



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2006 –

« MISE EN PLACE D'UN GROUPEMENT REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE »

– Groupe n° 24 –

- BAROU Anne-Claire
- BOUSQUIE Florent
- BRUNEAU Marie-Thérèse
- CORBIAT Anne
- CORNEC Gaël
- GUINOISEAU Sophie
- LESTIENNE Anne
- MERVEILLEUX Adeline
- PEREIRA Laetitia

Animateur

- *DODET Jean-François*

Sommaire

Introduction	1
1. Le groupement régional de santé publique	4
1.1 Les missions	4
1.2 La composition	4
1.2.1 Les membres.....	4
1.2.2 Les instances.....	5
1.3 Le financement	5
1.4 Le fonctionnement	5
2. Enquête sur la mise en œuvre d'un groupement régional de santé publique	6
2.1 Méthodologie	6
2.2 Analyse des entretiens	9
2.2.1 Régionalisation, articulation des outils et des instances	9
2.2.2 La forme juridique.....	17
2.2.3 Financement.....	19
2.2.4 Evaluation	22
3. Perspectives: vers l'agence régionale de santé?	4
3.1 Les modalités de création de l'agence régionale de santé	25
3.2 L'attitude des acteurs vis-à-vis de l'agence régionale de santé	26
Conclusion	28
Bibliographie	31
Liste des annexes	32

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement :

- M. DODET, notre animateur, pour son soutien méthodologique et ses conseils précieux.
- L'ensemble des personnes qui ont accepté de nous accorder un entretien ou de répondre à notre questionnaire
- Le bureau du MIP, pour son soutien logistique.

Liste des sigles utilisés

A.R.H	Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.R.S	Agence Régionale de la Santé
B.O.P	Budget Opérationnel de Programmes
C.I.R.E	Cellule Interrégionale d'Epidémiologie
C.O.G	Convention d'Objectifs et de Gestion
C.P.A.M	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.P.E.R	Contrat de Plan Etat – Région
C.R.S	Conférence Régionale de la Santé
D.G.S	Direction générale de la Santé
D.D.A.S.S	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.R.A.S.S	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
G.I.P	Groupement d'Intérêt Public
G.R.S.P	Groupement Régional de Santé Publique
I.G.A.S	Inspection Générale des Affaires Sociales
I.N.Ca	Institut National du cancer
I.N.P.E.S	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
I.N.V.S	Institut National de Veille Sanitaire
M.R.S	Mission Régionale de Santé
M.I.L.D.T	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie
O.R.S	Observatoire Régional de la Santé
P.R.A.P.S	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
P.R.S	Programme national de santé
P.R.S.P	Plans Régionaux de Santé Public
U.R.C.A.M	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
U.R.M.L	Union Régionale des Médecins Libéraux
S.R.E.P.S	Schéma régional d'éducation pour la santé
S.R.O.S	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Introduction

La santé des citoyens est une préoccupation constante des pouvoirs publics. L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît le système de santé français comme l'un des meilleurs du monde. Toutefois, il persiste des inégalités de santé géographiques et sociales sur le territoire et un taux de surmortalité prématurée considérée comme évitable (l'espérance de vie à 35 ans des professions libérales et des cadres est en moyenne de 6,5 ans plus longue que celle des ouvriers au même âge).

Par conséquent, il se dégage deux objectifs prioritaires concernant l'état de santé de la population : pour l'ensemble de la population, réduire la morbidité et la mortalité prématurées. A destination des catégories les plus touchées, réduire les inégalités de santé.

Pour y remédier, les pouvoirs publics ont choisi de développer la prévention et l'éducation pour la santé tout en essayant de coordonner les approches préventives et curatives. Les professionnels de la santé ont depuis longtemps travaillé sur ce thème et des initiatives ont été prises, comme le développement de réseaux, permettant de forger une culture de coopération et de concertation.

Cependant, l'Etat demeure le garant de la santé publique¹, comme l'a confirmé la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. En effet toute politique de santé est nationale, mais elle doit être relayée localement pour tenir compte des spécificités territoriales, afin de répondre efficacement aux besoins de santé de la population.

Les acteurs sont incités à travailler en partenariat et la loi consacre l'échelon régional comme territoire pertinent de mise en œuvre des politiques de santé. Ce mouvement en faveur de la région a commencé dès 1970 avec la loi hospitalière instaurant la carte sanitaire², premier instrument de planification. En 1977, les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) sont mises en place. Dans les années 80, les Observatoires Régionaux de Santé sont institués.

La loi du 31 juillet 1991³ relative à la réforme hospitalière instaure de nouveaux outils, les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) qui sont destinés à

¹ Loi N°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, J.O N°185 du 11 août 2004, p.14277 et s.

² Loi N° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, J.O du 3 janvier 1971, p. 67.

³ Loi N° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, J.O N° 179 du 2 août 1991.

permettre une répartition optimale des installations et des structures de santé sur le territoire.

La dimension régionale est accentuée au travers de la création des Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML) par la loi du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie⁴.

Cependant, c'est réellement à partir des ordonnances du 24 avril 1996⁵ que le tournant essentiel du processus de régionalisation se concrétise avec la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Il s'agit d'instances de régulation de l'offre hospitalière publique et privée au niveau de la région.

La création des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) conforte l'idée du renforcement de l'échelon régional. Enfin, les conférences régionales de santé (CRS) déterminent depuis 1996 les priorités régionales, dont sont issus les programmes régionaux de santé (PRS), arrêtés par les Préfets de région.

Enfin, la loi du 9 août 2004⁶ définit des objectifs nationaux de santé publique. Pour les atteindre, elle détermine des Plans et des Programmes Nationaux de Santé Publique et donne à la Nation les instruments d'action dont elle a besoin. Elle organise le partenariat des acteurs de santé.

Elle confirme l'existence des conférences régionales de santé en en modifiant la composition et crée le plan régional de santé publique et le groupement régional de santé publique. Les Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP) déclinent dans les régions les objectifs définis au niveau national. C'est le Préfet qui l'arrête, après avis de la conférence régionale de santé.

Le Groupement d'Intérêt Public (GIP), dénommé Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), rassemblera dans chaque région les diverses instances intervenant dans les domaines de l'observation, de l'épidémiologie et de la prévention et de l'éducation pour la santé, dans le but de mettre en oeuvre les plans régionaux de santé publique (PRSP)

La grande diversité des acteurs intervenant dans le GRSP rend complexe sa mise en place. Leurs intérêts, les cultures et les modes de fonctionnement varient et rendent stratégique l'articulation de leurs missions et de leur champ d'intervention.

⁴ Loi N° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, J.O. N°3 du 5 janvier 1993

⁵ Ordonnance N° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (J.O N° 98 du 25 avril 1996 p. 6311) ; ordonnance N° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale (J.O N° 98 du 25 avril 1996 p. 6301) ; ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (J.O N° 98 du 25 avril 1996 p. 6324)

Pour mieux comprendre les enjeux et les contraintes de la mise en place de cette nouvelle instance, une première partie présentera plus précisément le groupement régional de santé publique.

La seconde partie de l'étude portera sur l'analyse de données recueillies auprès de différents acteurs, selon un cadre méthodologique adopté par l'ensemble du groupe.

⁶ Loi N°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, J.O N°185 du 11 août 2004, p.14277 et s

1. Le groupement régional de santé publique

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit la création d'un Groupement Régional de Santé Publique. Bien que la détermination de la politique de santé publique soit une compétence de l'Etat, c'est au niveau régional que cette politique nationale est organisée concrètement. L'objectif du GRSP est de rassembler les compétences existantes et de les intégrer dans les actions menées dans le cadre des plans et objectifs nationaux.

1.1. Les missions

- Il s'appuie sur l'observation de la santé dans la région pour mettre en œuvre le PRSP. Il contribue à l'évaluation des programmes de celui-ci.
- Il développe les coopérations et favorise le rapprochement des acteurs régionaux
- Il rend compte de son activité devant la conférence régionale de santé.
- Il peut également « être chargé d'assurer et de contribuer à la mise en œuvre des actions particulières de la région selon des modalités fixées par décret »
- Concrètement, il financera des actions locales par le biais d'appels d'offres.

