



**ENSP**

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2006 –

**« Les rôles réciproques du Préfet de région, de  
l'ARH et de l'URCAM  
dans la définition, le financement et la mise en  
œuvre des programmes de Santé Publique »**

– Groupe n° 4 –

- |                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| – AMSELLI Alban DH          | – LEONFORTE Sophie DH      |
| – BERNARD-BEDRINS Maryse DS | – MICHON Daniel DS         |
| – BLANCHET Birgit D3S       | – PAUL Marie-Christine D3S |
| – BUI Thi Thuy IASS         | – PONCE Eric D3S           |
| – DIATTA Elise D3S          |                            |

*Animateur*

**Bernard TIREL**

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Une répartition des compétences sanitaires complexe qui n'empêche pas la collaboration des acteurs régionaux.</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1 Un dispositif juridique complexe</b> .....	<b>3</b>
1.1.1 Un processus de régionalisation irrégulier a abouti à la fragmentation des missions de chacun.....	3
1.1.2 Une accumulation de structures et d'outils.....	7
<b>1.2 ...Qui peut favoriser l'évolution des pratiques partenariales.</b> .....	<b>12</b>
1.2.1 La loi du 9 août 2004 a bouleversé l'équilibre des pouvoirs sanitaires au sein des régions.....	12
1.2.2 Des relations basées sur un partenariat. ....	13
<b>2 Une affirmation du cadre régional pour répondre aux besoins de santé des populations.</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1 Une confirmation de la pertinence de l'échelon régional par la loi du 9 août 2004.</b> .....	<b>16</b>
2.1.1 La pertinence de l'échelle régionale .....	16
2.1.2 La régionalisation a permis l'émergence d'une culture et d'une démarche collective de santé publique.....	18
<b>2.2 Vers une régionalisation plus poussée : De la déconcentration à la décentralisation ?</b> .....	<b>19</b>
2.2.1 Des expériences étrangères difficilement transposables.....	20
2.2.2 L'ARS, une solution idéale pour optimiser l'action des acteurs régionaux. ....	22
<b>Conclusion</b> .....	<b>26</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>27</b>
<b>Liste des annexes</b> .....	<b>I</b>

---

# Remerciements

---

Les participants de ce groupe remercient l'ensemble des personnes rencontrées lors des visites sur site ou interrogées par téléphone, pour leur disponibilité et la qualité des échanges :

- M. Cormier, Maître de conférence Institut d'Etudes Politiques de Rennes
- M. Dupont, Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Sarthe
- M. Guillerme, Directeur Adjoint Agence Régionale d'Hospitalisation Bretagne
- M. Hassenteufel, Professeur de science politique Rennes
- M. Humbert, Directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Rennes
- Mme Jeandet-Mengual, Inspecteur Général des Affaires Sanitaires et Sociales Ile de France
- M. Jourdain, Professeur de santé publique ENSP
- Mme Loncle, Enseignante chercheur POLITISS/LAPSS ENSP
- M. Petitjean Médecin de santé publique, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et ENSP
- Mme Schetzel, Médecin Inspecteur de santé publique Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- M. Villeneuve, Directeur Juridique Conseil Régional Bretagne
- M. Blémont, Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation Ile de France

Nous tenons également à remercier Bernard TIREL, Directeur d'Hôpital et enseignant chercheur à l'ENSP pour son soutien moral, méthodologique et logistique ainsi que son accompagnement tout au long de la réflexion.

---

## Liste des sigles utilisés

---

A.R.H	: Agence Régionale de l'hospitalisation
A.R.S.	: Agence Régionale de Santé
C.P.A.M.	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.R.A.M.	: Caisse Régionale d'Assurance Maladie
C.R.O.S.S.	: Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale
C.R.S.	: Conférence Régionale de Santé
C.R.S.P.	: Comité Régional de Santé Publique
D.D.A.S.S.	: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.R.A.S.S.	: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.R.D.R.	: Dotation Régionale de Développement des Réseaux
F.A.Q.S.V.	: Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville
F.N.P.E.I.S	: Fond National de Prévention, d'Education et d'Information à la Santé
G.I.P.	: Groupement d'Intérêt Public
G.R.S.P.	: Groupement Régional de Santé Publique
I.F.S.I.	: Institut de Formation des Soins Infirmiers
I.G.A.S	: Inspection Générale des Affaires Sociales
M.I.G.A.C.	: Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
M.R.S.	: Mission Régionale de Santé
N.H.S.	: National Health Service
O.M.S.	: Organisation Mondiale de la Santé
O.R.S.	: Observatoire Régional de Santé
P.R.A.M.	: Plan Régional de l'Assurance Maladie
P.R.A.P.S.	: Programme Régional d'accès à la Prévention et aux Soins
P.R.S.	: Programme Régional de Santé
P.R.S.P.	: Plan Régional de Santé Publique
S.R.E.P.S.	: Schéma Régional d'Education Pour la Santé
S.R.O.S.	: Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
U.R.C.A.M.	: Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
U.R.M.L.	: Union Régionale des Médecins Libéraux

