et inversement. 🌐

Les outils de l'ARS pour un pilotage unifié de la politique de santé

Les agences régionales de santé disposent de nouveaux outils d'intervention et de concertation. Pour réorganiser l'offre sanitaire et médico-sociale, la communauté hospitalière de territoire permet le regroupement d'établissements. Des contrats d'objectifs et de moyens peuvent être conclus entre établissements, professionnels des secteurs sanitaire et social et l'ARS. Enfin, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est l'instance de démocratie sanitaire.

Pierre-Jean Lancry
Directeur de l'ARS
Basse-Normandie

Les agences régionales de santé disposent, dans le cadre de la loi « portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires », de nouveaux outils d'intervention leur permettant d'assurer leurs missions de pilotage régional unifié de la politique de santé. L'objectif de ce papier est de présenter un certain nombre d'entre eux.

Nous les présenterons du point de vue théorique, tels qu'ils ont été conçus initialement et votés par le Parlement, et, pour ceux pour lesquels nous disposons d'un certain recul, nous aborderons les aspects pratiques de leur mise en place en région, particulièrement en Basse-Normandie.

Parallélisme des formes oblige, comme le titre premier de la loi HPST concerne la modernisation des établissements de santé, cette présentation débutera par des outils innovants introduits dans le secteur hospitalier.

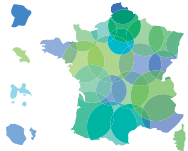
L'un des objectifs de la loi de juillet 2009 est de permettre un renforcement de la coopération entre établissements. Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, est introduite la notion de communauté hospitalière de territoire (CHT). De même, des coopérations entre établissements publics et privés peuvent être organisés dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire doté du statut d'établissement

de santé. Dans le même temps, certains outils de coopération ont été supprimés (les cliniques ouvertes, les communautés d'établissements de santé et les syndicats inter-hospitaliers).

La communauté hospitalière de territoire (CHT) est un véritable levier permettant d'organiser territorialement l'offre de soins en mutualisant les ressources et les compétences dans le double souci de rechercher la qualité et l'efficacité du système de santé.

Fondement de la communauté hospitalière de territoire

La communauté hospitalière de territoire est un nouveau concept reposant sur des enjeux stratégiques porteurs d'innovation dans le domaine sanitaire. Elle constitue une nouvelle forme de coopération hospitalière destinée à regrouper des établissements publics de santé dans une même structure de soins qui préserve leur autonomie institutionnelle, juridique et financière. En effet, il s'agit de l'outil de coopération entre les établissements publics de santé qui leur permet de mutualiser des moyens administratifs, logistiques et médico-techniques afin de renforcer la spécialisation et de diminuer les coûts, mais également d'organiser un regroupement de compétences pour faire échec à la pénurie médicale et



surtout bâtir un projet médical commun qui garantisse l'organisation des soins par filière de prise en charge des patients avec délégation ou transfert de compétences en s'appuyant, entre autres, sur les nouveaux outils de la télémédecine. Le maillage ainsi coordonné se fait en lien avec les acteurs du secteur médico-social qui peuvent participer aux actions menées par la signature d'une convention de partenariat avec la CHT. Les établissements publics de santé ne peuvent être membres que d'une seule CHT. Son objectif est d'organiser de manière optimale l'offre de soins au sein d'un territoire de santé.

Modalités d'organisation

La désignation de l'établissement siège de la CHT est approuvée par les deux tiers au moins des conseils de surveillance et sa gouvernance repose sur celle de l'établissement siège associant des représentants des autres établissements membres. Le territoire au sein duquel est créée une CHT n'est pas un territoire de santé au sens de la loi (et dont nous parlerons plus loin dans la partie consacrée à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie). Il est configuré à partir du territoire médical, car la CHT repose avant tout sur un projet médical commun, qui définit par exemple une filière médicale pour l'imagerie, la pharmacie à usage intérieur, la permanence soins hospitalière, la biologie...).

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les projets d'établissement, les programmes globaux de financement pluriannuels et les programmes d'investissement des établissements membres devront être en cohérence avec les objectifs définis par la convention de la CHT.

Forme juridique

La CHT n'a pas de personnalité juridique. Elle n'a donc ni autonomie administrative ni financière. En l'absence de personnalité morale, elle n'a pas de patrimoine. Les échanges de biens se font, soit entre les établissements, soit au travers d'un groupement de coopération sanitaire créé entre les membres de la CHT. Elle dispose d'une commission de communauté, composée des présidents des conseils de surveillance, des présidents des commissions médicales d'établissements et des directeurs des établissements membres. Elle fait l'objet d'une autorisation du directeur général de l'ARS après avis du préfet de région. Le DGARS peut imposer une CHT et arrêter sa configuration pour adapter les moyens aux besoins et pour juguler les déséquilibres financiers d'un ou plusieurs établissements.

Il est évidemment trop tôt, comme pour l'ensemble des instruments créés par la loi et mis en place par les ARS depuis le 1^{er} avril 2010, pour se faire une idée du devenir des CHT. Quoiqu'il en soit, elles semblent bien perçues par les gestionnaires des établissements publics de santé, qui y voient un cadre facilitant leur coopération. Pour l'ARS, c'est un moyen tout à fait adapté à la réorganisation de l'offre sanitaire et médico-sociale

puisque la participation du secteur médico-social est possible dans un tel mode de fonctionnement.

Si la loi permet d'innover dans la coopération entre établissements de santé ou entre professionnels de santé, comment se matérialisent les engagements qui lient l'agence régionale de santé et les différents acteurs régionaux de la santé ? L'outil de référence en ce domaine est le contrat d'objectifs et de moyens.

Le contrat d'objectifs et de moyens (CPOM)

Avant la loi HPST, les CPOM assuraient l'interface, d'une part, entre l'agence régionale de l'hospitalisation et les établissements de santé et, d'autre part, entre la préfecture et les établissements médico-sociaux.

Depuis la parution de la loi HPST, la contractualisation est le mode de négociation et d'engagement qui s'instaure entre l'agence régionale de santé et les établissements et services sanitaires, médico-sociaux, mais également ambulatoires, réseaux de santé, centres de santé, pôles de santé. On signalera au passage que l'ARS elle-même contractualise avec l'État dans le cadre d'un CPOM qui couvrira la période 2010-2013.

Le CPOM est désormais le seul document contractuel engageant les acteurs de santé et l'agence. Il est le garant de la mise en œuvre opérationnelle de la politique de santé arrêtée par l'ARS.

Le CPOM est un document à la fois stratégique et opérationnel. Si on regarde ce que contient le CPOM d'un établissement de santé, on y trouve les orientations stratégiques, l'évolution des activités et les restructurations attendues compte tenu des objectifs du projet régional de santé. Y sont également précisées les conditions et modalités d'évaluation de toutes les activités autorisées et financées. Y sont enfin cadrées les conditions de mise en œuvre des objectifs quantifiés de l'offre de soins.

La contractualisation devient le vecteur de cohérence, de liens et d'homogénéité entre les ARS et toutes les structures.

Le CPOM apparaît comme le levier principal d'action au service de la politique d'organisation de l'offre de santé dans la région. Les acteurs régionaux de la santé ne s'y sont pas trompés puisqu'ils sont de plus en plus nombreux à souhaiter contractualiser avec l'agence, que ce soit pour le développement de leurs structures ou pour toute autre action de santé qu'ils souhaitent initier en région. La contractualisation est perçue comme une réponse garantissant la pérennité de leur projet.

Venons-en maintenant à la principale innovation de la loi HPST en matière de démocratie sanitaire : la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie

Formellement, il s'agit d'une instance d'une centaine de membres qui regroupe tous les acteurs concernés de près ou de loin par les questions de santé dans la région. Le mot « autonomie » a été ajouté à celui de santé

pour bien insister sur l'importance que les questions médico-sociales devaient revêtir dans les préoccupations de cette commission et de l'ARS en général.

Huit collèges la composent :

- collectivités territoriales (12 représentants en Basse-Normandie qui compte trois départements),
- usagers de services de santé ou médico-sociaux (16 représentants),
- conférences de territoires (4 représentants),
- partenaires sociaux (10 représentants),
- acteurs de la cohésion et de la protection sociale (6 représentants),
- acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé (10 représentants),
- offreurs de services de santé (34 représentants dont 9 pour les établissements de santé, 8 pour les institutions accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées et 6 pour les unions régionales des professions de santé),
- personnes qualifiées (2 membres).

Des membres suppléants, à l'exception des personnes qualifiées, sont désignés pour chaque collège. Concrètement, cela permet de garantir la représentation la plus large des acteurs régionaux en santé.

Le sigle CRSA ressemble certes à celui de CRS (conférence régionale de santé), instance qui préexistait aux ARS, mais la ressemblance s'arrête là car les pouvoirs de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont bien plus étendus que ceux de la CRS. En effet, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie rend un avis sur :

- le projet régional de santé, projet qui détermine, à partir des priorités de santé retenues pour la région, la politique régionale de santé à mettre en place ;
- le plan stratégique régional de santé ;
- les projets de schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale ;
- le rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé.

De même, la CRSA détermine les questions de santé qui donnent lieu aux débats publics qu'elle organise.

Les réunions plénières de la conférence régionale sont peu fréquentes. Les textes réglementaires précisent « au moins une par an ». Dans la pratique, le travail se fait au sein des commissions spécialisées de la CRSA. Cinq commissions existent :

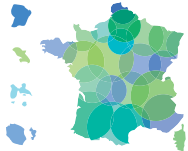
- **une commission permanente** qui exerce, en dehors des séances plénières, l'ensemble des attributions dévolues à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. C'est de fait l'instance de « permanence » de la CRSA. Elle a un rôle primordial puisqu'elle prépare les avis de la CRSA ;
- **une commission spécialisée de prévention** qui contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de prévention. À ce titre, elle prépare un avis sur le projet de schéma régional de prévention, ainsi que sur sa révision, son suivi et les résultats

de son évaluation ; elle formule toute proposition sur la politique régionale de prévention, notamment pour réduire les inégalités sociales et géographiques de santé dans la région ;

- **une commission spécialisée d'organisation des soins**, qui contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins. Elle prépare un avis sur le projet de schéma régional d'organisation des soins, dans ses volets hospitalier et ambulatoire, incluant la détermination des zones de mise en œuvre des mesures prévues pour l'installation et le maintien des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé. Elle est consultée par l'agence régionale de santé sur les demandes d'autorisation et de renouvellement d'équipements lourds et autres autorisations de fonctionnement. De même, elle est consultée sur : la politique en matière d'implantation et de financement de maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé et maisons médicales de garde ; les projets et actions visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé sur les territoires ; les projets d'expérimentation dans le champ de l'organisation des soins, concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins ; l'organisation et l'adéquation aux besoins de la population de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins, en ambulatoire et dans les établissements de santé ; les projets de mesures de recomposition de l'offre que le directeur général de l'agence régionale de santé envisage de prendre. Cette commission joue en fait le rôle qu'avait auparavant le comité régional de l'organisation sanitaire (Cros) ;

- **une commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux**. Elle est chargée de : préparer un avis sur le projet de schéma régional de l'organisation médico-sociale ; de contribuer à l'évaluation des besoins médico-sociaux et d'analyser leur évolution ; de proposer à l'assemblée plénière des priorités pour l'action médico-sociale ; d'émettre un avis sur l'élaboration et l'actualisation du programme inter-départemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie ; de formuler toute proposition sur les conditions d'accès des personnes handicapées et en perte d'autonomie aux services médico-sociaux, sur la qualité des accompagnements et prises en charge médico-sociaux et sur les principes de contractualisation mis en œuvre par l'agence régionale de la santé avec les professionnels, les établissements, les services, les associations et les autres services publics. Cette commission a les attributions qu'avait auparavant le comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) ;

- **une commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé**, chargée, en collaboration avec les autres commissions spécialisées, de l'élaboration d'un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de



l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social.

Ces cinq commissions de la CRSA, instance régionale de la santé dans lequel l'ensemble des intervenants dans le domaine de la santé sont représentés, concourent par leurs avis à la définition de la politique régionale de santé. En 2011, elles vont intervenir à chaque étape de la construction du projet régional de santé. En Basse-Normandie, la CRSA a déjà validé les priorités de santé du projet régional.