1.2 La composition

C'est un groupement d'intérêt public. Il jouit de la personnalité morale. Il est doté d'une autonomie administrative et financière.

1.2.1 Les membres

- l'Etat et ses établissements publics intervenant dans le domaine de la santé publique (dont obligatoirement l'InVS et l'INPES).
- l'agence régionale de l'hospitalisation
- l'assurance maladie
- la région, les départements, communes ou groupements de communes, lorsqu'ils le souhaitent.

1.2.2 Les instances

- Un conseil d'administration composé de ses membres constitutifs et de personnalités qualifiées.
- Le président du conseil d'administration est le préfet de région ; celui-ci désigne le directeur du GRSP.

1.3 Le financement

Le GIP est obligatoirement financé (mais pas à titre exclusif) par :

- une subvention de l'Etat
- une dotation de l'assurance maladie (modalités déterminées par décret)

1.4 Le fonctionnement

- les membres peuvent contribuer au GRSP sous forme de participation financière (mise à disposition de personnels, matériels ou de locaux)
- le budget est adopté chaque année par le conseil d'administration.
- Un **comité des programmes**⁷ est chargé notamment de planifier et organiser les travaux, entre autres instruire les dossiers de financement, et de définir les procédures de suivi et d'évaluation des actions.

« Un des enjeux forts pour l'avenir reste que cette structure puisse créer les conditions d'une collaboration fructueuse entre les acteurs de la région et qu'elle leur permette d'assurer ainsi la bonne articulation de leurs interventions dans le cadre d'une politique de santé publique commune »⁸

⁷ Cf. Annexe 3

⁸ ADSP, mars 2004 (n°46), « Des programmes aux politiques régionales de santé » (Roland SAMBUC)

2. Enquête sur la mise en œuvre d'un groupement régional de santé publique

2.1 Méthodologie

Le groupe est constitué d'élèves directeurs et inspecteur issus des différentes filières (directeur d'hôpital, établissements médicaux sociaux, directeur des soins, inspecteur de l'action sanitaire et sociale).

Pour appréhender la mise en place des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP), nous avons fait le choix de rencontrer différents acteurs de plusieurs régions, sans nous concentrer sur un territoire précis. Cette démarche est motivée par le caractère récent de la réforme, qui fixe l'échéance de constitution de ces structures au 30 juin 2006. De ce fait, la création de ces instances est en cours de réalisation dans la plupart des régions. Il nous a donc paru opportun de travailler sur les principes généraux de mise en œuvre du GRSP, plutôt que de s'appuyer sur un exemple modélisant.

Dans un premier temps, nous avons étudié les dispositions législatives et réglementaires relatives à la politique de santé publique et à sa déclinaison en région. Afin de mieux cerner les enjeux du sujet, nous avons dégagé plusieurs pistes de réflexion qui nous ont permis de :

- Clarifier le rôle et les missions des différentes instances régionales intervenant en matière de santé publique.
- Analyser l'articulation entre les différentes structures
- Cerner les modalités envisagées pour le fonctionnement du GRSP au travers de sa forme juridique et des règles concernant le niveau d'implication des différents membres.
- Comprendre l'impact des nouvelles modalités de financement des programmes de santé publique, au niveau de la région.

Dès lors, nous avons pu identifier des thématiques qui constituent la trame de notre plan et qu'il nous semblait important d'approfondir. Pour cela, nous avons sollicité différents interlocuteurs impliqués dans la mise en place des GRSP, pour des entretiens directs ou par courriel.

Dans ce but, une grille d'entretien a été élaborée⁹ afin de mener des entretiens semi directifs. Ces derniers ont été réalisés en binôme. La collecte des données s'est faite par enregistrement ou par retranscription écrite.

Nous avons donc pu rencontrer :

- Un médecin inspecteur de santé publique de la région île de France
- Un représentant de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)
- Un représentant de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS)
- Un cadre de la Direction Générale de la santé
- Le directeur adjoint de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) de Bretagne
- Un responsable administratif travaillant pour le Conseil Régional de Bretagne
- Un représentant de la ville de Rennes chargé de la santé
- Le secrétaire général de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) de Bourgogne
- Le directeur de l'Union Régionale des caisses d'Assurance maladie (URCAM) de Bourgogne

Nous avons sollicité par courriel un représentant des usagers de Bretagne, un député de l'Yonne, l'INCa (institut national du cancer). Nous avons également contacté la MILDT. Dans un premier temps, celle-ci nous a opposé un refus, avant finalement d'accepter de nous recevoir, mais trop tardivement au regard des délais qui nous étaient fixés.

A l'issue de ces rencontres, nous avons mis en commun les données collectées, afin de procéder à leur analyse. Une synthèse des rencontres a été élaborée sous forme d'une grille d'analyse de contenu.

Nous proposons de l'appréhender à partir de cinq grands thèmes, en distinguant pour chacun d'eux les enjeux et contraintes.

Cependant, l'analyse présente des limites du fait du délai imparti pour réaliser cette étude, du manque de recul sur ce nouveau dispositif, de la complexité du thème abordé et de la multiplicité des acteurs impliqués.

Une mission d'appui gouvernementale (IGAS/DGS) a été mandatée pour aider et accompagner les régions à la mise en place du GRSP. Les résultats de leurs travaux ne

⁹ Cf. Annexe 1

sont pas à ce jour finalisés et seront rendus publics dans les semaines à venir. De ce fait, nous ne pouvons pas bénéficier de cet éclairage pour étayer notre analyse.¹⁰

2.2 Analyse des entretiens

A partir des différents entretiens auxquels nous avons procédé, différents thèmes structurant pour le GRSP nous ont paru devoir être abordés. Il s'agit de l'articulation des partenaires régionaux, de la forme juridique, du financement et de l'évaluation.

2.2.1 Régionalisation. Articulation des outils et des instances.

A) Un enjeu : la régionalisation de la politique de santé publique.

Bien que les lois successives semblent consacrer la région comme l'échelon pertinent en matière de santé publique, il a semblé nécessaire de solliciter l'avis de nos interlocuteurs sur ce point, dans la mesure où ils ont un rôle à jouer dans la mise en place des GRSP. Il s'avère que tous s'accordent sur ce point et évoquent les avantages qu'elle présente :

- Elle permet une programmation globale des structures de santé, de soins, sanitaires et sociales (même si les régions ne sont pas homogènes en France, du point de vue de leur population et de leur superficie)
- Elle s'avère également adéquate pour les actions de santé publique. Dans un premier temps, la région est un bon échelon d'identification des besoins de la population, mais aussi des différents acteurs agissant au niveau local et qui constituent l'offre en la matière. Ceci permet d'améliorer la visibilité des actions menées sur le terrain et d'accroître l'adéquation entre les besoins et l'offre existante. Au vu de ces données, le niveau régional permet de planifier des objectifs en matière de santé publique et de programmer les actions correspondantes. Ainsi, pour l'INPES, cet échelon est pertinent en matière de regroupement des actions de formation.
- Enfin, elle favorise la mutualisation des moyens et la synergie des compétences.

¹⁰ La mission d'appui a finalement rendu ses conclusions dans la semaine du 22 mai 2005. Celles-ci sont consultables sur le site du ministère.

Pour autant, il ne convient pas de tout globaliser à cet échelon, car certaines des actions à mener doivent relever du niveau local, pour plus d'efficacité. Par exemple, s'agissant des interventions auprès du public, le message doit être délivré au plus près : l'enseignant ou l'infirmière dans une école, le CHSCT dans une entreprise... C'est une éducation pour la santé qui doit rester de proximité. Le choix de l'échelon régional n'exclut donc pas des actions supra ou infra régionales.

Le mouvement législatif qui semble consacrer la région comme territoire pertinent de santé est d'ailleurs compatible tant avec les dispositions renforçant la décentralisation, qu'avec celles favorables à la déconcentration.

Ainsi, les conseils régionaux tendent à s'impliquer davantage dans le domaine sanitaire. L'exemple des Pays de Loire est à cet égard, éclairant. Pendant longtemps, cette région s'est peu intéressée aux questions de santé publique à l'inverse d'autres, comme le Nord Pas de Calais. Depuis 2004, le Conseil Régional s'est engagé dans la définition des priorités, des orientations et des actions de prévention en santé publique.