# Introduction

La loi relative à la politique de santé publique promulguée le 9 août 2004 est la première loi qui comporte dans son intitulé le vocable « santé publique » depuis 1902. Son objectif initial était la définition d'un cadre de référence clair et cohérent permettant de conjuguer les efforts des multiples acteurs de santé publique et d'améliorer leur efficacité d'ensemble. Dans ce sens, son article 2 dispose que *« les programmes de santé publique sont mis en œuvre par l'Etat, les Groupements Régionaux de Santé Publique, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie en prenant en compte les difficultés particulières des populations les plus démunies et des plus vulnérables »*.

Avant de nous interroger sur les rôles réciproques des différents acteurs régionaux dans la définition, le financement et la mise en œuvre des politiques de santé publique cette disposition soulève le problème de la définition de « programme de santé publique ».

Bien que fréquemment utilisée par l'Organisation Mondiale de la Santé et reprise largement par le Code de la Santé Publique, cette notion ne fait l'objet d'aucune définition juridique<sup>1</sup>. Pour mieux la comprendre, on peut dès lors se fonder sur la définition du Littré du mot « programme ». Celui-ci s'entend comme *« un ensemble d'actions qu'on se propose d'accomplir dans un but déterminé et selon des moyens et des échéances précises »*. Par conséquent, un programme de santé publique peut être semble-t-il défini comme l'engagement de moyens pour remplir des objectifs de santé publique répondant à des priorités clairement définies en vue de l'amélioration de l'état de santé d'une population. L'approche du programme est profondément méthodologique et opérationnelle. Elle peut donc être opposée à celle du « plan » puisque celui-ci consiste en *« une déclaration de politique générale établie par le décideur, dans laquelle on retrouve des préoccupations plus ou moins priorisées. Ce manque de hiérarchisation et donc d'allocation de moyens débouche parfois sur l'absence de mise en œuvre et de résultat du dit plan<sup>2</sup> »*.

Comme nous venons de le voir, il est possible de tenter une approche de la notion de programme. Néanmoins cette absence de définition juridique claire du programme de

---

<sup>1</sup> Entretien avec Alain Jourdain, Professeur en Santé Publique à l'ENSP et spécialiste de la planification sanitaire.

<sup>2</sup> Entretien avec Alain Jourdain

santé publique est révélatrice de la difficulté à établir les rôles réciproques des acteurs juridiquement responsables de leur mise en œuvre à l'échelle régionale, c'est-à-dire le Préfet de région, l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

Le point de départ de notre analyse a donc été le recensement et l'analyse des textes juridiques et des publications de référence<sup>3</sup> en la matière afin de pouvoir schématiser les interactions relationnelles entre les différents acteurs de santé publique à l'échelle régionale.

Par la suite nous avons adopté une démarche plus sociologique en organisant de nombreuses rencontres<sup>4</sup> avec des professionnels et des universitaires spécialistes en santé publique afin de confronter nos premières analyses aux réalités de terrain.

Ce travail a abouti au raisonnement suivant : Si le dispositif juridique de répartition des compétences en matière de santé publique est complexe (I), il n'en est pas moins pertinent car il positionne la région comme l'échelon de mise en œuvre efficace des programmes de santé publique (II).

---

<sup>3</sup> Cf. : Bibliographie en annexe.

<sup>4</sup> Cf. : Liste des entretiens menés au cours de notre enquête en annexe.

# 1 Une répartition des compétences sanitaires complexe qui n'empêche pas la collaboration des acteurs régionaux.

## 1.1 Un dispositif juridique complexe...

Au cours de ces dernières années, les pouvoirs publics se sont attachés à transférer certaines responsabilités sanitaires exercées par l'Etat vers des autorités déconcentrées au niveau régional.

L'organisation du système sanitaire français, qui a résulté de ce processus de régionalisation, s'avère aujourd'hui particulièrement complexe pour deux raisons. La première est que le processus de régionalisation n'a été ni régulier ni homogène et a abouti à une fragmentation des missions de chacun des acteurs de santé publique ; la deuxième est que le dispositif est caractérisé par une accumulation de structures et d'outils.

### 1.1.1 Un processus de régionalisation irrégulier a abouti à la fragmentation des missions de chacun.

A) Les lois antérieures à 2004 posent les bases d'une logique régionale.

Si la définition de la politique de santé relève du niveau national, l'histoire administrative des trente-cinq dernières années a fait de la région l'échelon de référence de sa mise en œuvre.