Ainsi, dans le domaine du handicap et du vieillissement, les quatre priorités sont :

- le respect du projet de vie de la personne en perte d'autonomie (incluant les troubles sensoriels de la personne âgée),
- les maladies neuro-dégénératives, en particulier la maladie d'Alzheimer,
- la réponse aux besoins des populations vieillissantes en situation de handicap,
- la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique ou d'autisme.

Pour les risques sanitaires, les priorités sont :

- le dispositif de veille, de la sécurité et de l'information sanitaire,
- la qualité de l'environnement pour prévenir les risques sanitaires liés aux milieux de vie,
- la culture en santé-environnement.

Pour la périnatalité et la petite enfance, trois priorités sont retenues :

- les troubles neuropsychiques et sensoriels des jeunes enfants,
- l'accès à la santé des enfants et notamment des populations fragilisées,
- le libre choix et l'accompagnement de la grossesse.

Au titre des maladies chroniques, les trois priorités de la région sont :

- le cancer,
- les maladies neuro-cardiovasculaires,
- les maladies du métabolisme.

Enfin, dans le domaine de la santé mental et du mal-être, trois priorités ont été adoptées :

- le mal-être et les troubles psycho-sociaux des enfants et adolescents,
- les consommations excessives d'alcool,
- les souffrances psychiques.

Il convient de savoir que si l'ARS, dont le champ d'intervention en santé va des tatouages et maquillages permanents à la qualité des eaux de baignade en passant par l'organisation des soins hospitaliers et la permanence des soins, est un acteur central en matière de santé dans la région, elle n'est pas le seul impliqué dans la santé. D'autres acteurs publics interviennent, et c'est pour cette raison qu'ont été créées, dans le cadre de la loi HPST, deux commissions de coordination

des politiques publiques de santé. L'une de ces commissions concerne les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ; l'autre est relative à la prise en charge et aux accompagnements médico-sociaux. Ces commissions associent les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. Elles doivent assurer la cohérence et la complémentarité des actions conduites par leurs membres et déterminer les modalités de leur éventuel cofinancement. On peut donner un exemple concret d'intervention de ces commissions. Dans le cadre d'une campagne de lutte contre l'obésité et la surcharge pondérale, si une action est décidée auprès des enfants d'une école maternelle, l'ARS ne peut pas intervenir seule et une coordination avec l'Éducation nationale est indispensable.

Les deux commissions de coordination permettent ainsi de « boucler » le dispositif d'action régionale en santé.

Si l'on revient sur la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, on peut se demander si le fonctionnement pour le moins très structuré permet une véritable expression de la démocratie sanitaire. Lors de l'installation de la CRSA bas-normande, quelques membres plutôt sceptiques *a priori* craignaient qu'on ait mis en place une nouvelle « usine à gaz » dont l'inertie et la complexité seraient telles que, *in fine*, tout serait entièrement aux mains du directeur général de l'ARS. L'expérience, certes limitée puisque tout cela n'a que quelques mois d'existence, me fait clairement dire que la CRSA joue bien le rôle prévu par les textes en matière de démocratie sanitaire. J'illustrerai mon propos à partir des travaux autour des territoires de santé. Dès sa création dans toutes les agences régionales de santé, à l'été 2010, la CRSA a été amenée à se prononcer sur la définition des territoires de santé, zones géographiques qui servent de territoires infra-régionaux dans lesquels l'action de l'ARS sera menée au plus près du terrain. Des territoires de santé préexistaient aux ARS. Ils avaient été définis dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire et reposaient essentiellement sur des considérations de planification hospitalière. L'ARS ayant par construction une logique transversale ambulatoire-hospitalière-médico/sociale, et devant traiter à la fois les aspects soins et de santé publique, il convenait de redéfinir ces territoires de santé sur de nouvelles bases. En Basse-Normandie, il y avait cinq territoires de santé avant la création de l'ARS. Je ne rentrerai pas dans le détail de la construction de ces territoires de santé, le lecteur intéressé pourra trouver toute l'information utile sur le site de l'ARS. Lors de la présentation à la CRSA du projet de nouveau découpage de la région en territoires de santé, je proposais un découpage en trois territoires, dont deux ne recoupaient pas tout à fait les départements de la région. Le projet fut présenté à la CRSA et laissé à sa réflexion pendant l'été. Puis, conformément aux modalités de fonctionnement décidées lors de la séance plénière de juillet 2010, la commission permanente a été chargée en septembre de se pro-

noncer sur la proposition de découpage présentée par l'agence. L'avis rendu par la commission permanente a été négatif. Aux termes du décret, la commission n'émet qu'un avis et le directeur de l'agence peut passer outre. Mais comment peut-on mettre en place une instance de démocratie sanitaire et faire fi du premier avis qu'elle donne, quand bien même l'avis ne correspond pas à ce qui avait été proposé par l'agence ? J'ai donc repris les propositions formulées par la commission plénière de l'ARS pour définir les territoires de santé.

Quant à la « lourdeur » du dispositif qu'on pouvait redouter à la mise en place de ces instances, la fréquence des réunions des commissions spécialisées témoigne d'un véritable investissement des acteurs et de leur implication profonde dans la politique de santé. Les débats nourris, parfois houleux, au sein de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont une preuve du bon fonctionnement de la démocratie sanitaire. Aux ARS de pouvoir maintenir cette bonne participation collective ! 🗣️

La représentation des acteurs de santé : les collèges de la CRSA

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est la nouvelle instance de démocratie sanitaire en région. Émanation de l'ensemble des acteurs du système de santé (y compris le médico-social), elle se prononce sur les grandes orientations et les principales décisions de l'ARS, dont elle est un partenaire essentiel.

Le rôle, la composition et le fonctionnement des CRSA sont fixés par le nouvel article L. 1432-4 du Code de la santé publique, introduit par l'article 118 de la loi « HPST » et par le décret 2010-348 du 31 mars 2010.

Afin de concilier la volonté d'une représentation large de l'ensemble des acteurs du système de santé, et les nombreuses attentes exprimées à ce titre, avec la possibilité de disposer d'une instance qui puisse être opérationnelle et débattre utilement, le nombre des membres a été limité à 100. Un fonctionnement en commission, à taille plus limitée et donc plus efficace, a également été organisé.

Les 100 membres de la CRSA sont répartis en huit collèges qui tendent à assurer une représentation aussi complète que possible des nombreux acteurs de la santé en région.

- Le premier collège réunit les représentants des collectivités territoriales (conseil régional, président du conseil général de chacun des départements, groupements de communes, communes).

- Le deuxième collège réunit les représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux

(associations de patients, associations de retraités et personnes âgées, associations de personnes handicapées).

- Le troisième collège réunit des représentants des conférences de territoire, afin d'assurer le lien avec la démocratie sanitaire de proximité.

- Le quatrième collège garantit la représentation des partenaires sociaux (organisations syndicales de salariés, organisations professionnelles d'employeurs, organisations syndicales des artisans, des commerçants et des professions libérales, organisations syndicales des exploitants agricoles).

- Le cinquième collège réunit les représentants des acteurs de la cohésion et de la protection sociales (associations de lutte contre la précarité, caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, caisses d'allocations familiales, mutualité).

- Le sixième collège réunit les acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé (santé scolaire et universitaire, santé au travail, services départementaux de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile, promotion de la santé, prévention ou éducation pour la santé, observation de la santé, enseignement et recherche, protection de l'environnement).

- Le septième collège est celui des offreurs des services de santé (établissements publics de santé, établissements privés de santé à but lucratif, établissements privés de santé à but non lucratif, hospi-

talisation à domicile, institutions accueillant des personnes handicapées, institutions accueillant des personnes âgées, institutions accueillant des personnes en difficultés sociales, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé, réseaux de santé, associations de permanence des soins, structures d'aide médicale d'urgence, transporteurs sanitaires, services départementaux d'incendie et de secours, organisations syndicales représentatives de médecins des établissements publics de santé, unions régionales des professionnels de santé, ordre des médecins, internes en médecine).

- Le huitième collège est celui des personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'ARS.

Participent, avec voix consultative, aux travaux de la CRSA et au sein de ses différentes formations : le préfet de région, le président du conseil économique et social régional, les chefs de services de l'État en région, le directeur général de l'agence régionale de santé, un membre des conseils des organismes locaux d'assurance maladie, de la MSA et du RSI.

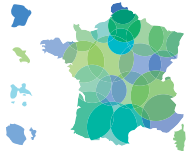
Des dispositions spécifiques ont été prévues pour les CRSA de l'Île-de-France, Provence - Alpes - Côte d'Azur, l'océan Indien et la Guadeloupe.

Les membres de la CRSA – titulaires et, le cas échéant, suppléants – sont nommés par le directeur général de l'ARS, pour quatre ans. 🗳️

Gilles

de Lacaussade

Chargé de mission pour le pilotage des ARS auprès de la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales



L'Ile-de-France : ses caractéristiques et la mise en place de l'ARS

L'Ile-de-France est une région particulière : à la fois très favorisée – la plus riche de toutes les régions françaises – et lieu où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes. Dans ce cadre, le rôle de l'agence régionale de santé, dont les compétences allant de la prévention au médico-social en passant par le soin ont été renforcées et regroupées, est primordial.

Claude Evin
Directeur de l'ARS
Ile-de-France

L'Ile-de-France est une région favorisée, y compris en ce qui concerne la santé de sa population. L'état de santé global de sa population est meilleur que celui de la population française dans son ensemble, que ce soit du point de vue de l'espérance de vie à la naissance, de la mortalité prématurée ou de la mortalité pour les deux premières causes de décès en France, cancers et maladies cardio-vasculaires. Pour autant, certains indicateurs de santé placent la région dans une situation préoccupante au regard des moyennes nationales : c'est le cas notamment de la mortalité infantile, de la mortalité féminine par cancers et de la prévalence des pathologies infectieuses. Surtout, l'analyse de l'état de santé de la population francilienne révèle que les atouts importants dont la région est dotée ne bénéficient pas à la population dans son ensemble et que l'état de santé de la population est marqué par de très fortes inégalités sociales et territoriales. Pour répondre à ces défis, l'ARS Ile-de-France se dote, à travers son plan stratégique régional de santé, d'une démarche stratégique structurée autour des ambitions portées par la loi HPST : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, mobiliser l'offre de santé de façon intégrée et coordonnée pour améliorer le service rendu aux Franciliens et garantir l'efficacité de la dépense.

Une région riche, jeune et en bonne santé

Région capitale, la région Ile-de-France possède à tous égards des caractéristiques atypiques au regard des autres régions du pays. Cette situation unique se retrouve au plan sanitaire. Sa population, que l'on peut globalement qualifier de plus jeune et de plus riche, bénéficie bien souvent d'indicateurs de santé plus favorables que la population des autres régions françaises. Avant d'identifier les besoins et les défis spécifiques auxquels l'ARS aura à répondre pour promouvoir la santé de la population francilienne, le constat ne saurait donc faire fi d'un point de départ positif : l'Ile-de-France est une région favorisée.

En 2006, l'Ile-de-France a produit près de 29 % de la richesse nationale, alors que sa population représente 19 % environ de la population française. Le PIB/habitant (plus de 44 000 euros en 2006) est le plus élevé de toutes les régions et dépasse de plus de 50 % celui de la France métropolitaine. L'Ile-de-France est une région jeune : elle occupe le premier rang des régions de France métropolitaine pour la part des moins de 3 ans dans la population estimée en 2008 (4,3 %, contre 3,7 % en moyenne).

Cette situation favorable se retrouve dans les indicateurs d'état de santé : que ce soit en termes d'espérance de vie, de morbidité, de mortalité ou de mortalité

prématurée, l'Ile-de-France présente des indicateurs plus favorables que le reste de la France.