Une personne en charge des questions de santé pour la Région Pays de la Loire souhaite une plus large décentralisation des compétences en matière de Santé Publique sur le modèle italien ou allemand. Ceci rejoint les propositions du rapport du commissariat au plan consacré à la territorialisation du système de santé. Selon le directeur du CHU de Nancy, Benoît Péricard, co-chef de projet de ce rapport¹¹, « *le mouvement de fond que constitue l'évolution décentralisatrice depuis près de vingt ans ne pourra exclure le domaine sanitaire, malgré son poids et ses spécificités* ». En effet, le fait que les décisions soient prises au niveau national ne permet pas de pallier les disparités existantes entre les régions tant en matière de ressources que d'espérance de vie, alors que leur élaboration à un niveau plus proche du terrain serait plus efficiente.

Dans cette perspective, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales autorise d'ores et déjà les régions qui en font la demande à mener une expérimentation les faisant participer au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires, et qui les amène par le biais de la signature d'une convention à être représentés au sein de la commission exécutive de l'ARH.

Pour autant, l'intervention de l'Etat dans ce domaine reste largement prépondérante, même si les collectivités territoriales sont de plus en plus invitées à y prendre part.

¹¹ Entretien publié dans *Les Cahiers hospitaliers*, avril 2006, «La santé aux régions, utopie ou nécessité ? », p8.

Ainsi, la loi du 31 décembre 1991 a institué le schéma régional d'organisation sanitaire comme le principal instrument de planification sanitaire; celui-ci s'étant avéré efficace en pratique. Depuis la loi de santé publique du 9 août 2004, le SROS prend en compte les objectifs du plan régional de santé publique (PRSP).

Ce dernier est une déclinaison, à cet échelon, du plan national qui comporte 5 plans stratégiques pour la période 2004-2008 (le cancer ; la violence, les comportements à risque et les conduites addictives ; l'environnement ; la qualité de vie des personnes souffrant d'une maladie chronique ; les maladies rares). De plus, ce plan tient compte des spécificités locales et comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuelles dans la région et notamment, un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), un programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail, et un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé.

Ainsi, ces deux outils complémentaires, que sont le SROS et le PRSP, donnent à l'échelon régional une pertinence supplémentaire en tant que niveau d'action en matière de santé.

Pour autant, si le SROS est désormais bien ancré dans les pratiques par le biais des ARH, la mise en œuvre effective du PRSP nécessitait, quant à elle, une instance dédiée à son application. C'est au GRSP que la loi a confié ce rôle, puisqu'il est chargé, comme on a pu le voir précédemment, de la mise en œuvre du PRSP, par le biais du financement d'actions locales.

Désormais, la vocation du niveau régional en matière de santé, et notamment de santé publique, est confortée grâce à la loi du 9 août 2004. Cependant, celle-ci présente l'inconvénient de se superposer aux dispositifs en place et n'a pas saisi l'occasion de rationaliser les différentes instances existantes.

B) Des contraintes d'articulation avec les divers outils et instances existants.

La loi de santé publique prévoit la mise en place des conférences régionales de santé qui contribuent à la détermination des objectifs régionaux de santé publique et à l'évaluation des programmes pluriannuels régionaux de santé publique, qui constituent le PRSP, lequel sera mis en œuvre par le GRSP¹². C'est le triptyque dédié à la santé publique en région. Dans ce cadre, il s'agit pour le PRSP de mettre de la cohérence dans

¹² Décret N° 2005-1539 du 8 décembre 2005 relatif aux conférences régionales ou territoriales de santé et modifiant le code de la santé publique, JO 10 décembre 2005.

le regroupement des acteurs et des actions, alors que pour le GRSP, il s'agit de mettre de la cohérence dans les financements, au minimum entre ceux de l'Etat et de l'assurance maladie et au mieux avec ceux des collectivités territoriales.

Les conférences régionales de santé seront consultées dans le cadre de l'élaboration du PRSP, par le préfet de région sur l'analyse de l'état de santé de la population, le bilan des actions et des programmes engagés, les moyens matériels et humains qui y sont affectés et sur les orientations proposées. La CRS rend son avis et formule des propositions sur le PRSP, qui est arrêté par le préfet de région.

La CRS est composée des représentants de six collèges : collectivités territoriales et organismes d'assurance maladie ; malades et usagers du système de santé ; professionnels de santé et sociaux... ; établissements de santé, institutions médico-sociales, organismes d'observation de la santé et de prévention... ; personnalités qualifiées ; acteurs économiques.

Cette instance est une « tentative de véritable démocratie sanitaire »¹³, même s'il faudra se montrer attentif à la mise en œuvre pratique. Ainsi pour certains, la CRS pourrait être assimilée à un parlement, le GRSP faisant figure d'exécutif. Ce dernier apparaît comme la « cheville ouvrière »¹⁴ de la CRS et du PRSP, et c'est lui qui donnera tout son sens à ce plan.

Cependant, la coordination entre ces deux instances pourrait s'avérer problématique, dans la mesure où toutes deux ont une mission d'évaluation. Les conclusions de la mission d'appui de l'IGAS pourront éclairer utilement ce point. Selon M. Doki Thonon¹⁵, de manière générale, une répartition pertinente des compétences entre CRS et GRSP reproduirait le cadre de la LOLF : d'une part, au niveau de la mission pour la CRS, et d'autre part au niveau des programmes pour le GRSP.

Un point reste encore à éclaircir concernant ce qui ressort des actions que pourra mettre en œuvre le GRSP et celles qui relèvent d'autres instances : les actions communes déjà existantes (appels à projets notamment), mais aussi les CPER (contrats de plan Etat-région qui définissent des actions communes en santé publique).

Ce dispositif intervenant en matière de santé publique va devoir s'articuler avec des instances et des outils déjà en place. Dans un premier temps, la loi du 9 août 2004 indique que les programmes régionaux de santé préexistants et en cours à la date de publication de la loi, ainsi que les Schémas régionaux d'éducation pour la santé

¹³ Entretien au Conseil régional de Bretagne.

¹⁴ Entretien au Conseil régional de Bretagne.

(SREPS¹⁶) sont poursuivis jusqu'à leur terme, pour être dans un second temps, intégrés au PRSP.

Ces SREPS ont l'ambition d'organiser au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé. Ainsi, il doit :

- D'une part, optimiser l'organisation des services et la répartition de l'offre, en vue d'établir des priorités d'action.
- D'autre part, organiser le renforcement ou la mise en place d'un pôle régional de compétences au service de tous les acteurs de la région.

Ces pôles sont clairement positionnés sur des fonctionnalités transversales, telles que le conseil méthodologique, l'ingénierie de projet, la formation, la documentation, le suivi et l'évaluation. L'une des difficultés de la mise en place des GRSP sera de s'articuler avec ces pôles. En effet, le GRSP qui ne rassemble que des financeurs n'a pas vocation à les intégrer, dans la mesure où ils sont des opérateurs, susceptibles d'être financés par lui.

Selon l'INPES¹⁷, une organisation adéquate nécessiterait des financements privilégiés sur la base de contrats d'objectifs et de moyens entre le GRSP et les pôles.

Parallèlement, une question se pose quant à l'articulation avec les autres instances régionales intervenant dans le champ de la santé. Nos différents interlocuteurs ont insisté sur le fait que la loi du 9 août 2004 aurait pu être l'occasion de mieux coordonner la santé publique avec la planification sanitaire et l'organisation de la permanence des soins entre les secteurs ambulatoire et hospitalier. En effet, il existe au niveau de la région, trois instances associant notamment l'Etat et l'assurance maladie prenant en charge respectivement ces trois domaines : GRSP, ARH et Missions régionales de santé¹⁸(MRS).

Or, on peut déjà constater que les calendriers d'élaboration des SROS et des PRSP n'ont pas été coordonnés, ce qui peut s'avérer dommageable pour la cohérence, ou du moins pour la visibilité, de l'ensemble.

C) Contexte local et coordination entre les acteurs

La politique de régionalisation du système de santé, et notamment la mise en place des GRSP, doit passer par le filtre des contextes locaux. La multiplicité des acteurs

¹⁵ Entretien à la DRASS de Bretagne

¹⁶ Issus de la circulaire du 22 octobre 2001, DGS, N° 2001/504 relative à l'élaboration des Schémas régionaux d'éducation pour la santé.