En effet le déclin relatif de la planification nationale a conduit, dans le domaine sanitaire, à un processus de régionalisation des politiques publiques. Ce processus n'a été ni régulier, ni homogène et a abouti à une sédimentation des outils et des instances ainsi qu'à une conception longtemps fragmentée de la santé publique séparant le soin de la prévention et de l'éducation.

Dans un souci de rationalisation des choix budgétaires, **la loi hospitalière de 1970**, constituant le point de départ du mouvement de régionalisation, instaure la carte sanitaire, premier instrument de planification. Dans le même temps, sont créées les commissions

régionales de l'hospitalisation, les comités régionaux d'équipement sanitaire, et les commissions régionales d'agrément pour les cliniques. En 1977, les DRASS sont mises en place pour assurer une bonne allocation des ressources.

Par ailleurs, dans le cadre d'une programmation stratégique des actions de santé, **la loi du 31 juillet 1991** dote la région d'outils de planification. Les SROS, permettant une répartition optimale des installations et des structures de santé, sont arrêtés après concertation au sein des Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS).

Après cette réforme, l'apparition d'instances de régulation de l'offre de soins créées par **les ordonnances du 24 avril 1996 constitue** un tournant essentiel dans l'émergence d'une politique de santé publique. Ainsi, les ARH deviennent l'autorité unique de régulation de l'offre hospitalière publique et privée.

Ces mêmes ordonnances instaurent les URCAM, dont la mission est de définir et mettre en œuvre, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, une politique régionale de gestion du risque, commune aux principaux régimes obligatoires de sécurité sociale. Cette politique prend en compte l'ensemble du système de soins, ambulatoire et hospitalier et s'attache non seulement aux soins mais aussi à la prévention et à l'éducation pour la santé.

Ce n'est pourtant qu'avec **la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998**, qui crée les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), qu'apparaît une conception plus transversale de la santé. Celle-ci comprend en effet non seulement un volet centré sur l'accès aux soins mais également un volet prévention indispensable à une véritable politique de santé publique. Les Schémas Régionaux d'Education Pour la Santé (SREPS) mis en place en 2002 pour coordonner les initiatives locales viennent compléter cette nouvelle approche transversale de la santé.

La politique de santé française est donc longtemps apparue multiple, construite par accumulations successives de mesures réglementaires et sans remise à plat des précédentes. Elle est longtemps restée fragmentée par secteur et domaine sans une vision transversale nécessaire pour répondre à des problèmes de santé globaux<sup>5</sup>. Trois lois adoptées en août 2004 ont cherché à définir une organisation cohérente permettant de conjuguer les efforts des multiples acteurs de santé publique et d'améliorer leur efficacité d'ensemble.

---

<sup>5</sup> *Naissance et histoire des priorités et actions des politiques nationales de santé*, Jean-Claude Henrard, ADSP, n°50, mars 2005, p.18



B) Les lois de 2004 organisent la mise en œuvre des politiques de santé publique autour de trois acteurs régionaux.

En août 2004, l'adoption de trois lois successives<sup>6</sup> a fait émerger une nouvelle organisation du dispositif sanitaire en France.

La première et la plus importante de ces dispositions, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique avait pour objectif de doter le pays de structure et de démarches nécessaires pour mettre en œuvre une politique de protection et de promotion de la santé des populations. Elle devait remédier à un déséquilibre entre les moyens alloués aux approches curatives individuelles et ceux accordés à la prévention. La première des conditions de ce rééquilibrage consistait à clarifier les responsabilités de chacun dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de santé publique.

**L'État** est défini comme le garant des priorités de santé publique. Pour la première fois, la responsabilité de l'État en matière de santé publique est affirmée à l'article 1 de la loi. Il lui revient de définir des objectifs pluriannuels, de préparer les programmes de santé publique et de coordonner leur mise en œuvre. L'objectif de réappropriation des politiques de santé publique par l'État est inhérent aux scandales sanitaires passés (affaire du sang contaminé, ESB...) et aux difficultés de financement<sup>7</sup> de l'assurance maladie.

Cette politique est déclinée au niveau régional par plusieurs opérateurs.

Le **Préfet de région**, en tant que représentant de l'État dans la région, définit les modalités de mise en œuvre des objectifs et des plans de santé publique déterminés au niveau national en tenant compte des spécificités régionales. Il arrête le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) après avis de la Conférence Régionale de Santé (CRS)<sup>8</sup>.

Le Préfet de région assure la mise en œuvre du PRSP et dispose, à cet effet, du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP). Il pilote le GRSP en tant que président de son conseil d'administration (avec l'assurance d'y disposer de la moitié des voix) et nomme son directeur.

