

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.

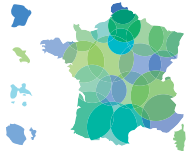
L'un des objectifs de la loi de juillet 2009 est de permettre un renforcement de la coopération entre établissements. Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, est introduite la notion de communauté hospitalière de territoire (CHT). De même, des coopérations entre établissements publics 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 :

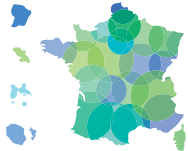
- **une commission permanente** qui exerce, en dehors des séances plénières, l'ensemble des attributions dévolues à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. C'est de fait l'instance de « permanence » de la CRSA. Elle a un rôle primordial puisqu'elle prépare les avis de la CRSA ;
- **une 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, hosi-

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'Ile-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