¹⁷ Entretien avec le Dr Marchand.

¹⁸ Instituées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

impliqués dans le GRSP ont des intérêts parfois divergents et des logiques institutionnelles propres : ce sont des contraintes dont il faut tenir compte. Pour autant, les points de convergence ne manquent pas.

a) Enjeux

La régionalisation des politiques de santé doit permettre d'impliquer l'ensemble des acteurs locaux, et de les responsabiliser, en favorisant leur coordination.

Cependant il ne s'agit pas pour l'Etat de se désinvestir de l'application des PRSP dans les régions. Au contraire, la composition du GRSP doit permettre d'associer les efforts de l'Etat (et de ses établissements publics) et des collectivités, afin de garantir une politique de prévention à la fois mieux acceptée, au plus près du terrain et respectueuse du principe d'égalité sur l'ensemble du territoire.

b) Contraintes et facilitateurs

- La permanence de l'engagement de l'Etat

L'implication de l'Etat dans les GRSP est conséquente : il possède la moitié des voix du conseil d'administration. Un responsable de la DRASS de Bretagne justifie cette prédominance par le fait que l'Etat n'est pas une personne publique comme les autres : il possède la souveraineté, et est garant du principe d'égalité au niveau national.

Mais cette prépondérance, combinée au nombre d'acteurs potentiellement concernés par le GRSP, réduit le nombre de sièges réservés aux autres membres à la portion congrue. Quatre sièges sont ainsi octroyés aux communes et à leurs groupements. Lorsque la DRASS de Bretagne contacte quinze communes de la région, et que beaucoup répondent favorablement, le problème de la répartition se pose inévitablement. Par exemple, la région Bretagne déplore de ne pouvoir prétendre qu'à deux sièges. Par contre, en Pays de Loire, la région a contourné cette contrainte en négociant un poste de responsabilité élevé dans le GRSP et la fonction de chef de file en matière de prévention.

Ce partenariat entre l'Etat et les collectivités est d'autant plus perçu comme inéquitable qu'il se place dans un contexte de restriction budgétaire. Un responsable administratif de la région Bretagne regrette ainsi la stagnation de l'engagement financier de la DRASS. De même, la récupération au niveau central de certaines politiques (lutte contre le cancer par exemple) est parfois vécu, à tort ou à raison, comme un désaveu par les collectivités.

Une des explications de cette relative frustration provient peut-être, comme l'indique un membre de la DRASS de Bretagne, du fait que l'Etat « paie une forme de démagogie », qui l'a poussé depuis des années à se présenter comme un « partenaire

des collectivités comme les autres ». Or l'Etat conserve une spécificité, occultée par ce discours, qui est la souveraineté.

- La présence antérieure d'actions communes

La loi du 9 août 2004 ne crée pas de toutes pièces les conditions d'une coordination au niveau local en matière de prévention. Des actions concertées existent en effet déjà dans de nombreuses régions. En Bretagne, la DRASS, la région et l'URCAM ont élaboré une procédure *d'appels à projets annuels de santé publique*, qui leur permet de sélectionner et de financer de concert des projets présentés entre autres par des associations. Ce système se retrouve dans les grandes lignes en Nord Pas-de-Calais. En Pays de Loire, les négociations sur le SROS 3 ont été l'occasion pour la région de développer la concertation avec l'ARH.

Ces coopérations préexistantes au GRSP ont deux effets antinomiques :

- Elles sont tout d'abord un puissant facilitateur des négociations entourant la mise en place des groupements régionaux. En effet, par le biais de ces procédures concertées, les acteurs ont appris à se connaître, à comprendre leurs logiques réciproques, à travailler ensemble et à se faire confiance.
- Elles peuvent être au contraire un frein à la constitution des GRSP, dont la valeur ajoutée peut être contestée, lorsque les actions coordonnées en matière de prévention sont déjà bien implantées dans la région. Selon la Direction générale de la santé, en Nord Pas-de-Calais, non seulement le bénéfice du GRSP n'apparaît pas immédiatement aux partenaires, mais de plus, les négociations préalables à sa mise en oeuvre ont été source de conflits entre des acteurs qui pourtant avaient une longue tradition de travail en commun.

- Les enjeux politiques

Les stratégies politiques pourraient apparaître d'emblée comme un frein majeur à la coopération au niveau régional, dans un paysage où le gouvernement et la quasi-totalité des régions sont opposés. Un médecin inspecteur en Ile-de-France relève que l'engagement des collectivités diffère selon les personnalités qui les composent. L'enjeu politique est de toute façon spontanément cité comme une contrainte dans la mise en oeuvre des GRSP.

On s'aperçoit que l'affrontement politique peut être souvent considéré comme une façade. La DRASS de Bretagne déclare ainsi avoir des rapports très constructifs avec le Conseil régional, une fois occultés les discours de principe de chacun.

- Des avis divergents sur les missions du GRSP. La volonté de conserver une visibilité propre.

Chacun des partenaires, selon ses spécificités, a des attentes propres quant aux missions et aux domaines à intégrer au GRSP. De ce fait la coordination n'est pas facilitée. Cependant, on peut penser que les textes nationaux, ainsi que les futures conclusions de la mission d'appui de l'IGAS, permettront d'aplanir ces différends :

- La Mutualité française, comme elle l'indiquait en 2005 sur son site internet, veut apporter son expérience technique, et ne pas se contenter d'être un simple financeur.
- Les collectivités locales, si elles acceptent la mise en commun d'un certain nombre de politiques, redoutent que leur visibilité auprès des électeurs en tant qu'acteurs de la santé soit diluée dans le GRSP. Ainsi, une personne travaillant pour la région Bretagne, nous a déclaré que le GRSP ne devait pas empiéter sur la communication de la région. Certaines questions devraient également rester de son domaine propre, notamment la démographie médicale, ou encore le soutien aux animateurs territoriaux de santé. Enfin, le Conseil régional de Bretagne veut conserver le droit de passer lui-même des commandes à l'observatoire régional de santé (ORS), malgré le fait que le GRSP possède une mission de collecte des informations.
- L'InVS, membre de droit de l'ensemble des GRSP, veut mettre l'accent sur le volet « alerte ». Elle espère que les CIRE vont investir le domaine de la veille en santé publique dans les régions (qui porte sur la collecte permanente de données, et donc plus large que le simple domaine de l'alerte), et ainsi remplacer l'INVS au conseil d'administration des GRSP, malgré leur structure hybride (DRASS – INVS).
- La MILDT et l'INCa expliquent pour l'heure leurs réticences à participer aux GRSP par le fait que les missions des groupements n'auraient aucun point de convergence avec leurs propres missions.

- Une position de principe favorable mais attentiste de la part de l'ensemble des partenaires.

Au final, comme le note la Direction générale de la santé, les collectivités territoriales semblent faire preuve d'un certain « engouement » pour participer aux GRSP. Les communes par exemple, qui n'ont pas de compétences en matière de santé publique, voient là une manière d'intégrer ce champ. Dans certaines régions, on a dénombré trop de candidats par rapport au nombre de sièges disponibles. Il faut dire que l'IGAS a publié des recommandations visant à favoriser la participation des collectivités locales, quitte à ne pas leur imposer de financement. Certains partenaires, comme la Mutualité française, ont une position très volontariste, et souhaitent profiter du mouvement de régionalisation pour faire valoir leurs compétences sur le terrain.

L'assurance maladie comme les régions sont des membres obligatoires des GRSP. Leur participation est donc imposée. Pour autant, leur implication va souvent au-delà de ce qui est attendu. Ainsi, en Pays de la Loire, le conseil régional apporte un

financement conséquent et destiné en partie à compenser la diminution des crédits apportés par la DRASS.

Il reste que ce relatif optimisme doit être tempéré par l'attentisme dont font néanmoins preuve nombre de partenaires. Le GRSP est assez unanimement considéré comme un instrument dont l'utilité, si elle peut être réelle, reste à démontrer dans la pratique. Beaucoup des personnes interrogées semblent avoir été échaudées par l'expérience antérieure d'instances en quelque sorte mort-nées, d'idées novatrices dans les textes, mais difficiles à mettre en œuvre dans la durée en pratique. Certains acteurs ont donné un délai de cinq ans au GRSP, avant de pouvoir vraiment se prononcer sur son utilité, et par conséquent, sur son avenir.