Concernant les **ARH**, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales rappelle que le Préfet de région met en œuvre la politique de l'État dans la région en matière de santé publique sous réserve des compétences de celle-ci. L'ARH a pour

---

<sup>6</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales et loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie.

<sup>7</sup> Entretien avec Xavier Dupont, DDASS de la Sarthe

<sup>8</sup> Article L 1411-11 du Code de la Santé Publique

mission, depuis les ordonnances de 1996, « *de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources*<sup>9</sup> ». Créées sous la forme de Groupements d'Intérêt Public (GIP), les ARH rassemblent État et Assurance Maladie, au sein d'une même institution, favorisant l'émergence d'une culture commune.

Par ailleurs, les **URCAM**, dont une des missions est d'impulser une politique commune de santé publique et de prévention et de participer à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé publique, voient leur rôle renforcé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. Ces instances jouent un rôle essentiel du fait de leur mission de coordination régionale de l'action des caisses dans le champ de la régulation en se basant sur une meilleure répartition de l'offre de soins résorbant les inégalités territoriales, une optimisation financière des ressources disponibles, et une maîtrise médicalisée des dépenses. L'institution des Missions Régionales de Santé (MRS), constituée entre l'ARH et l'URCAM, va dans ce sens.

Outre son rôle incontournable de financeur, l'URCAM veille à la mise en œuvre par les organismes d'Assurance Maladie des actions de prévention et d'éducation nécessaires aux PRSP, participe à la CRS, soutient et met en cohérence les initiatives des caisses d'Assurance Maladie et apporte une aide au suivi des programmes en terme de méthodologie et d'évaluation des actions.

La réalisation de ces missions nécessite de favoriser les échanges entre l'ensemble des acteurs de santé de la région. Ainsi, les projets menés avec l'État se concrétisent notamment dans le cadre du GRSP, ceux menés avec l'ARH dans celui de la MRS.

Aux vues des dispositions prises dans le cadre des lois d'août 2004, le Conseil Régional ne peut être considéré que comme un acteur secondaire en matière de santé publique. En effet, aucune compétence propre en matière de santé publique ne lui est attribuée mise à part la « *possibilité* » de définir une politique régionale de santé en déterminant des objectifs particuliers à sa région. Il n'a la responsabilité que de ses objectifs et de leur mise en œuvre. Il est de toute façon tenu d'informer le Préfet de région sur le contenu de ces actions et les moyens qu'il y consacre.

---

<sup>9</sup> Article L6115-1 du Code de la Santé Publique.

Les trois lois d'août 2004 ont donc permis de dresser un nouveau dispositif institutionnel pour la mise en œuvre des politiques de santé publique dans lequel les trois acteurs régionaux que sont le Préfet, l'ARH et l'URCAM trouvent toute leur place.

Un récent rapport de l'Assemblée Nationale<sup>10</sup> sur la mise en application de ce dispositif se félicitait que la réorganisation du système de santé publique soit ainsi achevée. Pourtant, certains avis s'avèrent plus réservés, comme celui de Jean-Claude HENRARD<sup>11</sup> pour qui « *ce nouveau dispositif est révélateur de la grande complexité du secteur de la santé et rend peu visibles les priorités en matière de politique nationale de santé.* » Il est vrai que l'accumulation des structures et des outils corrobore l'idée que même au niveau régional, le dispositif de mise en œuvre des politiques de santé publique est complexe.

### 1.1.2 Une accumulation de structures et d'outils.

L'organisation de la mise en œuvre de la politique de santé publique s'effectue au niveau régional par l'intermédiaire de nombreux dispositifs enchevêtrés.

#### A) Des structures institutionnelles plurielles.

Aujourd'hui, trois assemblées régionales occupent ce nouveau paysage institutionnel.

**La Conférence régionale** (CRS) de santé est une première structure dont le rôle est de donner un avis sur les objectifs poursuivis dans le PRSP avant qu'il ne soit arrêté par le Préfet. Elle rassemble 115 membres représentant l'Assurance Maladie, le Préfet et ses services (DDASS et DRASS), les établissements de santé, les usagers et les collectivités territoriales. Cette assemblée ne se prononce que sur le PRSP et en aucun cas sur les politiques sanitaires éventuellement menées par le Conseil Régional.

**Le Groupement Régional de Santé Publique** (GRSP), nouveau venu dans le paysage sanitaire régional, a pour mission de mettre en œuvre le PRSP. Il décide les projets éligibles à un financement et en fixe le montant. Par conséquent, le GRSP est constitué sous la forme d'un GIP rassemblant les principaux financeurs : l'Etat, l'ARH, l'URCAM, la CRAM et les collectivités territoriales souhaitant en faire partie. Il est doté de l'autonomie administrative et financière.