Avec une espérance de vie à la naissance qui atteint 79 ans chez les hommes et 84,9 ans chez les femmes en 2007, l'Ile-de-France occupe respectivement les 1^{er} et 4^e rangs au plan national. L'espérance de vie à 60 ans est également plus favorable en Ile-de-France que dans le reste du pays. La région présente, au regard des moyennes nationales, une sous-mortalité par cancers (diminution de 25 % en quinze ans pour les hommes, versus 19 % en métropole) et une sous-mortalité par maladies cardio-vasculaires (20 % de mortalité par AVC en moins, par exemple).

Mais, si la région présente globalement des indicateurs particulièrement favorables, elle comporte aussi certaines spécificités défavorables. C'est le cas de la situation des Franciliennes face aux cancers, qui est moins favorable que celle des hommes : l'incidence des cancers féminins tend à augmenter en Ile-de-France depuis 1990. Surtout, l'Ile-de-France se caractérise par une surmortalité des femmes par cancers, essentiellement cancer du poumon (écart de 20 % par rapport à la moyenne nationale), et, dans une moindre mesure, cancer du sein (écart de 6 %).

D'autre part, la région est confrontée de façon spécifique aux pathologies liées à la pauvreté et à la précarité, saturnisme et tuberculose notamment. Et elle concentre près de la moitié des nouveaux diagnostics de séropositivité VIH enregistrés chaque année en métropole. Le nombre annuel de découvertes de séropositivité rapporté à la population y est 2,6 fois supérieur à celui observé sur la métropole (en 2009, 26,3 pour 100 000 habitants, contre 10,3). Au sein de la région, les départements franciliens présentent, en grande majorité, des taux de découvertes de séropositivité supérieurs à la moyenne nationale, mais l'épidémie les touche de façon inégale : le nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité pour 100 000 habitants varie, en 2008, entre 8,0 dans les Yvelines et 58,8 à Paris. La Seine-Saint-Denis est le deuxième département le plus affecté (35,3).

Surtout, l'analyse révèle que tous les Franciliens ne bénéficient pas de façon équitable de la situation favorisée de l'Ile-de-France.

Une région fortement inégalitaire

Des travaux comparatifs à l'échelle européenne ont fait valoir que la France est, avec la Finlande, le pays de l'Europe des Quinze où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes lorsqu'elles sont mesurées par le risque de décès prématuré selon la profession ou le niveau d'éducation. Or cette problématique nationale trouve dans la région Ile-de-France, l'une de ses expressions les plus nettes.

L'Ile-de-France est la plus riche, mais aussi la plus inégalitaire des régions françaises, avec des populations qui sont tout particulièrement frappées par des difficultés spécifiques : précarité des ressources économiques et des conditions de travail, temps de transports longs,

difficultés de logement ou insalubrité, expositions environnementales au bruit ou à la pollution, vulnérabilités liées à la migration ou à la discrimination... de nombreux déterminants sociaux ou économiques dont l'impact négatif sur la santé est reconnu ont en Ile-de-France des prévalences particulièrement problématiques. Les populations précaires sont plus nombreuses en Ile-de-France que sur le reste du territoire métropolitain, et, au sein de la région, plus concentrées dans certains territoires, en Seine-Saint-Denis notamment. Ainsi, la part de la population francilienne bénéficiant de la CMU complémentaire est supérieure à la moyenne nationale (6,6 % contre 6,1 %, dont 3,6 % dans les Yvelines et 12,2 % en Seine-Saint-Denis). En outre, plusieurs indicateurs socio-économiques montrent que les inégalités infrarégionales tendent à augmenter depuis vingt-cinq ans, opposant de plus en plus un groupe de territoires aisés composé de Paris, des Hauts-de-Seine et des Yvelines, au reste de la région. Les habitants de Seine-Saint-Denis ont des revenus parmi les plus bas de France (93^e rang sur 96 départements).

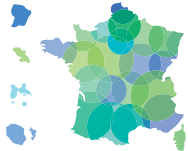
Or les inégalités de ressources, les écarts de rémunération, les difficultés de logement et de transport ou encore l'impact souvent différentiel de la crise économique selon les territoires et les populations se traduisent par des inégalités de santé qui semblent s'accroître en Ile-de-France.

On retrouve ainsi des écarts d'une amplitude à peu près comparable à celle observée à l'échelle nationale. Ces disparités s'organisent pour de nombreux indicateurs (espérance de vie, mortalité prématurée...) selon une ligne Nord-Ouest/Sud-Est, ligne de part et d'autre de laquelle la situation sanitaire est globalement favorisée dans la moitié Sud et défavorisée au Nord.

On vit en moyenne deux ans plus vieux dans le 92 que dans le 93. En 2007, pour les deux sexes, les espérances de vie à la naissance les plus élevées sont observées à Paris, dans les Yvelines et dans les Hauts-de-Seine, tandis que les moins élevées sont observées en Seine-et-Marne, dans le Val-d'Oise et en Seine-Saint-Denis. L'espérance de vie des femmes est inférieure à la moyenne nationale en Seine-et-Marne, dans le Val d'Oise et en Seine-Saint-Denis. Les disparités sont pareillement frappantes en ce qui concerne la mortalité prématurée : entre les Yvelines, département le mieux situé pour la mortalité prématurée, et la Seine-Saint-Denis, département le moins bien situé, les écarts s'élèvent à 28 % pour les hommes et à 25,5 % pour les femmes.

Au-delà même de l'échelle des départements, c'est au niveau infra-départemental, entre cantons ou communes voisines, que l'on retrouve parfois ces disparités de santé. Pour ne citer qu'un exemple, on observe ainsi que, dans la communauté d'agglomérations de Saint-Quentin-en-Yvelines (78), les hommes vivent en moyenne sept ans de plus à Voisins-le-Bretonneux qu'à Trappes.

Ces inégalités de santé frappent dès l'enfance, et même, c'est l'une des caractéristiques très préoccu-



pantes de notre région, dès la naissance. L'Ile-de-France fait partie des régions françaises où les indicateurs de mortalité périnatale et infantile sont les moins favorables. Le taux de mortalité infantile francilien, qui a longtemps figuré parmi les plus bas de France, est aujourd'hui supérieur à la moyenne nationale (3,9 ‰ vs 3,6 ‰ en France métropolitaine) ; le taux de mortalité néonatale (au premier mois de la vie) est de 2,7 pour 1 000 naissances vivantes vs 2,3 ‰ en France. Pour ces deux taux, on observe de fortes disparités entre départements ; le département de Seine-Saint-Denis conjugue les taux les plus élevés pour la mortalité infantile (5,4 ‰) et néonatale (3,6 ‰), la mortalité des 28 premiers jours dans ce département étant équivalente à la mortalité sur l'ensemble de la première année en France.

Les inégalités de santé ont ainsi un caractère particulièrement précoce, que l'on retrouve avec, par exemple, dès l'âge de 6 ans, des différences sociales marquées en termes de caries non soignées et d'obésité, prédictive de problèmes cardio-vasculaires. Or, si le nombre d'enfants obèses ou en surpoids en grande section maternelle a baissé ces dernières années, il n'en reste pas moins que ce nombre est significativement plus élevé en Ile-de-France qu'en France (13,6 % contre 12,1 % sur la période 2005-2006). De même, chez les adolescents, l'Ile-de-France présente certaines spécificités s'agissant notamment des comportements sexuels : chez les filles, l'utilisation du préservatif est significativement moins élevée (18 % des Franciliennes n'ont pas utilisé de préservatif au premier rapport, contre 10 % des filles résidant en province) et 7 % des jeunes Franciliennes de 15-17 ans sexuellement actives ont eu recours au moins une fois à une interruption volontaire de grossesse.

La démarche de l'ARS Ile-de-France : réduire les inégalités de santé

Ainsi, globalement plus favorisée que d'autres régions pour la plupart des indicateurs de santé, la population francilienne fait cependant face à des difficultés spécifiques : la mortalité infantile, la mortalité des femmes par cancers, la prévalence des pathologies infectieuses sont notamment plus défavorables en Ile-de-France. Surtout, les atouts dont bénéficie la région ne profitent pas équitablement à tous les Franciliens : de nombreux problèmes de santé sont nettement stratifiés socialement ou inégalement répartis sur le territoire régional.

Or il est aujourd'hui établi que les déterminants macro-sociaux, économiques et culturels ont au moins autant d'influence sur l'état de santé des populations que les comportements individuels ou les soins médicaux. C'est donc sur ces déterminants qu'il convient de focaliser résolument l'action. Habitat, environnement, transports, éducation : parce que les déterminants de la santé sont multiples, ils appellent une mobilisation de tous les acteurs en région, que l'ARS a pour mission d'orchestrer.

Le principe est simple, et décisif : « *mettre la santé dans toutes les politiques en région* ». L'ARS ne peut ni

même ne doit être l'unique acteur de la lutte contre les déterminants sociaux des inégalités de santé. Elle doit en revanche être l'aiguillon d'une prise de conscience collective et le promoteur d'un effort global de décloisonnement. Le leadership régional et la coordination des politiques publiques sont un principe d'action cardinal de l'ARS afin que les inégalités de santé soient à l'avenir prises en compte dans toutes les politiques conduites en région.

Des parcours mieux intégrés

Le second défi que l'agence entend relever concerne la prise en charge des maladies chroniques et de la dépendance. À l'heure où les Franciliens sont de plus en plus nombreux à souffrir de pathologies chroniques, à l'heure où le vieillissement de la population s'accroît, il n'est plus possible de travailler en silos. La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » de juillet 2009, qui a porté la création des agences régionales de santé, a clairement fixé le mot d'ordre : décloisonner les parcours de santé, qui doivent répondre aux besoins des patients et non plus suivre le compartimentage des interventions professionnelles. Hospitalisations évitables de personnes âgées, sorties d'hôpital mal préparées, accompagnement insuffisant des malades chroniques... chacun connaît de ces exemples de parcours du combattant et de dysfonctionnements dont l'ARS a dorénavant mission de protéger la population francilienne. Le regroupement au sein de l'agence de compétences jusque-là exercées par de multiples acteurs régionaux constitue bien sûr une première réponse. Elle ne saurait être la seule. L'ARS veut intégrer les différentes interventions en faisant évoluer l'organisation des secteurs de la prévention, du soin et du médico-social dans le sens d'une prise en charge globale des patients.

L'offre de santé en Ile-de-France est riche, mais nos concitoyens n'ont pas toujours l'accès qu'ils souhaiteraient à des services de prévention et de soins proches d'eux et financièrement accessibles. Cette offre de premier recours est pourtant décisive : c'est elle qui structure la cohérence des parcours de santé, la bonne intégration des messages de prévention, la qualité du suivi des maladies chroniques, etc. L'ARS Ile-de-France fait de sa structuration une ambition prioritaire. C'est aussi la première étape d'une mobilisation pour réinventer et redonner du sens à l'action des professionnels de santé sur le terrain, dont nous entendons les craintes et les interrogations. La loi HPST traduit la volonté politique de faire de l'organisation d'un premier niveau de recours un axe de rénovation du système de santé. Cette volonté partagée par l'ensemble des acteurs va permettre de renforcer l'offre préventive, curative et d'accompagnement des personnes dépendantes dans des territoires de proximité. L'objectif ici est de permettre à la population un égal accès à la santé, et pas seulement à la médecine.

Pour cela, l'une des clés d'action que se donne l'ARS Ile-de-France repose sur un principe très simple : la

prévention est préférable au soin. Bien sûr, chacun sait qu'il vaut mieux prévenir que guérir ; mais permettre au système de santé de suivre cette maxime impose en réalité des changements profonds. Alors que notre offre en matière de santé s'est largement concentrée jusqu'ici sur ses compétences curatives, il faudra faire bouger les lignes dans l'organisation de cette offre et, autant que possible, dans la structure des financements, pour renforcer la prévention.


Efficiency et qualité : deux exigences convergentes

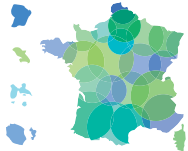
L'autre élément de contexte prégnant dans le secteur de la santé, chacun le comprend désormais, c'est la conscience des risques qui pèsent sur le financement solidaire de notre système de santé. Dotée d'un niveau de protection sociale élevé, la France occupe, parmi les pays de l'OCDE, le deuxième rang quant au niveau de dépenses consacrées à la santé en proportion du PIB. Depuis 1945, les progrès de la solidarité sociale se sont accompagnés d'une hausse constante des dépenses collectives de santé qui, sans pouvoir être déplorée pour elle-même, justifie néanmoins aujourd'hui la préoccupation des pouvoirs publics et, au-delà, des citoyens eux-mêmes. En outre, les évolutions repérables aujourd'hui aux plans démographique et épidémiologique pourront engendrer une modification importante des équilibres actuels de la solidarité.