2.2.2 La forme juridique

Une mission d'appui de l'IGAS doit apporter un soutien précieux aux instances chargées de la mise en place de ces groupements d'intérêt public (GIP), en pointant les multiples difficultés que présente celle-ci. Cette étude menée dans six régions va donner lieu dans les prochains jours à la publication d'un guide d'aide à la mise en place des GRSP. Cette nouvelle instance est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, constituée sous la forme d'un GIP. Le choix de cette forme juridique comporte avantages et inconvénients.

A) Les particularités du Groupement d'intérêt public (GIP) et leurs traductions dans le fonctionnement du GRSP

La constitution d'un GIP permet aux partenaires d'être associés de manière beaucoup plus institutionnalisée en donnant des droits et des devoirs à chacun. Cette instance responsabilise tous les acteurs.

Le GIP est composé de plusieurs instances :

- Le conseil d'administration du groupement est présidé par le Préfet de Région qui dispose du nombre de voix nécessaires pour que celles-ci additionnées à celles des membres de l'administration représentent la moitié des voix du Conseil d'administration. Ainsi, le rôle de chacun est donc bien établi dans le cadre d'un GIP.
- Le directeur du groupement est désigné par le Préfet de région parmi les chefs de pôles régionaux. Il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration, il a voix consultative au sein de celui-ci, mais sa fonction est incompatible avec celle de membre du CA. Il anime et coordonne les activités du comité des programmes, instance technique du GIP.

En ce qui concerne le personnel du groupement, le décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique prévoit qu'il comprend :

« 1° Des agents mis à disposition ou détachés par les membres du groupement (...)

2° Si nécessaire, des agents contractuels soumis aux dispositions du code du travail, recrutés sur un emploi dont la création a été approuvée par le conseil d'administration et a reçu le visa du contrôleur de l'Etat »

Par conséquent, même si de nombreuses personnes travaillent pour le GIP, celui-ci n'a pas à gérer et à suivre la carrière de ceux-ci en interne. Cette économie d'énergie peut permettre un redéploiement des compétences de chacun vers la mise en œuvre des missions du groupement. Cela fait 10 ans que la forme du GIP est expérimentée au sein de l'ARH de Bourgogne, qui voit dans le GIP un grand avantage de souplesse en ce qui concerne la gestion du personnel.

A ce jour, seuls trois GRSP ont été mis en place (Pays de Loire ; Midi-Pyrénées ; Guadeloupe), cependant aucun d'entre eux n'est pour l'instant installé complètement. En effet, aucune convention constitutive n'a encore été signée (en Pays de Loire tous les participants potentiels ont été conviés). Il n'existe donc à l'heure actuelle aucun GIP juridiquement constitué. Cela s'explique en partie par le délai réduit qui a été imposé aux différents protagonistes. Mais d'autres contraintes liées au choix de cette forme juridique peuvent expliquer cet état des lieux.

B) Des moyens insuffisants pour un dispositif contraignant

En premier lieu, certaines ARH redoutent que les DRASS ne voient leur rôle s'accroître, à rebours de l'évolution qui donne depuis 1996 une grande place aux agences dans la politique sanitaire régionale. En effet, les DRASS auront naturellement vocation à préparer en amont la position du Préfet, président du CA du GRSP. Les directeurs des DRASS sont même les mieux placés pour prétendre au poste de directeurs des GRSP. Or pour les ARH, les DRASS devraient se contenter d'être la « *cheville ouvrière* » du GRSP et n'ont pas à prendre part au processus décisionnel, même de manière indirecte.

Un représentant de l'ARH de Bourgogne note que le directeur de l'ARH, nommé par le Président de la République, a le même rang que le Préfet, en dehors du fait qu'il ne représente qu'un seul ministre et non le gouvernement en entier. Ce n'est pas le cas pour le directeur de la DRASS.

De plus, la forme juridique du GIP peut apporter des lourdeurs au dispositif, notamment parce qu'elle implique le respect des règles de la comptabilité publique. Le cadre budgétaire dans lequel doit fonctionner le groupement, comme tout GIP, est précisé

dans le « guide méthodologique des groupements d'intérêt public » réalisé par la direction générale de la comptabilité publique. Le groupement doit donc avoir un budget, voté par son conseil d'administration, budget dans lequel l'ensemble des crédits ont un caractère limitatif. Une telle gestion nécessite la présence d'un personnel formé à la gestion publique.

D'autre part, même si nous avons vu la souplesse qu'apportait un GIP dans la gestion du personnel, ce système peut s'avérer inefficace et improductif. Il n'existe en effet pas de pouvoir hiérarchique du directeur sur le personnel, il faut donc en permanence convaincre tout le monde de travailler dans le même sens afin de mener à bien les missions de santé publique attribuées au groupement. Ne pas gérer son propre personnel ne comporte donc pas que des avantages.

Les agents qui, avant la création du groupement, assuraient pour le compte des membres une partie des activités relevant maintenant de la compétence du groupement (services déconcentrés de l'Etat, organismes de protection sociale) ont vocation à poursuivre leurs missions au sein du GRSP. Chaque institution définira les modalités d'intervention de ces agents en fonction des directives nationales et des textes réglementant la gestion du personnel (mise à disposition, détachement, prestations de service,...).

Enfin même si le personnel est mis à disposition par les différents membres, la constitution d'un GIP entraîne de nombreux frais. A titre d'exemple, le fonctionnement de l'ARH de Bourgogne coûte 1 million d'euros. Cela se justifie cependant par le montant des crédits qu'elle gère : 1,6 milliards d'euros. Les GRSP seront amenés à gérer, tout du moins au départ, des sommes bien plus modiques. La question de la pertinence et du financement d'un tel dispositif se pose alors.

2.2.3 Financement

Le domaine financier est un point très sensible. Les ressources du groupement comprennent obligatoirement une subvention de l'Etat et une dotation de l'Assurance Maladie. La gestion des crédits de prévention Etat/Assurance Maladie, basée sur la régionalisation et appuyée par l'échelon départemental associant les DDASS et les CPAM, paraît jusqu'à présent donner dans l'ensemble satisfaction aux partenaires. Il a donc été proposé dans la plupart des régions de s'appuyer sur cet acquis.

A) La mutualisation des crédits : un enjeu crucial pour les GRSP

Le décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique prévoit que «*la dotation de l'assurance maladie prévue*

au 2° de l'article L.1411-17 est financée par des contributions des fonds mentionnés à l'article R.262-1-1 et au d du 1° de l'article R/613-1 du code de la sécurité sociale ainsi que de fonds mentionnés à l'article R.732-31 du code rural. Son montant annuel et la contribution afférente de chacun des fonds sont fixés selon une procédure définie dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion. (...) La dotation est versée au groupement régional ou territorial de santé publique par l'union régional des caisses d'assurance maladie (...) ».

Ce sera la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2007-2010¹⁹ qui précisera la part des financements de l'assurance maladie dans les GRSP. Celle-ci fait encore cependant l'objet de négociations sur certains points stratégiques. Le montant de ces financements n'est donc à l'heure actuelle pas encore connu.

Pour la part des financements relevant de l'Etat, il est prévu que les GRSP seront financés par les budgets opérationnels de deux grands programmes nationaux, le budget opérationnel de programme (BOP) Santé Publique et prévention et le BOP Veille et sécurité sanitaire. Si le premier ne devrait pas soulever de problèmes, il subsiste en revanche des difficultés pour la délimitation des financements concernant le second.

La répartition des crédits étatiques issus de la loi de finance initiale et de la dotation régionale tient compte de la population concernée et de plusieurs indicateurs dont le chômage et le vieillissement de la population. L'objectif est de construire des indicateurs communs entre l'Etat et assurance maladie afin d'atteindre une complète cohérence dans les critères d'attributions des crédits

D'autres financements pourraient provenir de la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie, rattachée au Premier Ministre) et de l'INCA (Institut National du Cancer). Ces deux structures sont cependant réticentes à l'heure actuelle à l'idée d'adhérer aux GRSP.