---

<sup>10</sup> Rapport n° 2706 sur la mise en application de la loi, déposé le 23 novembre 2005

<sup>11</sup> *Naissance et histoire des priorités et actions des politiques nationales de santé*, Jean-Claude Henrard, ADSP, mars 2005.

Enfin, **La Mission Régionale de Santé (MRS)** est une nouvelle structure rassemblant l'ARH et l'URCAM<sup>12</sup> afin de préparer et d'exercer les actions conjointes à ces deux institutions. Elle intervient notamment dans le domaine de la répartition territoriale des professionnels de santé, l'organisation de la permanence des soins, le développement des réseaux et la gestion des risques. Elle soumet ses projets de programme à l'avis de la CRS<sup>13</sup> et apporte son appui aux programmes de prévention mis en œuvre par le GRSP.

La présence de mêmes acteurs (représentants du Préfet de région, de l'URCAM et de l'ARH) dans chacune de ces trois assemblées est frappante. On constate par exemple que pour l'élaboration du PRSP, le Préfet de région dispose de la Conférence Régionale de Santé à laquelle participe sans voix délibérative le directeur de l'ARH. Ce dernier siège également au conseil d'administration du GRSP, tout comme le directeur de l'URCAM qui pour sa part siège à la MRS qui est destinataire des avis et des rapports de la CRS. « *Les même personnes se retrouvent tous les mois à l'ARH avec de multiples casquettes* »<sup>14</sup>.

De la même façon, la multiplicité des outils à l'échelle régionale vient renforcer l'impression d'extrême complexité du système en place.

#### B) Une accumulation d'outils.

A l'échelle régionale il existe **une pluralité d'outils de planification** : le Plan Régional de Santé Publique (PRSP), le Schéma Régional d'Offre de Soins (SROS), et le Plan Régional de l'Assurance Maladie (PRAM).

**Le PRSP**, premier outil de planification régionale, défini comme « *un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région* » est élaboré sous l'autorité du Préfet de région<sup>15</sup>. Il comporte trois dimensions complémentaires :

- des objectifs régionaux de santé déclinés par pathologies, déterminants de santé, populations ou territoires à partir de diagnostics précis, partagés entre l'Etat, l'Assurance Maladie et le Conseil Régional, basés sur les études émanant des ORS<sup>16</sup>, des schémas, plans et programmes dont le SROS.

---

<sup>12</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

<sup>13</sup> Art L162-47 du Code de la Sécurité Sociale

<sup>14</sup> Entretien Yvon Guillerm directeur adjoint de L'ARH Bretagne

<sup>15</sup> Circulaire n°DGS/SD1/2004/454 du 2 septembre relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du PRSP

<sup>16</sup> Circulaire DGS n° 24528 de juin 1985.

- Des stratégies d'intervention : prévention, dépistage, soins, formations, études. Chacune de ces stratégies doit rassembler de multiples acteurs.
- Une mise en réseau des compétences et nouvelles méthodes de travail afin de développer des démarches collectives de santé publique.

Pour sa part, **le SROS** est arrêté par l'ARH. Il fixe les grandes orientations stratégiques de l'évolution de l'offre de soins, en fonction de l'évaluation régionale et territoriale des besoins de santé<sup>17</sup> et intègre les priorités de santé publique de la prévention à la délivrance des soins. Dans un souci de cohérence, le PRSP doit se baser sur les priorités déterminées par le SROS. Dans ce but, il est demandé au Préfet de région de se rapprocher des ARH.

Quant au PRAM, support des interventions de l'Assurance Maladie en matière de régulation du système de soins, il assure l'unité de vue sur le champ hospitalier, médico social et ambulatoire pour les soins préventifs, curatifs et palliatifs.

De la même façon, on observe **une multiplicité d'outils de mise en œuvre** :

Afin de décliner le PRSP, le Préfet dispose de plusieurs outils de conventionnement dont :

- les conventions passées entre services publics ou organismes publics et privés et les contrats de plan entre Etat et collectivités territoriales.
- les conventions pluriannuelles d'objectifs portant sur différents volets du plan conclues avec des associations telles que les ORS ou les comités d'éducation pour la santé.
- des appels d'offres lancés aux entreprises pour le développement d'action de communication auprès du grand public.
- Les appels à projets sur des objectifs clairement identifiés.

Enfin, les **outils de financement sont extrêmement nombreux et complexes**.

Les sources de financement des PRSP sont multiples et adaptées aux différents niveaux d'intervention, selon les diverses fonctions des organismes qui les délivrent.