Pour préserver et garantir la pérennité de notre système de protection sociale fondé sur la solidarité collective, chacun s'accorde aujourd'hui sur la nécessité d'accroître l'efficacité des dépenses. Il existe désormais un fort consensus sur les faiblesses de notre système de santé, dont certaines sont particulièrement vérifiées en Ile-de-France : une inadéquation à la prise en charge des pathologies chroniques, une faiblesse du préventif par

rapport au curatif, une hypertrophie du secteur hospitalier au détriment de l'offre de premier recours ou des offres alternatives, un manque de coordination, des incitatifs financiers pas toujours bien orientés... La maturité des démarches et des outils de régulation permet aujourd'hui d'engager un véritable bond en avant dans la région en la matière. Ces avancées en matière d'efficacité iront de pair avec une progression de la qualité des parcours de santé, car mieux gérer, c'est aussi mieux prendre en charge.

La création des ARS répond à la volonté de rassembler sous une même logique l'amélioration de l'état de santé des populations et l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé. Ces deux exigences, volontiers perçues hier comme contradictoires, paraîtront demain de plus en plus convergentes. L'ARS a vocation à accompagner la diffusion d'une culture de l'efficacité qui contribue à augmenter conjointement la performance du système de santé, la qualité du service qu'il rend, et la pérennité de son financement solidaire.

La force des agences régionales de santé tient notamment au regroupement dans leurs mains de compétences autrefois dispersées, de la prévention au médico-social en passant par le soin. Leur capacité à proposer une vision stratégique unifiée de la santé en région est cependant aussi une faiblesse, si l'on doit les accuser d'une excessive centralisation de moyens et de compétences. C'est pourquoi nous gardons surtout à l'esprit que rien ne se fera, des transformations profondes qui s'imposent, sans une mobilisation résolue de chacun des acteurs du secteur de la santé. Incarnant une rénovation profonde du système de santé, née dans un environnement en mutation, l'ARS doit s'allier, en les encourageant et en les soutenant, les capacités d'innovation des acteurs de santé sur le terrain. 



L'intention démocratique et l'attention technocratique

Regard des représentants d'usagers sur la réforme de la gouvernance régionale de santé et leur place dans l'installation de ce dispositif.

Christian Saout
Président du Collectif interassociatif sur la santé

La création des agences régionales de santé (ARS) repose sur un modèle démocratique idéal. L'esprit des Lumières a comme guidé le législateur. En effet, un exécutif, la direction générale de l'ARS, est flanqué d'un législatif, la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA), et d'un contrôle, non judiciaire, mais un contrôle tout de même, celui du conseil de surveillance de l'ARS. Bel ouvrage, la séparation des pouvoirs selon Montesquieu comme garantie de la démocratie sanitaire! Quel « fondamentaliste » aurait pu rêver mieux?

Mais voyons voir... et regardons comment « faute de grives, on nous a servi des merles ».

À tout seigneur tout honneur, commençons par la CRSA

C'est elle qui délibère afin d'orienter la politique régionale. Elle donne son avis sur le projet régional de santé (PRS) et a la charge d'en accompagner l'exécution par sa critique attentive. Elle le fait sous la férule de la direction générale, elle-même dominée par le compte à rebours des élections présidentielles. La consigne était ainsi passée : le PRS doit être bouclé avant la campagne présidentielle de 2012. Tant pis si ce délai n'est pas compatible avec une démarche sereine de bilan partagé. Nous ne partions pas de rien, avant les PRS 2011 il y avait eu les plans régionaux de santé dont on aurait dû partout tirer le bilan et simplement les amender dans l'attente d'une démarche sereine et sérieuse sur les PRS à venir, en 2012 peut-être. Mais la notion même de bilan partagé a aussi été galvaudée. Il est vrai que l'expression peut

s'entendre de deux façons : le bilan partagé par tous en conférence plénière, ou à chacun son morceau de bilan et la direction générale fera son grand œuvre de collage. C'est à cette seconde version que l'on assiste : les commissions spécialisées sont au mieux saisies dans leurs domaines concernés (prévention, offre de soins, médico-social). Plus tard, on (la direction générale de l'ARS sans doute) verra à mettre cela en perspective.

Et puis, en fait de bilan partagé, c'est surtout de bilan « à partager » dont il s'agit. Les travaux préparatoires ont été organisés par les ARS, sans réelle démarche participative, de sorte que les CRSA sont saisies d'un document descendu des cintres sur la scène délibérative où les réputés acteurs sont trop souvent des spectateurs.

Selon les cas, car en effet chaque ARS fait sa « popote », s'ouvrent alors des échanges diversement appréciables. Dans certains secteurs, comme l'offre de soins, on s'arrange entre soi. À l'heure où les conflits d'intérêts défraient la chronique, il est pour le moins curieux que les délibérations des commissions spécialisées de l'offre de soins, subtilement composées de représentants des établissements nommés par les directeurs généraux eux-mêmes, soient acquises sans que les membres fassent de déclarations d'intérêt ni se départent quand on discute de leurs dossiers. Par ailleurs, les usagers ont le sentiment que la pièce inscrite au répertoire doit inévitablement se conclure par un PRS correspondant, tels Dolly et son clone, au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens passé entre le directeur général de l'ARS et l'État. « Beaucoup de bruit pour rien », aurait pu commenter Shakespeare.

Quant à la maîtrise de l'ordre du jour des CRSA, elle appelle aussi quelques commentaires. Amusés pour une part : certains directeurs d'ARS ne se donnent même pas la peine de faire signer les convocations de l'instance par le ou la président(e) ou alors sur un papier à en-tête de l'ARS. En laissant ces prérogatives aux élus de la CRSA, on sauverait au moins un peu de ces apparences qui sont le début de la consistance. Désespérés pour une autre part, car au lieu de procéder par amendement à l'ancien plan régional de santé, il a été décidé, comme on l'a dit, de faire table rase et de tout recommencer dans un délai tellement contraint que la maîtrise de l'ordre du jour de la CRSA appartient de fait à l'ARS. Même dans le parlementarisme rationalisé hérité de 1958, on n'est pas parvenu à ce niveau d'abaissement démocratique. Il faudra peut-être attendre la fin de l'année 2011 pour que les CRSA retrouvent l'«autonomie» qui réside dans la quatrième lettre de leur acronyme. Y parviendront-elles? Rien n'est moins sûr, car il faut le redire et y insister : elles font deux métiers bien distincts, tel Janus aux deux visages : orienter et autoriser. Méfions-nous que le second métier ne détruise le premier!

Des conseils de surveillance « empêchés »

Venons-en aux conseils de surveillance des agences régionales de santé. Que l'on en ait confié la présidence au préfet de la région n'est pas pour surprendre. En revanche, si l'on peut penser que la surveillance consiste par moments à disposer d'un pouvoir de sanction et à l'exercer, la répartition des voix dans le conseil de surveillance laisse sur ce point totalement rêveur. Les pouvoirs publics détiennent la majorité des voix, de sorte que le budget de l'agence ne peut qu'être approuvé et qu'aucune infortune ne peut viser le directeur général de l'ARS. La démocratie selon Montesquieu perd ainsi l'un de ses trois pieds. Ce sera donc moins stable.

Des directions générales bien tenues

Deux remarques s'imposent, constats en main. D'abord, peu de directions générales ont véritablement joué le jeu de la participation avec les acteurs en région pour l'élaboration des PRS. Car il devait y avoir, avant la phase de concertation avec la CRSA, une phase de consultation avec les parties prenantes. Nul doute qu'elle a eu lieu avec bon nombre de ces parties prenantes, mais beaucoup trop rarement avec les associations qui devront donc en général attendre la transmission d'un bilan partagé par tous, sauf elles. Certaines

associations d'usagers n'ont d'ailleurs eu pour seule solution que d'élaborer un contre-projet faisant apparaître leurs priorités. La démocratie formelle n'interdisait absolument pas la démocratie participative. Encore fallait-il y inclure ceux qui portent l'expérience du quotidien des usagers.

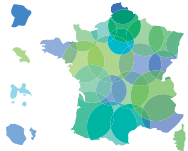
Enfin, les observateurs les mieux éclairés ont fini par comprendre que le chef d'orchestre des ARS n'était pas bien loin, à l'avant-scène, dans la fosse d'orchestre, tout occupé à diriger la musique. C'est le Conseil national de pilotage des ARS. Lieu d'où partent les ordres vers les directeurs généraux d'ARS, à charge pour eux d'emballer tout cela dans une démocratie sanitaire plus ou moins concertante. Dans un pays bonapartiste, on n'est donc pas près de rompre avec des logiques vectorielles, et ceux qui avaient pensé que la régionalisation à la française pouvait contenir potentiellement les évolutions d'une régionalisation à l'espagnole, pour prendre cet exemple, en seront pour leurs frais.

Tout est-il perdu ?

Bien évidemment non. Espérons que la vitesse et la précipitation, deux maux si bien décrits¹ comme fauteurs de troubles² dans notre société, céderont la place à un exercice plus tempéré. Et qu'une fois passés les écueils d'une mise en place à marche forcée, les CRSA fendront l'armure. 🦋

1. « Je crois que le rythme de l'histoire du monde est en train de changer et que ce rythme n'est pas géré politiquement », Paul Virilio, Entretien avec Olivier Morel *La République des lettres*, 1^{er} mars 1995.

2. Gilles Finchelstein. *La dictature de l'urgence*. Fayard, 2011.



L'impact de la loi HPST sur le secteur social et médico-social

Un des objectifs de la création des ARS est le décloisonnement entre secteur sanitaire et secteur médico-social et social. Le point sur les avancées de cette réforme.

Marcel Jaeger

Professeur titulaire de la chaire de Travail social et d'Intervention sociale du Cnam (Conservatoire national des arts et métiers), ancien membre de la Mission nationale d'appui en santé mentale

Le sigle de la loi HPST ne fait référence ni à l'action sociale et médico-sociale en général, ni au secteur médico-social en particulier, ni, à plus forte raison, au travail social. Seul le mot territoire se rapproche de la question sociale, puisque ce thème est devenu une thématique centrale dans le contexte de la décentralisation de l'action sociale¹. Mais l'entrée par le mot hôpital, puis la référence au mot « patients » auquel les textes officiels et les professionnels du secteur médico-social préfèrent ceux de bénéficiaires ou d'usagers, finirait par faire oublier que la loi comporte plusieurs dispositions touchant le Code de l'action sociale et des familles. Enfin et surtout, elle déplace les lignes de partage qui nous étaient familières, entre les dispositifs sociaux et médico-sociaux d'une part, sanitaires d'autre part² : elle marque une rupture avec la division ancienne entre deux blocs : « le sanitaire » régi, depuis 1970, par les lois hospitalières, « le social et le médico-social » ancré dans l'héritage des deux lois de 1975³.

1. Cf. Jacques Ion. *Le travail social à l'épreuve du territoire*. Toulouse : Privat, 1990.

2. Marcel Jaeger, *L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie*, Paris, Dunod, 2^e éd., 2006; Conseil Supérieur du Travail Social, *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*. Rennes : Éditions de l'ENSP, 2006.

3. Lois n° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées et n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975, auxquelles se sont substituées, respectivement, les lois n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Désormais, le secteur médico-social se trouve aspiré dans une nouvelle dynamique : il s'intègre dans le périmètre de la santé tel que la loi HPST le définit. Cela dit, la loi pose de multiples problèmes de compatibilité entre des dispositifs qui s'étaient jusque-là structurés à partir d'histoires, de modalités organisationnelles, de cultures professionnelles et d'identités différentes.