En ce qui concerne le financement par les régions, dans de nombreux cas rien n'a encore été arrêté à ce jour. Les régions contribueront pour certaines financièrement, mais à quelle hauteur ? En Pays de Loire, la région s'est engagée à participer de façon active au GRSP et à être chef de file du champ de la prévention. Le Conseil Régional compte investir 700 000 euros dans les actions du GRSP. Ces crédits doivent permettre le financement de projets de prévention ainsi que celui d'autres actions spécifiques, sans participer par contre à des programmes d'investissement.

En Bretagne, pour l'appel à projets, la DRASS donnera 2,2 millions d'euros et la région 0,6 million. Le budget de la région en matière de santé est actuellement d'1 million

¹⁹ La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2007-2010 est en cours d'élaboration par le nouveau régime social des indépendants (RSI) et sera disponible dès sa parution sur le site <http://www.securite-sociale.fr/secu/cog/cog.htm>

d'euros. Celui-ci ne sera pas augmenté lors de la mise en place du GRSP, l'apport financier de la région à ce groupement sera donc prélevé sur cette enveloppe.

De manière générale, il n'est pas certain, comme l'ont montré les différents entretiens effectués, qu'une majorité de membres apporte des moyens au groupement. En effet, si l'Etat et l'Assurance Maladie contribuent de manière obligatoire au fonctionnement du GRSP, ce n'est pas le cas des autres membres. En ce qui concerne les collectivités territoriales, leur participation est de droit mais leur contribution au fonctionnement du groupement par la mise à disposition de moyens n'est pas obligatoire. L'IGAS a d'ailleurs récemment recommandé de ne pas imposer aux collectivités une participation financière.

L'intérêt principal des GRSP paraît donc être la mutualisation des financements et des personnels dédiés à la mise en place d'une antenne régionale consacrée à la santé publique en région. Le montant global des crédits alloués aux GRSP pourrait cependant être limité en pratique.

B) Des financements incertains

Il existe plusieurs incertitudes quant au financement des GRSP. La principale concerne la part respective de l'assurance maladie et de l'Etat dans ce financement. L'assurance maladie, premier financeur des actions de prévention en santé, souhaiterait obtenir un plus large pouvoir décisionnel dans ce secteur. Le fait que l'Etat conserve le pouvoir de décision au sein des GRSP n'incitera sûrement pas l'assurance maladie à augmenter sa contribution financière à cette nouvelle structure. Certains redoutent que l'URCAM continue à gérer directement une partie des fonds dédiés à la prévention.

L'ARH n'assure pas le pilotage de cette nouvelle structure : elle signera mais n'ira pas au-delà, et ne participera pas au fonctionnement : elle ne mettra pas de personnel ni de financement à disposition, et veillera juste à ce que la convention constitutive soit respectée.

Comme la plupart des membres, l'InVS veut participer stratégiquement aux GRSP, mais n'apportera aucune participation financière. Toutefois, il s'engage à donner des conseils et du temps au sein de cette instance.

Une autre limite à la mutualisation des financements concerne l'absence, pour le moment, de participation aux GRSP de l'INCA et de la MILDT : la lutte contre le cancer et les addictions sont des thèmes essentiels en matière de santé publique mais les budgets afférents ne seront apparemment pas délocalisés aux groupements. Se pose alors la question de la cohérence du dispositif de prévention en France. Malgré la constitution de ces deux instances nationales, des initiatives locales continuent à être menées dans ces

domaines. Cela pourra poser des problèmes au niveau des appels à projet car certaines actions seront financées par le GRSP et d'autres directement par l'INCA ou la MILDT. La création des GRSP aurait pu être l'occasion de mutualiser l'ensemble des financements consacrés à ces actions, mais en réalité vont apparaître des difficultés pour coordonner des financements de plusieurs sources. Ce nouveau dispositif ne met donc en place qu'une régionalisation partielle de la prévention en santé publique. Malgré l'ambition affichée de rationalisation de la loi du 9 août 2004, le système de santé français demeure à ce jour très complexe.

Le fonctionnement de cette nouvelle structure reste lui aussi incertain. A l'heure actuelle il n'est pas prévu de subvention de fonctionnement allouée aux GRSP. Même si le groupement est hébergé dans les locaux de l'un de ses membres, sans doute la DRASS, avec le mobilier et le matériel informatique fourni par lui, et avec du personnel mis à disposition, il est nécessaire de prévoir et de budgéter ses dépenses courantes de fonctionnement. Parmi les dépenses à prévoir, on peut notamment citer les frais de courrier et de téléphonie, ainsi que les produits d'imprimerie.

L'absence de crédits de fonctionnement empêchera toute rémunération d'un comptable public. De plus les services de la DRASS, en tant que services déconcentrés de l'Etat, n'ont pas les compétences pour monter un budget de GIP.

Certains estiment pour toutes ces raisons que les GRSP ne fonctionneront jamais car personne ne mettra de moyens à disposition de celui-ci, en dehors de l'Etat. Sans budget, ni personnel, ni directeur en titre, la mise en place effective des GRSP comporte donc encore de nombreuses incertitudes.

2.2.4 Evaluation

L'une des dispositions essentielles du projet de loi de santé publique concerne donc la création des **Groupements Régionaux de Santé Publique** (GRSP), placés sous l'autorité du Préfet de région. Ils ont la mission de réunir tous les acteurs de santé publique concernés par la déclinaison du programme de santé publique national dans les régions, sans redondances ni gaspillages.

Les tâches seront ainsi distribuées dans le respect de l'identité de chacun : lutte contre la toxicomanie, le sida, le cancer par exemple. Chaque action sera incluse dans un système coordonné et chaque acteur devra rendre compte de ses résultats, de manière à vérifier que le dispositif est opérationnel et qu'il fonctionne.

En effet, dans le contexte actuel de la réforme de l'Etat et notamment de la mise en oeuvre de la loi organique relative aux de Finances (LOLF) n° 2001-692 du 1er août 2001, l'évaluation des politiques publiques est devenue incontournable.

On peut rappeler que la LOLF a trois objectifs fondamentaux :

- Favoriser une stratégie pluriannuelle au niveau de chaque ministère dans le cadre des missions dont il a la responsabilité, ce qui permettra à chacun d'obtenir une plus grande clarté dans les choix stratégiques des finances publiques.
- Améliorer la transparence de l'information budgétaire (accentuation du contrôle parlementaire sur les dépenses de l'Etat)
- Accroître l'efficacité de la dépense publique par plus de liberté tout en responsabilisant en contre-partie les gestionnaires

Chaque action doit être accompagnée d'indicateurs permettant de mesurer sa performance. Ainsi, dans ce cadre contraint, la Direction générale de la Santé précise que son objectif est de développer avec les DRASS, des outils permettant de mesurer l'impact des GRSP sur la politique menée en matière de santé publique.

Les enjeux de l'évaluation sont multiples et toutes les actions menées par l'Etat font désormais l'objet d'indicateurs de performance permettant de juger leur efficacité. Les évaluations sont prévues dans les textes réglementaires. En effet, les GRSP **participent** et les Conférences Régionales de Santé **contribuent** à l'évaluation. Ce choix de vocabulaire différencié pour préciser l'approche de l'évaluation est le fruit des amendements parlementaires et risque de compliquer l'efficacité du dispositif.

On peut se demander quel sera l'objet de l'évaluation : Le fonctionnement du GRSP ? La mise en oeuvre du PRSP ? Les dispositions du décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 tendent vers la seconde solution.

« Cependant, cette dichotomie entre des fonctions de surveillance et d'évaluation d'une part qui sont les missions des GRSP et de mise en oeuvre des programmes de santé d'autre part, conduit à s'interroger sur la pertinence des missions confiées aux GRSP »²⁰

De la même manière, on peut s'étonner que le groupement se voit confier à la fois des tâches d'évaluation et de mise en oeuvre. Cette confusion des fonctions d'exécution et d'évaluation risque de le placer dans la position difficile d'être à la fois juge et partie.