D'une part, l'Etat alloue une dotation régionale aux services déconcentrés afin de répondre aux actions du PRSP. D'autre part, l'ARH en tant qu'organisme décideur de l'allocation budgétaire aux hôpitaux et cliniques attribue chaque année des crédits en fonction de la prise en compte des priorités de santé par les établissements de santé au

---

<sup>17</sup> Circulaire n°DHOS/O/2004/101 du 5 mars relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

travers des enveloppes ciblées et des MIGAC. Enfin, l'URCAM dispose de moyens financiers spécifiques :

- le FNPEIS, destiné à financer toute action de prévention, d'éducation et d'information sanitaire,
- le FAQSV destiné aux professionnels de santé libéraux et aux centres de santé,
- la DRDR servant à la mise en œuvre des réseaux.

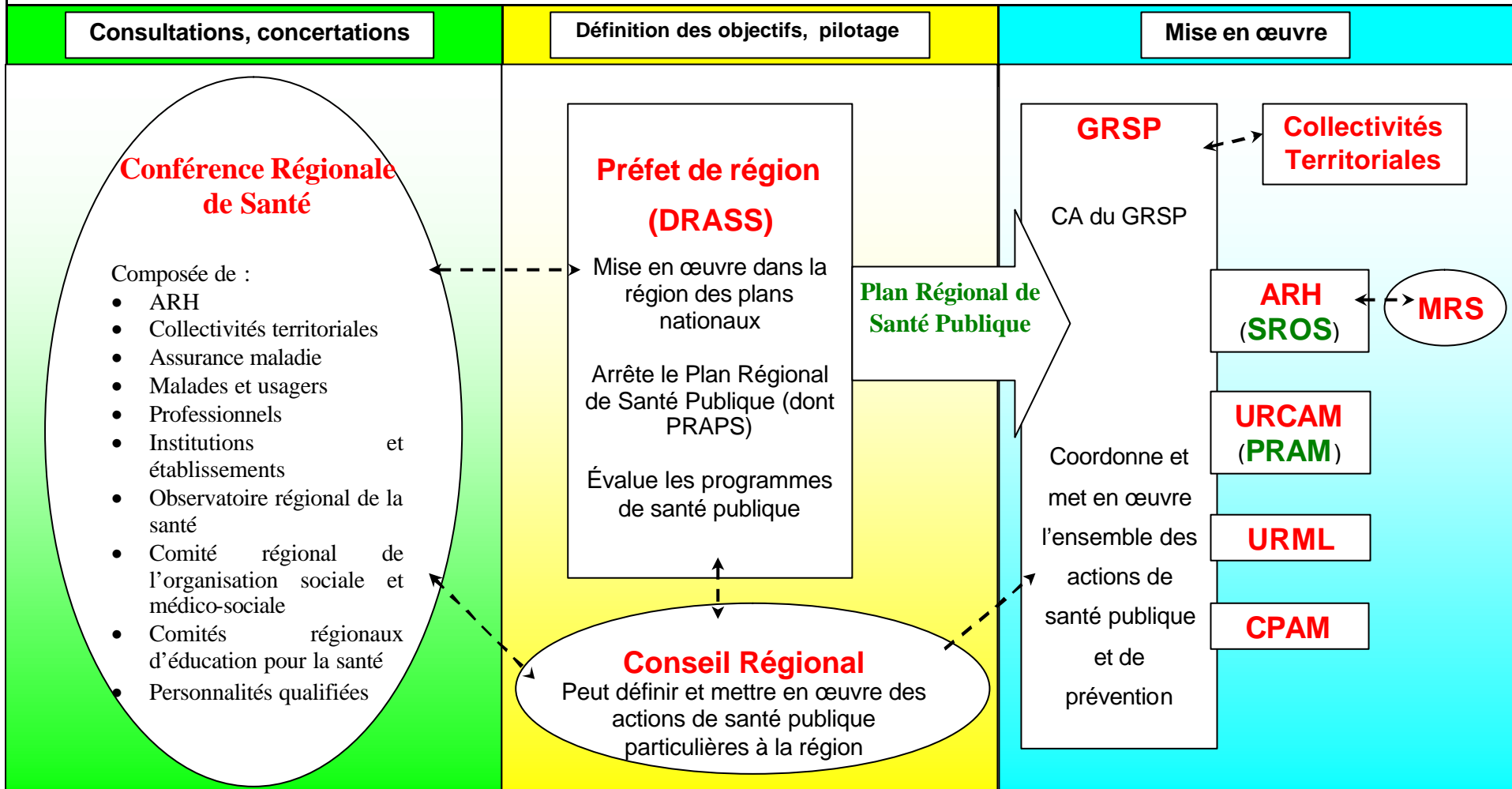
En outre, les collectivités locales peuvent intervenir dans le cadre de partenariats institutionnels avec l'Etat et les caisses de Sécurité Sociale.