Des déplacements de frontières

La loi HPST efface pour partie le clivage institué entre le Code de la santé publique (CSP) et le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Les deux codes continuent d'exister avec leur cohérence propre, mais l'article 118 de la loi HPST institue une intricatio n qui oblige de penser l'organisation en fonction de missions conjointes plutôt qu'en termes d'architecture de dispositifs segmentés. Ainsi, l'article 118 modifie le CSP en indiquant que les ARS réalisent à la fois les « objectifs de la politique de santé » définie à l'article L. 1411-1 du CSP et les « principes de l'action sociale et médico-sociale » énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du CASF.

Déjà l'article 1 de la loi HPST mentionne, parmi les missions de service public exercées « en tout ou partie » par les établissements de santé, « la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ».

Ainsi, une loi de santé modifie la législation sociale, ce qui, en soi, n'est pas nouveau, puisque la loi hospitalière du 31 juillet 1991

et celle 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé avaient fait de même en redéfinissant les instances de planification non seulement sanitaires, mais aussi sociales (institution du Comité national d'organisation sanitaire et sociale, des comités nationaux d'organisation sanitaire et sociale, puis des comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale).

La nouveauté est que la loi HPST impacte à double titre le secteur social et médico-social : elle porte, d'une part, sur l'ensemble du périmètre du Code de l'action sociale et médico-sociale, d'autre part sur le champ plus étroit des institutions médico-sociales qu'elle place spécifiquement sous la compétence des ARS.

Ce point est très important à souligner du point de vue des effets produits par la loi HPST sur les professionnels de l'ensemble du secteur social et médico-social. Car ils ont à gérer deux changements : d'abord une modification profonde dans le paysage institutionnel général, à quoi peuvent répondre des actions pédagogiques pour faciliter l'appropriation des nouvelles règles, par exemple en matière d'autorisation ; mais, pour ceux qui exercent dans le secteur médico-social, il s'agit cette fois d'une véritable mutation culturelle : ils entrent dans le monde des ARS avec une certaine appréhension, fondée ou non, face à ce que donnent à voir le poids du pouvoir des médecins, les modalités différentes dans l'exercice des droits des personnes (ici les « patients »), les évolutions budgétaires reposant sur une analyse différente des rapports entre l'offre et la demande...

On distinguera donc ces deux dimensions :

Des modifications touchant l'ensemble du secteur social et médico-social

- Redéfinition des missions et du fonctionnement de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (nouvel art. L. 312-3 du CASF) ;

- Organisation différenciée de l'analyse des besoins avec, notamment, un schéma médico-social inscrit dans le projet régional de santé, mais aussi d'autres qui, pour mieux s'ajuster aux demandes, impliquent de définir des cibles distinctes. Cela conduit ainsi à se préoccuper de la cohérence d'un ensemble comportant, à côté du schéma médico-social, des schémas des conseils généraux et qui ne sont pour autant pas sans lien avec d'autres questions en rapport direct avec le Code de l'action sociale et des familles : schéma de l'enfance, schémas relatifs aux personnes

handicapées ou en perte d'autonomie relevant de la compétence du conseil général, d'autres schémas pour l'addictologie, les centres d'accueil des demandeurs d'asile, les structures assurant la protection des majeurs vulnérables de la compétence du préfet de région, mais aussi de plans et d'orientations nationales (autisme, Alzheimer, handicaps rares)...

- Nouveau régime d'autorisation dans le cadre d'appels à projet et remplacement des comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale par des commissions de sélection d'appel à projet (nouvel art. L. 313-1-1 du CASF) ;

- Mise en place de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (nouvel art. L. 313-12 du CASF) ;

- Rythme des évaluations internes et externes de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (nouvel art. L. 312-8 du CASF) en référence au cadre posé par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) ;

- Modalités de création des « réseaux sociaux ou médico-sociaux », de gouvernance et de fonctionnement des groupements de coopération sociaux et médico-sociaux, avec possibilité d'introduction d'instances de consultation du personnel (nouvel art. L. 312-7 du CASF) ;

- Contrôle et administration provisoire des établissements et services sociaux et médico-sociaux (nouvel art. L. 313-14-1 du CASF) ;

- Définition d'un statut d'établissement et service social et médico-social privé d'intérêt collectif (nouvel art. L. 311-1 du CASF).

Des dispositions sectorielles ne concernant que le secteur médico-social

Outre l'intégration des institutions médico-sociales dans le périmètre des ARS et de l'ANAP, l'article 124 de la loi HPST dresse une liste de modifications très spécifiques, d'importance inégale :

- Autorisation du financement par la CNSA de la formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux (nouvel art. L. 14-10-5 du CASF) ;

- Légalisation de la préparation et de la distribution des médicaments par des personnels ni médicaux, ni paramédicaux : « l'aide à la prise de médicaments peut être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'adminis-

tration, ni apprentissage particulier » (nouvel art. L. 313-26 du CASF) ;

- Introduction d'un service minimum dans les institutions médico-sociales (nouvel art. L. 313-23-3 du CASF) ;

- Adaptation des modalités et évaluation de l'accueil temporaire des personnes âgées (nouvel art. L. 314-8 du CASF) ;

- Reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles dans l'espace européen (nouvel art. L. 411-1 du CASF).

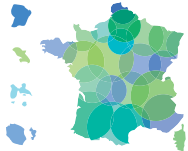
Au-delà de ces dispositions qui renvoient, chacune, à des modifications de pratiques dont le législateur prend acte plus qu'il ne les programme, la fin du clivage entre « le sanitaire » et « le médico-social » s'accompagne d'un nouveau clivage entre « le social » et « le médico-social ». S'il existe des règles nouvelles pour le secteur médico-social, il faut repenser les liens entre soin et accompagnement social, mais aller un peu plus loin, tout particulièrement quand il est question de handicap. Car, qu'entend-on désormais par santé et par handicap ?

Une conception extensive de la santé ?

Il a été dit, à juste titre, que la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » reposait sur un changement de paradigme. Elle a mis fin à une approche purement médicale du handicap en mettant en avant une conception systémique, environnementaliste, prônée par la « Classification du fonctionnement humain, du handicap et de la santé » instituée par l'Organisation mondiale de la santé en 2001. Si le législateur n'a pas retenu l'expression « situation de handicap », il a conservé la priorité du projet de vie, à travers la référence à une accessibilité comprise comme l'accès de tous à tout, sur le projet de soin qui, lui, se décline plutôt sur le versant de la compensation.

C'est d'ailleurs face aux dérives constatées de la médicalisation des prises en charge qu'a été réaffirmée par les usagers et les associations de parents la priorité du projet de vie sur le projet technique. S'est ainsi manifestée aussi une volonté de reconnaissance des compétences que la perte d'autonomie ne doit pas faire perdre de vue, au sens où l'on parle aujourd'hui de « personnes à compétences spécifiques » plutôt que de personnes déficientes.

La loi HPST marque une inflexion. Elle semble s'appuyer sur une définition extensive de la santé. Si tel est le cas, l'action sociale et médico-sociale serait une des modalités de la (re)conquête de la santé telle que l'OMS



l'a définie, à savoir la recherche d'un état de bien-être physique, moral, matériel, etc. La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, adoptée par l'Organisation mondiale de la santé le 21 novembre 1986, indiquait déjà clairement que « *la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire* ». En effet, si l'objectif pour tous est de parvenir à un état de bien-être physique, mental et social, la santé suppose de « *pouvoir notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable* ».

En même temps, cette approche extensive de la notion de santé, en allant jusqu'à la notion encore plus englobante du *care* ne permet pas de comprendre le décrochage opéré entre l'action sociale d'une part, l'action médico-sociale d'autre part. La continuité devrait être la règle et les ARS seraient amenés à connaître un nouvel élargissement de leur périmètre, comme cela a été le cas avec les anciennes ARH : à quand donc les agences régionales de la santé et de l'action sociale et médico-sociale ?

À l'inverse, on pourrait défendre une approche extensive de la notion d'action sociale en mettant en avant le travail qu'une société opère sur elle-même, dans son rapport à la différence. Ainsi, les actions de santé ne seraient qu'un des aspects de ce « travail social », dans l'idée d'une construction citoyenne, la « démocratie sanitaire » mentionnée dans la loi du 4 mars 2002 n'étant alors qu'une étape dans le mouvement de la démocratie, sociale par essence.

Mais il est possible d'aborder la question d'une manière plus pragmatique, en privilégiant l'argument de la continuité des actions : dans bien des cas, le handicap résulte d'un problème de santé, pose le problème de l'accès aux soins, conduit à un enkystement dans une chronicité qui signe l'échec de la société à enchaîner soins et insertion⁴. Cela suppose d'analyser l'option du législateur comme un choix par défaut : resserrer les dispositifs entre eux de façon à renforcer la continuité et la fluidité des interventions sanitaires et médico-sociales. L'avenir dira quand il faudra faire de même entre les actions de santé et un accompagnement social dans un contexte de précarité et de misère sociale. En effet,

lorsque l'on se place du point de vue de la complexité des problématiques individuelles, les intrications s'imposent entre les besoins des « patients » et les attentes des personnes en termes d'accompagnement social, d'aide à l'autonomie financière et à l'insertion sociale et professionnelle.

Un autre problème se pose : l'article 1 de la loi HPST met en avant la coordination des soins en relation avec les établissements et services médico-sociaux, en s'assurant, en amont, d'un « *égal accès à des soins de qualité* ». Elle prévoit, dans son article 51, que « *les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient* ». On se demandera néanmoins pourquoi cet article n'est pas allé au-delà du champ des seuls professionnels de santé. Certes, il apparaît déjà compliqué de mettre en place cette disposition dès lors que la loi prévoit des « *protocoles de coopération* »⁵ soumis à l'approbation des ARS. Nous n'en penserons pas moins qu'une loi qui se réfère à une approche territorialisée et mentionne l'importance de la coopération entre les professionnels aurait pu aller plus loin.

Cela aurait sans doute permis d'intervenir sur une difficulté majeure : les inquiétudes des professionnels du secteur social et médico-social liées à des télescopages de culture, alimentés par des logiques de formalisation et de rationalisation auxquelles les dirigeants et les personnels du secteur associatif sont peut-être moins habitués. 🐞

4. Denis Chastenet, Antoine Flahault (dir.) *Handicaps et innovation : le défi de compétence*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, p. 59.

5. Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre les professionnels de santé.

Nouvelle gouvernance et ARS : rôle et place des collectivités locales et de leurs élus

**Quelles sont
les conditions
pour une collaboration
efficace, au service
de la santé de tous,
des collectivités
locales et de leurs élus
avec les agences
régionales de santé ?**

Laurent El Ghozi
Président de l'association Élus, santé
publique et territoires (ESPT)

La loi HPST affiche deux objectifs ambitieux : réduire les inégalités de santé et développer la démocratie sanitaire. L'un et l'autre ne peuvent réussir que si les élus locaux sont fortement et durablement impliqués dans la mise en œuvre de politiques locales de santé clairement inscrites dans la politique municipale.

Leur action doit en effet reposer sur une définition large et sociale de la santé, intégrant notamment les déterminants socio-économiques de la santé, et sur la participation de la population.

La santé est ainsi entendue comme résultante finale de multiples politiques, actions, programmes enchevêtrés et relevant de nombreux acteurs et institutions, de même que les dépenses « de santé » se comprennent comme un investissement décisif pour le bien-être des populations (la commission Stiglitz a considéré la santé comme deuxième dimension sur huit pour apprécier le bien-être), tout autant que pour la compétitivité des territoires. Il est donc doublement légitime que les collectivités locales y contribuent.

Les clés d'une collaboration au bénéfice de la santé

Comment faire alors pour qu'une collaboration claire réponde aux attentes réciproques des élus et de l'ARS, au bénéfice de la santé de tous ?

La nouvelle organisation mise en place par la loi HPST est compliquée du fait que l'ARS, malgré l'étendue de ses pouvoirs, n'est pas le seul interlocuteur ni décideur : la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) en charge de la

santé des jeunes, des publics vulnérables, de la lutte contre les addictions, de la prévention, de la politique de la ville (dont les ateliers santé-ville), de l'action sociale en général et pour partie des alertes et urgences sanitaires, la direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL), mais aussi l'Éducation nationale, les conseils généraux, pour ne citer que les principaux.

