

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 télémédecine 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 ;

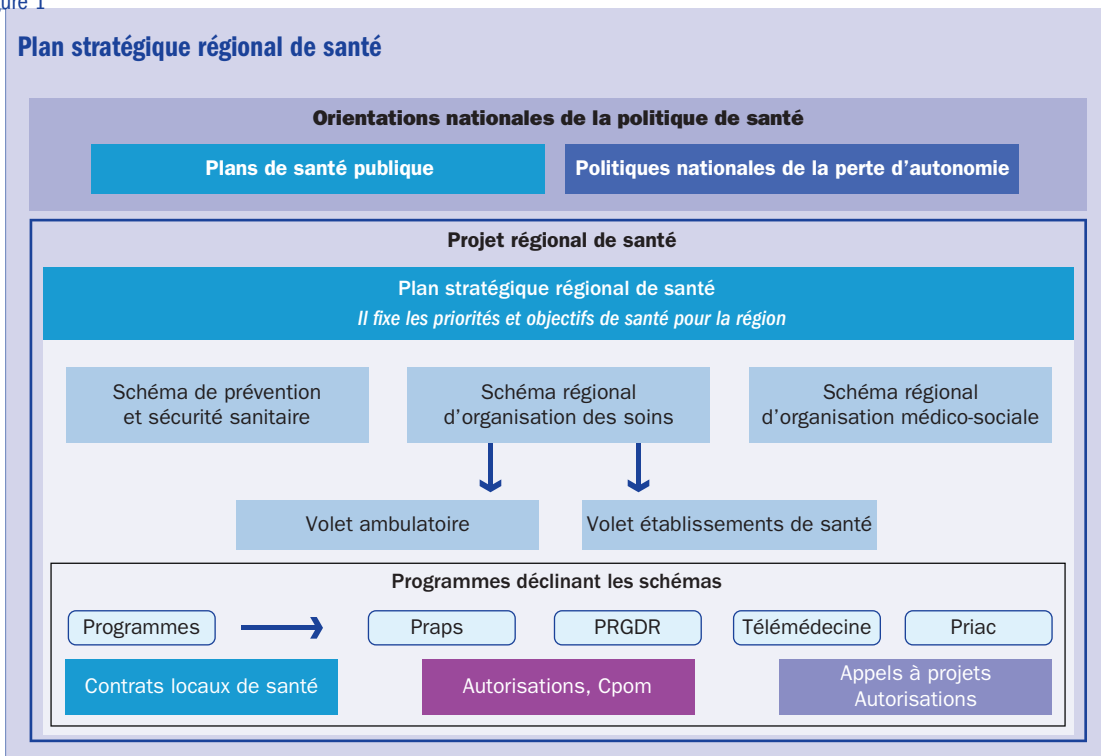
- des mesures de coordination avec les autres politiques de santé, notamment dans le domaine de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Ces mesures doivent être 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.

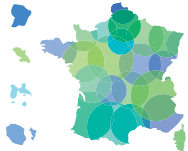
Les schémas régionaux d'organisation

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.

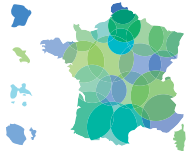
Une équipe projet régionale a été constituée afin de préparer les travaux de la commission sur un plan technique et coordonner les productions des différents groupes de travail. Elle est composée de représentants des organismes d'assurance maladie et de l'ARS.

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 :

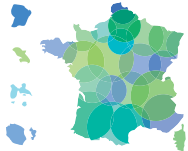
- l'Anap servira de « boîte à outils », en fournissant des référentiels et des méthodologies ;
- les ARS joueront le rôle démultiplicateur pour permettre à l'Anap d'augmenter son impact sur les établissements de santé et médico-sociaux.

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



Les agences régionales de santé, un an après

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.

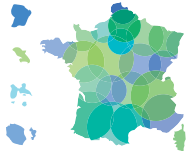
D'autres informations techniques sont employées pour faire évoluer une application dans le cadre d'une « administration des bases de données » : il s'agit d'indications sur le format de la donnée (« typage »), les conditions de mise à jour, l'entité habilitée à la mettre à jour.

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.

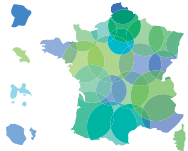
Les modalités : CNP versus ANS

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.

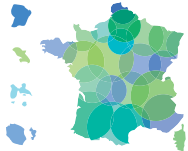
Ce dialogue à renouveler doit disposer d'un support lui-même révisé : c'est le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), introduit par la loi HPST à l'article L. 1433-2 du Code de la santé publique. Celui-ci, signé entre l'ARS et ses ministres de tutelle, doit porter la logique de responsabilisation 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 démobilisation 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. 🌐