La multiplicité des structures et des outils ne favorise pas la lisibilité du dispositif de santé publique et la communication entre les acteurs. Pour autant, comme le soulignait Madame Mengual lors de notre entretien « *ce qui importe, c'est que ces autorités préparent ensemble et articulent leurs plans et schémas pour qu'ils soient cohérents entre eux et qu'ils répondent aux besoins régionaux* »<sup>18</sup>. L'étude sociologique que nous avons menée à travers nos entretiens nous a montré que malgré cette extrême complexité institutionnelle, les divers acteurs tentaient de mettre en place un véritable partenariat au service de la santé publique.

---

<sup>18</sup> Entretien auprès de Mme Jeandet- Mengual , IGAS, Ministère de la santé

# Niveau régional : organisation



## 1.2 ...Qui peut favoriser l'évolution des pratiques partenariales.

### 1.2.1 La loi du 9 août 2004 a bouleversé l'équilibre des pouvoirs sanitaires au sein des régions.

La loi du 9 août 2004 a opéré une nouvelle distribution des compétences sanitaires au sein de la région. Le **rôle du Préfet de région** a en effet été largement revalorisé dans le champ de la santé publique. Certains observateurs ont même pu parler de « *nouveau leadership* » du Préfet de région. L'article 3 de la loi du 9 août 2004 dispose ainsi que « *le représentant de l'Etat définit les modalités de mise en œuvre des objectifs et des plans nationaux dans sa région* ».

Il faut rappeler qu'avant même la loi de 2004, le Préfet avait une fonction clef en matière sanitaire puisque en tant que représentant de l'état dans la région, il était garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population. Il choisissait notamment parmi les priorités définies par les CRS, lesquelles faisaient l'objet d'un programme de financement.

Néanmoins **son rôle est clairement revalorisé avec la loi de 2004**. La responsabilité de l'Etat dans la définition et la conduite des politiques de santé publique est clairement énoncée<sup>19</sup>. Le Préfet de région devient donc totalement légitime pour la mise en œuvre de la politique régionale. Cette légitimité peut être qualifiée selon les termes de Max Weber<sup>20</sup>, de légitimité « *légale rationnelle* », car la source du pouvoir du Préfet réside ici dans l'ordre légal.

Le Préfet est chargé d'élaborer le PRSP, véritable stratégie d'action régionale, qui sera mis en œuvre par le **GRSP**. C'est d'ailleurs le fonctionnement même de ce nouveau groupement qui renforce le pouvoir opérationnel du Préfet. En effet les décisions sont prises à la majorité des voix. Chaque membre du Conseil d'Administration dispose d'une voix délibérative, le président (qui n'est autre que le Préfet), dispose du nombre de voix nécessaire pour que ses voix additionnées à celles des représentants de l'Etat représentent la moitié des voix du CA. Il aura donc toujours le dernier mot sur les décisions prises et rien ne pourra lui être imposé.

---

<sup>19</sup> Article 1 loi de santé publique 9 août 2004

<sup>20</sup> Weber Max, cité par Duverger Maurice, *Sociologie de la politique*, 1973



On peut donc dire que le Préfet a largement les moyens de piloter la politique de santé publique dans la région dans la mesure où il dispose de ressources organisationnelles et d'une légitimité forte.

De plus, le Préfet bénéficie de la capacité d'une vision transversale de la politique de santé publique. Il est en effet informé des actions sanitaires menées par les autres acteurs régionaux : Les conseils régionaux doivent obligatoirement informer le Préfet des actions qu'ils mènent en matière santé publique.

Cette revalorisation des pouvoirs sanitaires du Préfet était potentiellement génératrice de conflits avec les deux autres acteurs régionaux prépondérants dans les champs sanitaires (le Directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM) qui pouvaient y voir une remise en cause de leurs pouvoirs. En effet les sociologues Crozier et Friedberg<sup>21</sup> ont montré que chaque acteur cherche à accroître sa marge de manoeuvre et à limiter celle des autres. Dans les organisations bureaucratiques, les **lutttes perpétuelles de pouvoir** rigidifient l'organisation. On assiste à une multiplication des règles qui limitent l'autonomie de chacun et ralentissent le fonctionnement des organisations.

Claude Dubar est venu compléter cette analyse en démontrant que les acteurs des institutions, impliqués et investis dans leur travail, souhaitent maintenir un système qui leur permet de conserver leur rôle et leur position qui constituent une partie essentielle de leur **identité sociale**<sup>22</sup>. C'est pour cette raison que les changements en terme d'organisation de travail ont toujours suscité des réactions. Ils peuvent être interprétés comme une dévalorisation du travail effectué.

Ce risque de blocage ne s'est apparemment pas réalisé à la suite de la redistribution des pouvoirs au sein de la région.