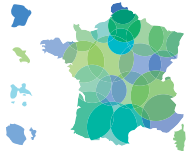
C'est affirmer l'importance de deux facteurs :

- un pilotage partagé et fort de l'ARS comme des collectivités locales ;
- une très grande transversalité : intégration horizontale entre tous les secteurs et verticale de l'État, l'ARS, les instances départementales, les collectivités locales, les acteurs locaux.

Si la coopération avec les élus est incontournable, ils ne peuvent être seulement consultés et exécutants de politiques décidées ailleurs, mais doivent être associés dès la définition des programmes pour la mise en œuvre des actions, dans une approche territoriale et dans le cadre des priorités régionales et de la politique nationale.

Le maire peut en effet être tout à la fois :

- source d'information sur les réalités locales : il a une connaissance approfondie de sa commune et de ses habitants par de multiples canaux. Surtout, de nombreux diagnostics ont été réalisés, en particulier dans le cadre des ateliers santé-ville, mais aussi des diagnostics sociaux ou de l'offre libérale. Ces données doivent être prises en considération ;
- acteur de multiples politiques contribuant à la santé et animateur local assurant la mise en cohérence et l'adaptation aux réalités locales de toutes les politiques nationales ;



- mais parfois, à l'inverse, responsable de politiques qui fabriquent de l'exclusion... ;
- responsable du cadre de vie et de bon nombre de déterminants de la santé ;
- représentant des usagers/citoyens et garant du respect de leurs droits, pour toute la population — des nouveau-nés aux personnes âgées, dépendantes, handicapées ;
- mobilisateur de ses citoyens, susceptible de favoriser leur compréhension des politiques de santé, leur adhésion éclairée aux décisions prises, sous réserve qu'elles soient transparentes et expliquées, voire leur participation active aux actions, dès leur conception ;
- parfois acteur direct en santé lorsque la ville dispose de quelques « outils » : centres municipaux de santé, quand ils existent, ancrage d'une offre de soins maintenue et organisée, mission locale pour l'insertion des jeunes, espaces santé jeunes, conseil local en santé mentale, implication dans les maisons des ados, travail avec la PMI dans les crèches et les maternelles, action périscolaire jusqu'au volet « santé » du dispositif Réussite éducative, et bien sûr les ateliers santé-ville (ASV), dont la mission élargie pourrait être de donner sens et cohérence à tout cela et de préfigurer ainsi les contrats locaux de santé (CLS).

Pour autant, les élus locaux n'ont, pour la plupart, ni compétences, ni culture en santé publique, ni moyens spécifiques, ni services dédiés et, même si beaucoup de leurs actions ont un impact, positif ou non, sur la santé, ils l'ignorent bien souvent.

Les actions/projets locaux de santé — très inégaux et peu valorisés au niveau régional — ont, le plus souvent, été initiés par des acteurs locaux qui ont su articuler différentes thématiques à partir d'un problème identifié localement.

Les intercommunalités sont indispensables — y compris en Ile-de-France avec ses 1 281 communes à l'histoire, la taille, les politiques, les moyens totalement disparates — et bientôt rendues obligatoires par la loi. S'il faut une population suffisamment importante pour dégager des objectifs communs et les moyens nécessaires à une politique locale de santé, comment harmoniser des politiques municipales différentes, d'autant que la santé n'est pas une compétence des communes et encore moins des intercommunalités (sauf la politique de la ville, dont les ASV)? *Quid* alors des territoires ruraux ou hors zones sensibles?

C'est rappeler deux préalables :

- Déterminer ensemble des « territoires de projet en santé », sur la base des besoins identifiés de la population et des ressources loca-

lement disponibles. On peut alors regrouper les communes autour d'objectifs partagés et d'actions convergentes inscrits dans le projet régional de santé (PRS) et leur donner envie — et moyens — d'agir ensemble. À noter le manque de pertinence pour les élus locaux des « territoires de santé », le plus souvent confondus avec les départements par facilité et manque de conviction sur leur réelle finalité, ce qui réduit l'intérêt des conférences de territoire.

- Accompagner leurs réflexions et propositions d'actions avec la nécessité d'établir des instances de concertation rapprochées : échanges des connaissances, discussion sur les enjeux pour chaque partie... autorisant alors des relations de confiance avec l'agence, écartant tout soupçon de subordination ou d'instrumentalisation et permettant une réelle collaboration au bénéfice de leurs habitants.

L'objectif principal est de partager une vision globale, cohérente et territorialisée de la santé avec tous les partenaires — dont les habitants —, en dépassant la question, souvent incontournable, de l'offre de soins.

Les enjeux de la nouvelle gouvernance en santé

Les enjeux de cette nouvelle gouvernance locale partagée de la santé sont considérables.

Démocratie sanitaire

Elle bénéficie d'un affichage fort et recherche la participation de tous, mais seulement pour « avis » et non pour « décision » : démocratie en trompe l'œil ou gage d'efficacité avec un seul décideur, le directeur général de l'ARS? Comment concilier les deux?

L'association de la population aux réflexions et aux décisions en santé est obligatoire, facteur de meilleure compréhension et appropriation des messages de promotion de la santé, d'intégration sociale, de mobilisation du « milieu social local », mais aussi facteur de légitimation des dépenses engagées et de valorisation de la politique menée par les élus. Elle contribue à redonner à chacun l'envie et le pouvoir d'agir sur sa vie, fait reculer les « fatalités » sociales, favorise la cohésion sociale.

Mais la participation des « habitants/usagers/citoyens » aux décisions qui les concernent n'a de réalité que dans la plus grande proximité, au niveau du quartier et demande l'engagement voire la présence du maire.

La place, modeste, des élus locaux est garantie dans toutes les instances de l'ARS : conférence de la santé et de l'autonomie

(3 sur 99 membres) et ses trois commissions spécialisées (1 par commission), les deux commissions de coordination (1 élu), les conférences de territoires (2 élus). C'est positif même si ce n'est qu'à titre consultatif. Notons qu'il a été très ardu, partout en France, de trouver assez de volontaires, du fait de l'ignorance où ils sont des enjeux, de leur rôle possible, mais aussi de la charge de travail (importante et bénévole!) et des moyens alloués pour le faire. Trop souvent encore, les élus ne souhaitent y participer que pour faire valoir l'intérêt de leur ville ou de leur hôpital, non pour co-construire une politique régionale de santé pour tous.

D'où la nécessité pour l'ARS d'apporter de l'information, de l'animation, des temps et espaces d'échanges (site, forum, journées...) et un accompagnement au long cours.

Une des missions que s'est données l'association ESPT est d'y contribuer dans la mesure de ses moyens.

Égalité sur le territoire

La très grande diversité de l'offre, des services, des déterminants, des caractéristiques démographiques, voire de la culture est de mieux en mieux documentée, ainsi que son impact sur les inégalités d'état de santé des populations, aggravées par les inégalités socio-économiques concentrées sur certains territoires. Cela doit être pris en compte dans les programmes et plans régionaux pour les adapter aux disparités locales *via*, en particulier, les contrats locaux de santé (CLS).

Cela signifie afficher clairement une allocation différenciée de moyens selon les territoires, contractualisée sur des critères transparents et acceptés par tous, et ainsi concilier l'émergence de dynamiques territoriales volontaires avec la nouvelle organisation régionale. Cela permettra alors d'espérer le plus haut niveau de coopération des élus dans l'élaboration de la politique régionale et contribuera à donner sens à leur participation aux instances de l'ARS.

La concrétisation de ce travail est le contrat local de santé, spécifique à chaque territoire défini consensuellement, appuyé sur la mobilisation des acteurs, à partir d'un diagnostic local partagé. Il privilégie la promotion de la santé, l'accès à la prévention avec une attention particulière aux groupes les plus fragiles. Il concerne l'offre de soins, ambulatoire et hospitalière, avec l'objectif de développer un service public de santé, garantissant l'égal accès de tous à tous les services et l'équité des financements, que les opérateurs soient

publics ou privés. Enfin, il cherche à mieux articuler l'offre médico-sociale.

Il appartient à l'ARS de proposer aux élus et à leurs services une méthodologie claire pour l'élaboration concertée des CLS et aux délégations territoriales de la mettre en œuvre au plus près des besoins des habitants.

Les conditions d'une bonne participation des élus

De nombreuses questions restent à travailler et des réponses qui seront apportées dépendra la participation des élus locaux.

Le partage de la connaissance

Il ne peut y avoir de contrat équilibré que si l'accès aux données est assuré également pour tous. Le choix des priorités, la construction des actions, leur évaluation, le suivi du contrat et le pilotage de la politique exigent une connaissance locale fine, à l'échelle de l'action. La mise à disposition des élus d'informations pertinentes pour chaque projet, analysées et mises sous une forme pédagogique et communicable, doit être un engagement de la part des détenteurs et producteurs de données — assurance maladie, ORS, hôpitaux, conseils généraux, Éducation nationale, CAF... — garanti contractuellement par l'ARS. Elle doit permettre l'observation partagée, la comparaison dans le temps et dans l'espace, l'échange avec les autres services de l'État et les autres collectivités, le croisement avec les diagnostics locaux.

C'est sur cette base que seront mises en évidence les inégalités territoriales de santé et pourront être proposés les moyens d'y remédier.

À partir de là devra être construite une cartographie exhaustive et transparente des acteurs et des actions, de leur public cible, des financements rapportés aux territoires, des partenaires mobilisés et, si possible, de l'impact.

Cependant l'excès de données « brutes » provoque méfiance ou scepticisme et rend opaque le débat, en particulier sur des questions aussi complexes et sensibles que la santé. Les « moyennes » régionales lissent les inégalités et empêchent toute politique socialement et territorialement différenciée.

La création de centres ressources régionaux apporterait à tous les acteurs, dont les élus, formation, capitalisation, expériences, ingénierie de projet, et faciliterait le recueil des données pertinentes. Elle garantirait la transparence et la compréhension des décisions par des présentations didactiques susceptibles de parler aux habitants et de mobiliser leurs élus.

La recherche universitaire — épidémiologie, sociologie, économie, géographie de la santé, etc. — doit être beaucoup plus mobilisée, tant pour la production et l'analyse de données que pour l'évaluation des politiques, au niveau local et régional.

L'évaluation

L'évaluation conjointe de ces politiques sera quantitative (nombre de professionnels, de personnes touchées, périmètre de l'action, volume des dépenses...), mais surtout qualitative : impact sur la qualité de vie, le bien-être global, le développement durable, la mobilisation effective des habitants, ce que la population ressent et que ses élus peuvent appréhender.

Il est essentiel qu'elle soit déterminée d'un commun accord et que ses termes fassent partie du contrat : ce que l'on choisit de mesurer a un impact sur les décisions.

L'évaluation de « l'impact en santé » est un nouvel instrument à développer pour aider à la décision, alimenter le débat public et contribuer à la démocratie sanitaire.

La transversalité

La transversalité est une clé essentielle pour le succès de toute politique de santé. Difficile au niveau régional même si le préfet est le président du conseil de surveillance de l'ARS, elle est impérative au niveau local : entre les services et politiques thématiques de la commune, entre les différents professionnels, mais aussi avec les autres acteurs, institutions, administrations, collectivités...

L'introduction de la notion de « santé dans toutes les politiques » permet de légitimer l'engagement de la collectivité dans ce champ nouveau et d'élaborer une politique globale de santé, intégrée dans le projet politique général de la collectivité, en lieu et place d'actions disparates et ponctuelles. C'est ainsi, par exemple, que les politiques de développement durable et les Agendas 21 sont d'excellents facteurs de mobilisation des collectivités territoriales sur les questions de santé. Mais il y a, là encore, besoin de formation pour une large utilisation.

Les financements

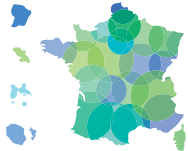
Il convient d'abord de stabiliser l'existant en contribuant à l'évaluation et à la mise en cohérence d'actions parfois isolées. Les politiques de santé exigent durée et persévérance, personnel stable, formé et reconnu par les multiples partenaires. Dans le cadre du CLS, les conventions pluriannuelles doivent

être la règle. La procédure d'appel à projets doit être limitée à l'identification d'actions nouvelles et innovantes.