²⁰ Rapport n° 138 (2003-2004) de MM. Jean-Louis LORRAIN et Francis GIRAUD, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 7 janvier 2004 (Sénat)

3. Perspectives : vers l'Agence Régionale de Santé (ARS) ?

La création d'Agences Régionales de Santé est évoquée dans le débat public depuis plusieurs années. Le rapport annexé à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003²¹ a esquissé les contours des futures ARS qui doivent favoriser : « *une meilleure articulation de la médecine de ville et de l'hôpital, une meilleure association des professionnels et des patients dans le cadre régional, un fonctionnement plus démocratique, une plus grande cohérence dans l'organisation de notre système de soins et une plus grande lisibilité des politiques suivies.* »

Aux termes de l'exposé des motifs du projet de loi relatif à l'Assurance Maladie de 2004²², le GRSP aurait *in fine* vocation à intégrer une future "agence régionale de santé" assurant à la fois des missions de santé publique et d'organisation des soins. L'article 68 de cette loi précise qu'un an au plus tard après son entrée en vigueur, les régions seront autorisées, sur la base du volontariat, à mener pendant quatre ans l'expérimentation de la création d'une ARS.

Sur cette base, trois expérimentations devaient être mises en place, suivant trois modèles :

- Modèle étatique : le directeur de l'ARH est voué à prendre la tête de l'ARS. L'Etat confirme sa prédominance en nombre de sièges.
- Modèle « assurance maladie » : en tant que financeur, l'assurance maladie a vocation à être décideur, au moins au même titre que l'Etat. Le directeur de l'ARS peut être élu parmi ses membres.
- Modèle « régionalisé » : l'ARS est totalement décentralisée, la Région en prend la tête.

Ces expérimentations n'ont finalement pas été mises en œuvre.

²¹ Loi N° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003, J.O n° 299 du 24 décembre 2002 p. 21482, texte n° 1.

3.1 Les modalités de création de l'ARS

Il ressort des débats qu'elle se caractériserait en priorité par le regroupement de structures existantes au niveau local. Cette solution tendrait à rationaliser les structures intervenant dans le domaine sanitaire (ARH pour le pôle hospitalier ; URCAM pour les soins de ville ; GRSP pour la santé publique).

Le périmètre de compétences de l'ARS reste cependant à définir et doit s'accompagner d'une évaluation des compétences exercées par chaque acteur de l'échelon régional afin de limiter les enchevêtrements de compétences. Les missions régionales de santé réunissent l'ARH et l'URCAM qui exercent des compétences complémentaires en matière d'offre de soins. Ces deux structures constitueraient le noyau dur de l'ARS.

On peut se demander s'il est pertinent de regrouper au sein d'une même structure les questions relatives à la santé publique (GRSP) et celles relatives à l'offre de soins (ARH / Assurance maladie).

Lors de nos entretiens, nous avons évoqué la question de la création de cette agence avec nos interlocuteurs, ainsi que le risque de désavantager financièrement la politique de prévention au profit de la politique d'organisation de l'offre de soins. En effet, si l'on réunit au sein d'une même entité ces deux aspects, le premier ne risque-t-il pas d'être financièrement désavantagé au profit du second ?

En réalité, un constat unanime semble se dégager : tout d'abord, les crédits de la prévention et de l'éducation pour la santé sont aujourd'hui proportionnellement si bas au regard de ceux consacrés aux soins, que le risque encouru est tout relatif. Ensuite, une structure réunissant les deux politiques permettrait d'éviter la question de leur distinction, qui s'avère parfois assez floue. Ainsi, si l'on prend l'exemple de la lutte contre le tabagisme, celle-ci peut relever du soin ou de la prévention, selon qu'un patient cesse de fumer en raison d'une pathologie (cancer du poumon, etc.) ou sans raison particulière.

Une structure comme l'ARS rendrait moins problématique, de ce point de vue, la répartition des crédits.

²² Commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion sur le projet de loi relatif à l'assurance maladie, 29 juillet 2004, www.senat.fr.

3.2 L'attitude des acteurs vis-à-vis des ARS

Sur le terrain, certains acteurs semblent cependant relativement sceptiques vis-à-vis des objectifs affichés par la loi de 2004.

Certes, l'ARS semble unanimement considérée comme un objectif pertinent, mais elle passe aussi pour une réalité assez éloignée, à l'heure où de multiples instances sont déjà en cours d'installation.

- En Bretagne, la DRASS comme la Région préfèrent aujourd'hui se concentrer sur la constitution du GRSP et le renouvellement de l'appel à projets annuel, ainsi que sur la coordination entre les deux.
- En Bourgogne, les acteurs estiment que le mouvement menant aux ARS nécessite au préalable un certain nombre d'évolutions dans les textes comme dans les organigrammes.

D'autre part, beaucoup des personnes rencontrées cultivent une certaine méfiance vis-à-vis de projets annoncés de longue date mais qui peinent à émerger dans les faits. La Région Bretagne estime ainsi que l'ARS, annoncée depuis une dizaine d'années, aurait déjà pu être créée à de multiples reprises, si la volonté politique avait été constante.

Enfin, le nombre des instances existantes au niveau régional semble déjà excessif pour nombre d'acteurs. Ceux-ci estiment parfois un peu « absurde » de devoir se réunir avec les mêmes interlocuteurs dans des instances différentes, et pour parler des mêmes sujets. L'arrivée de l'ARS susciterait donc une certaine méfiance, en ce sens que même si elle est vouée à se substituer à un certain nombre d'enceintes de discussion, l'expérience leur a prouvé qu'il était assez rare que la création d'une structure alternative se traduise par la disparition de celles qu'elle est censée remplacer.

Toutefois, si les agences régionales de santé devaient voir le jour, leur création soulèverait essentiellement un problème de méthode, selon notre interlocuteur à la DGS. Il s'agirait :

- Soit d'amener progressivement les différents acteurs à travailler ensemble, ce qui conduirait de fait vers cette structure.
- Soit de décréter sa constitution et de fixer une date butoir. Cette solution, qui forcerait certes quelque peu la main aux partenaires, permettrait cependant l'existence, au moins formelle des agences.

Les deux méthodes présentent naturellement des avantages et des inconvénients différents. Il se pourrait qu'avec le GRSP, ce soit la première qui ait été consacrée.

Conclusion

Les groupements régionaux de santé publique doivent être constitués au plus tard le 30 juin 2006. Pourtant, la plupart de nos interlocuteurs se sont montrés très réservés quant à la possibilité de respecter cette échéance.

Dans les faits, un certain nombre d'acteurs concernés par les GRSP semblent avoir adopté une position que l'on peut qualifier d'attentiste. On peut distinguer deux facteurs expliquant cette attitude :

- Les incertitudes concernant l'avenir et le rôle du GRSP ne semblent pas entièrement levées.
- Mais il n'en reste pas moins que la nécessité de construire une politique de prévention commune est bien présente dans l'esprit de tous.

1. Nous avons retrouvé au fil des entretiens menés des inquiétudes communes à beaucoup d'acteurs : les financements destinés au fonctionnement des futurs groupements sont encore assez incertains. La participation de chacun des membres concernés a rarement été définie à ce jour. La liste définitive des membres des conseils d'administration des GRSP n'est d'ailleurs pas connue, dans la plupart des régions. La multiplicité des structures ou des partenariats déjà existants (qu'ils soient définis par des textes nationaux ou qu'ils aient été pensés au niveau local) n'aide pas à se faire une idée de la valeur ajoutée que représentent les groupements. Enfin, les expériences passées incitent certains à se demander si les groupements ne représentent pas une énième bonne idée dont le fonctionnement quotidien ressemblerait à une coquille vide.

2. Pour autant, toutes les personnes interrogées s'accordent pour reconnaître que la mise en commun des efforts de chacun en matière de prévention en santé est nécessaire. Bien plus, le niveau régional est considéré unanimement comme le plus pertinent. D'autre part, la perspective de la constitution d'agences régionales de santé est rarement vue d'un mauvais œil. Si certains de nos interlocuteurs ont souligné qu'un volontarisme plus manifeste de l'Etat aurait permis de les mettre en place depuis quelques années déjà, l'objectif lui-même n'est pas contesté.