Un poste pérenne de coordination est une condition *sine qua non*. La participation, souvent importante, de la collectivité doit être évaluée et reconnue, et soutenue par des moyens non financiers — expertise, ingénierie, accompagnement, formation... — et financiers qui relèvent de nombreuses sources — FIQCS, ex-PRSP, fonds de prévention de l'Assurance maladie, politique de la ville, etc. — qu'il conviendrait de fusionner. Au-delà, une « labellisation » par l'ARS des autres financements (fondations, entreprises, laboratoires, etc.) serait facteur de transparence et de qualité.

De la manière dont les élus locaux seront considérés et associés à cette grande réforme de la gouvernance de la santé dépendront son succès et l'adhésion de la population à ses enjeux. Il y faut du partage, du temps (et les calendriers imposés ne le permettent guère), une volonté politique sans faille, une pédagogie renouvelée pour faire comprendre où est l'intérêt bien compris de la population, et donc des élus. 🗨️

Actes des Journées nationales d'étude d'ESPT, disponibles sur le site <http://www.espt.asso.fr>, en particulier : Observation locale en santé, Marseille, 10/2009 ; Santé des jeunes, Reims, 09/2008.



Soins de santé primaire et ARS : les craintes des médecins généralistes

**Comment les médecins
généralistes
perçoivent-ils la création
des ARS? Quelles sont
leurs attentes
et leurs craintes?
Point de vue du président
de MG-France.**

L'importance de la réponse de soins de santé primaire (terminologie de l'OMS), dite réponse de premier recours (loi HPST), ou de proximité dans la terminologie politique récente, émerge peu à peu, avec lenteur, dans une relative inefficacité du fait des résistances multiples. Mais enfin quelques responsables commencent à comprendre que c'est le point de faiblesse principal de notre système de santé.

Peut-être s'agit-il même d'un point de faiblesse qui sera à terme mortel pour un système de santé en faillite financière qui est en train de commettre une ultime erreur : ne pas mettre le « paquet » sur la réorganisation d'une réponse de proximité susceptible d'assumer les soins primaires, et ainsi permettre une bonne utilisation du reste du système, au premier rang duquel l'hôpital qui coule et croule dans des missions qui ne sont pas les siennes, et dans un véritable détournement d'usage que lui impose la désorganisation globale du système de santé français.

La réorientation des soins vers la médecine générale nécessite... des médecins généralistes. Mais à force d'entendre dire que les soins primaires pourraient se passer des médecins généralistes, ceux-ci se posent des questions, et parfois quittent la profession, épuisés ou découragés. Pendant ce temps, nos jeunes confrères et confrères regardent et attendent de savoir comment et où ils pourraient exercer sereinement ce métier difficile, exigeant mais passionnant!

L'ARS outil? Oui mais...

L'ARS réunit dans ses mains des compétences qui devraient, théoriquement, aider

à construire des réponses adaptées aux besoins de santé de la population. Mais elle manque des outils nécessaires pour adapter et construire cette réponse auprès de la population et des acteurs de terrain, là où sera réellement jugée son action.

– Elle ne dispose pas des données de santé ambulatoire, mais des données de liquidation de l'assurance maladie, dont les limites pour gérer notre système de santé sont peu connues par les responsables.

– Elle a peu de données sur l'offre de santé de proximité : le zonage de proximité fait par les missions régionales de santé pour définir les zones « désertiques » a montré ses limites, car construit sans tenir compte ni du temps de travail ni de l'âge des médecins généralistes.

Comment, dans ces conditions de mauvaise visibilité, améliorer la réponse aux besoins de santé de proximité? Une solution pourrait être de donner aux acteurs locaux un rôle de régulateurs dans l'adaptation besoin-réponse.

Un exemple : pour le maintien à domicile des personnes âgées, nous avons besoin d'organiser le volet soin en liaison avec le volet social (logement, accès à différents services comme les repas...). Pour cela, il nous faut anticiper sur la perte d'autonomie, donc faire un bilan de ce risque, organiser et coordonner la réponse aux besoins de santé et d'accompagnement lorsque cette perte d'autonomie survient. Or, aujourd'hui, les acteurs de proximité ne sont pas les organisateurs de cette préparation logistique, ils n'en sont pas les gestionnaires, et ne connaissent finalement pas les ressources quand elles existent. Ces ressources sont en plus rarement adaptées aux différents niveaux d'urgence avec des délais

Claude Leicher

Président du syndicat MG-France

de réactions qui peuvent aller de la prise en charge immédiate d'une décompensation à l'organisation programmée d'une entrée en structure collective.

Il faut donc organiser une continuité de service auprès de la population en donnant aux acteurs de terrain une unité d'action médico-sociale. C'est au niveau de la mise en œuvre de terrain que le décloisonnement doit se faire; la coordination des soins doit se concrétiser par une véritable coordination médico-sociale de proximité. Les ARS ont-elles conscience de cet aspect et ont-elles les moyens de le mettre en œuvre?

Proposition : les ARS devraient déléguer aux acteurs de proximité un rôle mixte, organisateur et gestionnaire de l'ensemble de la réponse médico-sociale, en désignant en leur sein un coordonnateur «logisticien», lui-même acteur de terrain.

L'ARS : un risque ?

L'ARS a-t-elle la vocation et aura-t-elle la capacité de permettre les adaptations et les souplesses dont le monde libéral de proximité a l'habitude et le besoin? Créer des outils comme les maisons médicales de garde, les maisons de santé pluridisciplinaires n'a été possible que grâce à une certaine autonomie et une capacité d'initiative. Les gestionnaires des ARS ont-ils la capacité structurelle de favoriser et d'aider les initiatives? Leurs premières décisions nous concernant (application du décret Ehpad, inadapté sur bien des points...) montrent qu'ils ont d'abord (et avant tout?) un rôle d'application de la réglementation décidée au niveau national et un rôle de mise en œuvre de mesures budgétaires. Leur «marge de manœuvre» théorique est en fait très encadrée.

Deux exemples :

- Le dossier de la permanence des soins : avec un budget fixé par le ministère de la Santé, chaque ARS doit organiser la permanence des soins sur tout le territoire. Or une organisation existe : qu'en sera-t-il de l'avis des acteurs de terrain qui ont souvent proposé eux-mêmes des modes d'organisation, maison médicale de garde, régulation libérale des appels, territoires d'intervention? Où sera le lieu de discussion?

- La construction de territoires de proximité : quelle dimension? Pas seulement leur taille, mais aussi leur type : pour nous, la patientèle «médecin traitant» est notre «territoire fonctionnel» de travail, et le territoire géographique qui a un sens est celui du secteur de permanence des soins. Et pour l'ARS, si aucun de ces deux territoires n'est retenu, comment allons-nous organiser notre activité?

Proposition : introduire une culture de la souplesse et de l'adaptation, et d'écoute des acteurs dans leur zone de proximité.

Les insuffisances de la réforme : les ARS ont-elles les moyens de leurs ambitions ?

Les ARS seront d'abord des structures d'exécution, dans la continuité des structures qu'elles ont absorbées. Elles devront, faute d'étouffer le secteur libéral, inventer une culture de la souplesse et de l'adaptation. Mais elles buteront rapidement sur la peur qu'ont eu les concepteurs : la peur de l'autonomie et de la responsabilité dans la gestion financière du risque maladie. Cantonnées dans la gestion de quelques fonds, leur capacité de créativité retentira immédiatement sur la créativité de terrain, qu'elles ne peuvent que contingenter voire étouffer.

Proposition : aller au bout de la réforme, en donnant capacité à gérer le risque pour la partie soins primaires.

Sur quels sujets l'ARS peut-elle aider à construire ? Le premier : l'équipe libérale de santé de proximité

Pour construire la réponse aux soins primaires, de premier recours, de proximité, il faudra valoriser le travail en équipe et considérer les acteurs de premier recours comme structurellement prioritaires dans l'organisation du système de santé. Les autres acteurs doivent structurer leur fonctionnement en intégrant cette priorité. *A contrario*, les acteurs de premier recours doivent participer à une interface d'organisation systématique assurant la continuité et la fluidité du parcours de santé. Les ARS ont là le moyen de la réussite ou de l'échec dans la construction d'un système de santé, construction cette fois «à l'endroit», c'est-à-dire en commençant par le socle.

Valoriser le travail de coopération, cela signifie organiser des complémentarités dans le respect des compétences, et en ayant conscience des volumes de population en jeu. Les infirmières prennent en charge 8 % de la population, la plus lourde en demande de soins, les personnes âgées dépendantes, population en augmentation. Nous allons manquer d'infirmières si le maintien à domicile reste un objectif. Les médecins généralistes prennent en charge 95 % de la population, ils ont besoin d'embaucher des secrétaires véritables «assistantes» de leurs cabinets, pour organiser mieux leur temps de travail et se décharger de tout le considérable travail administratif. Il faut arrêter de fantasmer sur «les nouveaux métiers» de la

santé : nous avons en fait besoin de compétences en logistique, mais assumées sous la responsabilité des acteurs qui les mettront ensuite en œuvre. Nos secrétaires sont aussi nos assistantes-logisticiennes : encore faut-il avoir des moyens pour les embaucher.

Une fois cette étape réalisée, nous devons développer avec l'aide des ARS une politique d'interfaces :

- interface traitant-correspondant, pour organiser en ville un parcours de soins débarassé des verrous actuels (délais de rendez-vous, tarifs pris en charges) ;

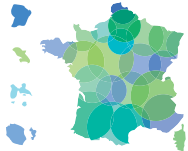
- interface ville-hôpital pour organiser l'entrée à l'hôpital (régulation, maisons médicales de garde à côté des urgences), la sortie de l'hôpital (organiser le retour, réalisation des prescriptions de sortie par le médecin traitant AVEC une lettre qui accompagne la sortie!) et peut-être un jour donner un avis pendant le séjour?

Un peu de prospective ?

Dans leur cadre réglementaire, les ARS pourront-elles entendre les propositions créatives des acteurs territoriaux? Des initiatives comme les maisons médicales de garde, les maisons pluridisciplinaires et pôles de santé libéraux, nous en avons d'autres dans nos projets professionnels de terrain. La liaison structurelle ARS-territoire leur permettra-t-elle d'être entendues?

Tout système opérationnel doit décliner son programme, mais en même temps laisser se développer des initiatives, les examiner, les valider. Notre espace territorial peut être habité par cet esprit d'initiative libre, mais se mettre à la tâche dans un environnement réglementaire non opérationnel au regard de nos critères de souplesse d'initiative et n'est pas motivant et surtout pas efficace. Un dossier FIQSV qui nous met dans une instabilité financière à chaque échéance, à chaque revalidation, est impossible. Les ARS ne risquent-elles pas de couler sous le poids de leur propre lourdeur?

A contrario, la mise en cohérence des structures régionales est un progrès. Mais l'absence de données de santé ambulatoires est un handicap majeur; il montrera rapidement la limite de l'adaptation au terrain d'une véritable politique de santé publique qui doit être d'abord attachée à l'accès aux soins et à la lutte contre les inégalités sociales de santé. Comment décrire les actions à mener sans que celles-ci soient appuyées sur des données de santé à un niveau tel que les actions soient pertinentes? 🌱



Réforme des ARS : un aboutissement ou une étape pour un système de santé bien géré ?

La loi HPST s'inscrit dans la suite des réformes qui ont adapté le système de santé aux évolutions de la société. Un regroupement au sein des ARS de tous les secteurs du système de santé, y compris la gestion du secteur ambulatoire, et la création d'une agence nationale de santé pourraient être l'objet d'une prochaine réforme.

Pierre-Louis Bras
Professeur associé à Paris Ouest
Nanterre La Défense

Les politiques publiques se construisent à partir de modifications dans l'agencement des prérogatives et des responsabilités des organes (autorités politiques, services administratifs, agences, niveaux d'administration...) en charge de les mettre en œuvre. Les aménagements dans l'équilibre des pouvoirs, les changements dans la répartition des ressources normatives, matérielles ou symboliques sont censés induire de nouveaux comportements conformes aux objectifs poursuivis.

Ainsi la création des agences régionales de santé (ARH), en 1996, correspondait à la volonté de créer une administration régionale spécialisée capable de mettre en œuvre une politique de restructuration du système hospitalier plus vigoureuse que celle que pouvaient conduire les services placés sous l'autorité de préfets, plus soucieux d'équilibres politiques locaux que de performances.

Pour autant, les ARH n'ont pas pleinement atteint les objectifs poursuivis à travers leur création. Les directions d'hôpitaux devaient composer au sein des établissements avec des groupes puissants : les élus, les médecins, les personnels, tous enclins, fort naturellement, à exiger des moyens supplémentaires. Aussi, elles se comportaient plus en représentants de la communauté hospitalière locale pour négocier auprès des ARH des compromis acceptables sur les ressources dévolues à l'établissement qu'en agents de la politique hospitalière nationale et régionale. Manquant ainsi de leviers et de relais, les ARH n'étaient pas en mesure de conduire des politiques vigoureuses de recherche de la performance.

Une profonde réforme de la gouvernance hospitalière

La loi HPST a pour ambition de modifier profondément ce dispositif de pouvoir. Il s'agit, tout d'abord, de placer, selon les termes du président de la République, le directeur d'hôpital en position de « patron » au sein de l'hôpital. Pour cela, les élus sont, au moins formellement, écartés de la gestion hospitalière ; le conseil d'administration est remplacé par un conseil de surveillance. La capacité d'influence des médecins est aussi réduite. Ainsi la gestion de l'hôpital ne s'organise plus autour d'un conseil exécutif composé à parité d'administratifs et de praticiens, mais autour du directeur. S'il est flanqué d'un directoire, celui-ci porte mal son nom puisqu'il s'agit, non d'un organe de décision, mais d'une instance consultative. Les pouvoirs du directeur pour ce qui concerne la nomination des chefs de pôles et des praticiens sont aussi augmentés.

Le directeur dispose donc de ressources accrues pour diriger l'hôpital, mais il est lui-même placé plus directement sous l'autorité du directeur de l'agence régionale de santé (ARS). Sauf pour les CHU, celui-ci joue désormais un rôle central dans la nomination des directeurs d'établissements.

La loi HPST vise donc à substituer un schéma vertical de management (un patron au sein de l'hôpital, soumis lui-même à l'autorité du directeur d'ARS) à un dispositif de gouvernance fondé sur la négociation et le compromis.

Si changer par des textes l'agencement des pouvoirs ne suffit pas à bouleverser des rapports de force ancrés dans l'histoire et la

pratique des établissements, la loi HPST inscrit la gouvernance hospitalière dans une trajectoire nouvelle. Les ARS se trouvent placées à l'égard des établissements de santé dans une position radicalement différente que celle occupée par les ARH. L'objectif majeur qui leur est fixé — ramener l'ensemble des établissements de santé à l'équilibre — témoigne du rôle qu'on entend leur voir jouer; le respect de cet objectif, même avec un retard sur l'échéance de 2012, sera d'ailleurs un test de la pertinence du nouveau dispositif.

Toutefois, l'avènement d'une gouvernance hospitalière plus orientée vers la performance n'est pas la principale promesse qui a servi de support à la loi HPST. Elle a été promue comme la réforme qui permettrait d'en finir avec une vision cloisonnée des questions sanitaires, de mettre en place une appréhension globale et ordonnée de la politique de santé.

La fin des cloisonnements...

À cet égard, même si la thématique de la « transversalité » a été amplement mobilisée pour justifier la création des ARS, une réforme administrative qui vise à réduire les cloisonnements entre organes administratifs n'entraîne pas d'elle-même une plus grande fluidité des parcours des soins. Par exemple, les questions pratiques tenant à la coordination villes-hôpital (transmission des informations, possibilité pour les médecins traitants d'accéder aux services hospitaliers...) ne sont pas directement impactées par une réforme des organes d'administration. Il est vrai qu'il est difficile de « vendre » une réforme administrative sans laisser espérer des bénéfices immédiats et tangibles pour les patients.

La création des ARS est donc pour l'essentiel une réforme du dispositif administratif régional. Celui-ci était organisé en tuyau d'orgue : les ARH en charge des établissements de santé, les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) et les caisses locales d'assurance maladie en charge de la médecine de ville, les groupements régionaux de santé publique (GRSP) et les services déconcentrés du ministère en charge de la prévention et de la promotion de la santé, les services déconcentrés du ministère de la santé et des affaires sociales, et les départements en charge du médico-social. Cette construction en tuyau d'orgue n'en était pas moins confuse avec des compétences croisées; par exemple, le réseau des caisses d'assurance maladie était un intervenant important en matière de prévention. Cette

organisation se caractérisait aussi par une dispersion des moyens entre diverses institutions; par exemple, pour remplir leurs missions, les ARH devaient mobiliser des agents des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass), des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass), des caisses régionales d'assurance maladie (Cram) et des services médicaux de l'assurance maladie.

Le dispositif d'administration de la santé en région était donc caractérisé par des cloisonnements, des compétences croisées, des dispersions de moyens, une grande complexité, l'absence d'une définition claire des responsabilités. Cette situation appelait une réforme. La création des ARS permet de rationaliser ce dispositif administratif. Le périmètre d'action des nouvelles agences est très large; il englobe la veille sanitaire et la gestion des crises, la promotion de la santé, l'offre de soins et le médico-social. Les ARS regroupent dans une seule institution, sous l'autorité de leurs directeurs, des équipes auparavant dispersées dans les Ddass, les Drass, les ARH, les Urcam, les services médicaux des caisses.

... exception faite des soins de ville

Pour autant, cette rationalisation n'est pas poussée jusqu'à son terme. La réorganisation régionale s'est opérée sans que soit entreprise une réorganisation du niveau national, alors même que le dispositif régional reproduisait en région la fragmentation des instances de pilotage national. Fort logiquement, la création d'une agence nationale de santé a été évoquée lors des premières réflexions sur la réforme. Cette hypothèse a toutefois été vite écartée après que la ministre de la Santé eut exprimé son inquiétude de voir le ministère de la Santé vidé de sa substance.

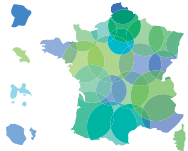
Dès lors que les institutions nationales étaient appelées à perdurer dans leur être, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) s'est efforcée de préserver ses prérogatives et celle de son réseau dans son domaine d'action traditionnel : les soins de ville.

Pour défendre ses prérogatives, la Cnam ne pouvait plus, depuis 2004, s'appuyer sur la légitimité que lui conférait auparavant le thème de la démocratie sociale, de la gestion par les partenaires sociaux. Mais elle a réussi à s'affirmer depuis comme l'instance la plus dynamique pour gérer le risque et maîtriser les dépenses. Elle a fait valoir que ses performances en ce domaine étaient bien supérieures à celles des administrations d'État. Cette légitimité fonctionnelle lui a permis de conserver

l'intégralité de ses moyens d'action à l'égard de la médecine de ville. L'adage « on ne change pas une équipe qui gagne » a prévalu.

Ainsi, si les ARS ont théoriquement vocation à réguler l'ensemble de l'offre de soins, elles sont singulièrement démunies de leviers d'action à l'égard des soins de ville. La relation avec les professionnels de ville s'organise à travers les conventions négociées nationalement et mises en œuvre par les caisses locales. Le réseau de la Cnam a développé des outils d'influence sur les comportements à travers les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (Capi). Les moyens humains qui permettent d'intervenir auprès des professionnels — les médecins conseil et les délégués de l'assurance maladie — n'ont pas rejoint les ARS. Le réseau de la Cnam conserve les capacités d'analyse des données issues des systèmes de remboursement. Il est vrai que les ARS ont vocation à établir des schémas régionaux d'organisation des soins qui engloberont les soins de ville, mais ces schémas n'ont pas vocation à être opposables. Les dispositions qui prévoyaient que les médecins installés en zones excédentaires devaient contribuer à l'offre de soins en zones déficitaires ont vocation à être abrogées. Si la loi HPST tente de conférer un droit de regard aux ARS sur les actions entreprises par les caisses en matière de gestion du risque, l'article qui organise cette relation est d'une telle complexité qu'il a peu de chance d'être effectif. Ce n'est qu'en matière d'organisation et de financement de la permanence des soins que les ARS disposent de réelles prérogatives à l'égard des soins de ville. Elles sont aussi en charge de soutenir et de financer les maisons de santé pluri-professionnelles, mais malgré l'enthousiasme politico-administratif que suscite ce mode d'organisation des soins, celui-ci reste encore très marginal.

Les ARS souffrent d'ailleurs, dès l'origine, d'un déficit de légitimité à l'égard des médecins de ville. Ainsi, on lit sur le site de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) que celle-ci entend « construire une convention bouclier pour protéger les médecins des ARS ». Une manière de renouer avec une attitude traditionnelle du corps médical : utiliser les relations avec les caisses d'assurance maladie pour éviter de se trouver confronté en direct avec l'administration d'État. De fait, les ARS, malgré leurs pouvoirs limités, semblent être perçues comme une menace par les médecins : selon un sondage du *Panorama du médecin*, la création des ARS est un « mauvaise ou une très mauvaise chose »



pour 48 % des médecins; seulement 26 % considèrent qu'il s'agit d'une « bonne ou d'une très bonne chose ».

Les termes d'une prochaine réforme

Au total, si la création des ARS devait aboutir à terme à un renouvellement profond des conditions de la gouvernance hospitalière, la réforme ne tient toutefois pas totalement sa promesse : décloisonner les organes d'administration de la santé. Elle se cantonne au niveau régional sans remettre en cause l'organisation nationale. En ce qui concerne les soins de ville, la dualité des pouvoirs persiste : les ARS ne contrôlent pas les moyens d'action concrets qui continuent de relever de la Cnam et de son réseau. Mais cette promesse non tenue crée une tension dont on peut penser qu'elle sera à l'origine de la prochaine réforme : un regroupement effectif au sein des ARS de toutes les équipes qui contribuent à l'administration du système de soins au niveau régional; la création d'une agence de santé au niveau national.

En ce sens, la création des ARS ne constitue qu'une étape, comme d'ailleurs les précédentes réformes de la gouvernance en matière de santé.

Enfin, il ne faut pas se méprendre sur la portée de la création des ARS. Il ne s'agit pas d'une régionalisation. Les prérogatives des ARS ne sont pas fondamentalement accrues par rapport à celles dont disposaient les diverses administrations/institutions auxquelles elles se substituent. Le législateur a d'ailleurs tenu à marquer clairement que la réforme s'inscrivait dans une démarche de déconcentration limitée. Alors que le texte initial du gouvernement prévoyait que les ARS avaient pour mission « de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé dans le cadre de la politique nationale de santé », le texte final prévoit que les ARS ont pour mission de « définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé ». L'attitude du législateur est d'ailleurs parfaitement logique : comment une politique pourrait-elle être définie par une instance qui ne bénéficie pas de la légitimité que confère l'élection en régime démocratique? Déjà, on a pu entendre des directeurs d'ARS se plaindre que les ARS soient traitées comme des « services extérieurs », mais pouvait-il vraiment en être autrement? Encore faudrait-il que ces services déconcentrés disposent d'une réelle marge d'autonomie. Rien n'est joué à cet égard 🗳

Liste des sigles

Anap	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
Asip-S	Agence des systèmes d'information partagés de santé
Capi	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CHT	Communauté hospitalière de territoire
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
CNP	Conseil national de pilotage des agences régionales de santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREAHI	Centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
Ddass	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
Drass	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
Finess	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GRSP	Groupement régional de santé publique
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
MRS	Mission régionale de santé
MSA	Mutualité sociale agricole
Ondam	Objectif national d'évolution des dépenses de l'assurance maladie
ORS	Observatoire régional de la santé
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
Praps	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRGDR	Programme régional de gestion du risque
Priac	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet régional de santé
PSRS	Plan stratégique régional de santé
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RSI	Régime social des indépendants
Sios	Schéma interrégional d'organisation des soins
Sniiram	Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
Sros	Schéma régional d'organisation des soins
SRP	Schéma régional de prévention
Urcam	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux
URPS	Union régionale des professionnels de santé
Vagusan	Veille, alerte et gestion des urgences sanitaires