C'est sans doute ce deuxième point qui nous incite en conclusion à faire preuve d'un certain optimisme concernant la mise en oeuvre et le fonctionnement futur des GRSP. Si les partenaires acceptent de jouer le jeu de la mise en commun des compétences, cette instance pourrait gagner sa légitimité dans les années qui viennent.

Bibliographie

La constitution des GRSP étant en cours, la littérature est peu abondante sur ce thème. L'essentiel des travaux a porté sur l'analyse approfondie des entretiens réalisés, et des réponses aux questionnaires envoyés.

La bibliographie présentée ci-dessous doit être comprise au regard de cette remarque.

ARTICLES

- *Les Cahiers hospitaliers*, avril 2006, « La santé aux régions, utopie ou nécessité ? »
- *ADSP*, mars 2004 (n°46), « Evolution des politiques régionales: l'agence régionale de santé en perspective » (Alain GARCIA)
- *ADSP*, mars 2004 (n°46), «Des programmes aux politiques régionales de santé » (Roland SAMBUC)

SITES INTERNET

www.assemblee-nationale.fr

www.sante.gouv.fr (IGAS)

www.senat.fr

ANNEXE 1 : GRILLE

D'ENTRETIEN

Territoire et fonctionnement

- Quel est l'état des lieux de la mise en place du GRSP dans votre région ?
- Quelle est la méthodologie que vous avez choisie, la démarche utilisée ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées dans la mise en place du GRSP ?
- Quelle est selon vous la pertinence de l'échelon régional ?
- Quel est le poids du contexte local ? Les enjeux / résistances / moteurs politiques ?
- Comment voyez-vous l'avenir du GRSP ?

Articulation avec les autres structures

- Comment le GRSP va s'articuler avec les instances existantes (PRSP, CRS) ?
⇒ Liberté d'action par rapport au PRSP ?
- Quelle est la plus-value du GRSP (transparence, efficacité, coordination) ?
- La place des usagers
- *Au final, pensez-vous que la constitution des GRSP soit une étape vers la mise en place d'ARS (agences régionales de la santé), qui remplaceraient les ARH ? Si oui, êtes-vous favorable à une telle évolution ?*

Coordination et communication entre les membres

- Quelles sont vos attentes vis-à-vis du GRSP ?
- Vos motivations pour intégrer le GRSP ? Vos intérêts ?
- Selon vous, faut-il une communication propre du GRSP dans le domaine de la prévention ? Faut-il laisser ce soin à d'autres collectivités ?

Financement et forme juridique

- Que pensez-vous de la forme juridique retenue par la loi (GIP) ?
- Le système comptable / de financement du GRSP vous semble-t-il approprié ?

ANNEXE 2 : LOI DU 9 AOUT 2004. EXPOSE DES MOTIFS (EXTRAIT)

L'éclatement des responsabilités dans les régions (Etat, Unions régionales des caisses d'assurance maladie, collectivités territoriales...) se traduit par la dispersion des initiatives et des actions menées dans le domaine de la santé publique et partant, par leur manque de cohérence et d'efficacité. Pour développer la politique de santé publique dans les régions et améliorer les réponses apportées, il paraît indispensable de rationaliser et mutualiser les moyens disponibles dans les régions.

A cet effet, l'article L. 1411-14 prévoit de créer un groupement régional de santé publique chargé :

- d'assurer la surveillance et l'observation de la santé dans la région ; de contribuer à l'analyse de la performance du système de santé, de réaliser et d'exploiter les enquêtes et les études régionales nécessaires au développement des programmes de santé, de conduire les investigations et les interventions nécessaires au vu des données épidémiologiques ;

- d'assurer la mise en œuvre des programmes de santé prévus dans le plan régional de santé publique. Le groupement régional de santé publique peut aussi être chargé d'assurer ou de contribuer à la mise en œuvre de programmes spécifiques de la Région.

Le projet de loi prévoit de constituer le groupement régional d'intervention en santé publique sous forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) dans lequel l'Etat est majoritaire.

L'article L.1411-15 fixe la composition du GIP régional : l'Etat, l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé, l'institut de veille sanitaire, l'agence régionale de l'hospitalisation, l'union régionale des caisses d'assurance maladie, la région, le département. Les communes ou groupements de communes qui le souhaitent ainsi que d'autres organismes exerçant des activités dans le domaine de la santé publique peuvent adhérer à ce groupement.

Le G.I.P. est administré par un conseil d'administration présidé par le représentant de l'Etat dans la région. Il est dirigé par un directeur nommé par le représentant de l'Etat.

Le projet de loi prévoit que les ressources de ce groupement comprennent obligatoirement une subvention de l'Etat et une dotation globale de l'assurance maladie.

Ainsi, le groupement régional permettra à la fois de structurer l'action de l'Etat, de rassembler les compétences et de mutualiser les moyens au niveau régional en particulier ceux de l'Institut national de veille sanitaire (InVS - cellule interrégionale d'épidémiologie), de l'INPES et ceux consacrés à l'observation régionale de la santé.

A terme, ce groupement régional de santé publique a vocation à intégrer une future agence régionale de santé assurant à la fois les missions de ce groupement régional et celles de l'agence régionale de l'hospitalisation.

ANNEXE 3 : LA COMPOSITION DU COMITE DES PROGRAMMES (EXTRAIT DE LA MISSION D'APPUI IGAS/DGS)

Fiche 3.3. La composition du comité des programmes

Ce que disent les textes

I- La mise en place d'un comité des programmes n'est pas prévue par la loi. Celle-ci ne cite comme instances du GRSP que le conseil d'administration et le directeur.

II- C'est l'article 10 du décret n°2005-1235 relatif à la convention constitutive type qui crée le comité des programmes, instance technique du GRSP. Il est présidé par le directeur du groupement et ne comprend que les représentants des membres adhérents de celui-ci :

« Le comité des programmes comprend :

- un président, le directeur du groupement ;
- des représentants des membres adhérents désignés par le conseil d'administration sur proposition du président du comité.

Le comité des programmes se réunit sur convocation de son président. »

[Article 10 du décret n°2005-1235 du 26 septembre 2005]

Commentaires

Le comité des programmes n'apparaît comme instance du GRSP que dans le décret n°2005-1235 du 26 septembre 2005 relatif à la convention constitutive type du GRSP. C'est la seule instance dont l'existence n'est pas prévue dans la loi elle-même.

Par ailleurs, le texte du décret reste très général et donne peu de précisions sur sa composition (représentants des membres adhérents désignés par le CA sur proposition du directeur du groupement) et sur son fonctionnement (réunion sur convocation du directeur qui le préside). **Ce caractère très général des dispositions relatives au comité des programmes est volontaire** et est marqué par le souci de laisser aux acteurs locaux une grande marge d'organisation qui leur permette d'adapter la composition du comité des programmes à leurs propres équilibres régionaux et à leurs dynamiques locales.

Pour autant, il convient de préciser qu'en l'état des textes, le comité des programmes ne peut comprendre que des représentants des **membres adhérents** du GRSP, ce qui exclut notamment les institutions indirectement représentées par des personnalités qualifiées (cf. fiche 1.1 : problème en particulier des URML, représentants des usagers et de la mutualité). Toutefois, celles-ci peuvent, bien sûr, être associées aux travaux des groupes de travail constitués dans le cadre du GRSP, y compris ceux dépendant du comité des programmes. Il reste également possible, en tant que de besoin, de les inviter aux réunions du comité des programmes comme experts.

Par ailleurs, il est recommandé de veiller à la représentation des acteurs départementaux ou locaux (DDASS, caisses locales d'assurance maladie...) au sein du comité des programmes, une de ses tâches principales étant organiser les travaux liés à la mise en œuvre du GRSP, en particulier au plan territorial. La représentation de l'INPES et de l'INVS est également à encourager, même si elle peut se révéler difficile à assurer en pratique.

Enfin, les modalités de fonctionnement du comité des programmes pourront être utilement précisées par le règlement intérieur du groupement, en particulier en ce qui concerne les modalités de convocation et de prise de décision (cf. fiche 2.1)

ANNEXE 4 : LE DECONCENTRATION SELON LA LOI DU 4 AOUT 2004

La loi du 9 août 2004 conforte la déconcentration de la mise en oeuvre de la politique de santé publique