### **1.2.2 Des relations basées sur un partenariat.**

Lors des entretiens menés auprès de directeurs d'ARH, de membres du corps préfectoral ou des directeurs d'URCAM, nous avons évoqué le risque de relations conflictuelles et de compétition institutionnelle qui pouvait émerger du nouveau dispositif législatif. Tous ont affirmé que ces problématiques ne se sont pas posées au sein des territoires dont ils avaient la responsabilité. Réalité effective ou retenue diplomatique, notre enquête ne saurait trancher. Néanmoins certains éléments de réponse tendent à prouver que la

---

<sup>21</sup> Crozier, *Le phénomène bureaucratique*, 1979.

<sup>22</sup> Claude Dubar, *L'acteur et le système*, 1977

redistribution des pouvoirs sanitaires au sein de la région ne s'est pas heurtée au refus catégorique des acteurs face au changement.

Tout d'abord, une grande part des personnes interrogées a souligné l'importance **des particularismes locaux et de la personnalité du préfet**. Lors de notre entretien, Patricia Loncle, constatait en effet que « *l'évolution vers une culture déconcentrée dépend de l'histoire locale, de la personnalité des acteurs et des thèmes des PRS en question* ». Si certains Préfets s'impliquent réellement sur des programmes de santé publique, ce n'est pas le cas pour tous les programmes ni pour tous les Préfets. Cette implication plus ou moins forte a des conséquences sur le plan des ressources humaines. En effet un intérêt limité du préfet permet au DARH de disposer plus aisément des personnels de la DDASS.

De la même façon, Anne-Claude Marchand et Françoise Schaetzel<sup>23</sup> prennent l'exemple de trois régions, Alsace, Auvergne et Nord-Pas-de-Calais pour expliquer que les politiques régionales sont marquées par des particularismes régionaux. Elles constatent que dans ces régions, le Préfet et les services de la DDASS ont réussi à mettre en œuvre des politiques régionales de santé publique grâce à l'élaboration dès 1994 de démarches participatives dans le but de susciter l'adhésion et l'implication des acteurs. Avec les nouveaux textes et nouveaux outils instaurés en 2004, la donne a changé mais cette approche fédérative est suffisamment ancrée pour trouver une nouvelle impulsion dans ce contexte.

La Bretagne semble également s'inscrire dans ce schéma puisque la démarche de partenariat est déjà bien ancrée dans les pratiques. Ainsi, par exemple, le Préfet s'est particulièrement investie dans le programme concernant l'alcoolisme. Le travail du groupe de programmation constitué de personnel de la DDASS a donc été dirigé par le Préfet. La DRASS a, quant à elle, choisi de s'investir davantage sur d'autres dossiers comme par exemple le PRS suicide, qu'elle a copiloté (de son élaboration jusqu'à sa mise en œuvre avec l'URCAM.) Dans le groupe travaillant sur ce plan, le représentant de l'URCAM était associé au même titre que son homologue de la DRASS<sup>24</sup>. Le représentant de l'URCAM apportait ainsi l'appui de l'Assurance Maladie. Ce système permettait de s'assurer du financement du programme par l'institution co-pilote qui le reconnaît par là comme programme prioritaire.

La Bretagne montre donc l'exemple d'une démarche partenariale qui fonctionne bien malgré la complexité institutionnelle.

---

<sup>23</sup> A.C Marchand et F. Schaetzel, *Structuration des politiques régionales de santé*. ADSP, n°46.mars 2004

<sup>24</sup> Entretien avec M. Petitjean

Le deuxième facteur favorisant des relations de collaboration tient à **la structure même du dispositif instauré par la loi d'août 2004**.

Bien que complexe, celui-ci a permis la coexistence des diverses institutions sans véritable remise en cause d'aucune d'entre elles. Cela répondait aux attentes des acteurs : Chaque institution a gardé son identité et peut faire valoir ce qu'elle produit comme résultat pour valoriser son institution, mais aussi l'action des membres de son réseau. L'idée de ce dispositif c'est que chacun fait avec ses réseaux, ses moyens, bref son identité. Le dispositif actuel a donc voulu respecter les rôles et les identités de chacun, car les différentes institutions y sont représentées.

Au delà des conséquences négatives liées à la complexité du dispositif, ce dernier peut également favoriser les conditions de coopération des acteurs.

Enfin il semble que les différents acteurs sanitaires régionaux aient surtout pris conscience de **l'intérêt d'une démarche partenariale**. Cette prise de conscience est indispensable puisque comme l'affirme le Professeur Jourdain, « *un programme de santé publique qui fonctionne dépend nécessairement du degré d'entente des décideurs au sein du GRSP* ».

En pratique, le partenariat présente plusieurs avantages. Il s'agit tout d'abord « *d'utiliser comme un atout la diversité des compétences, des savoir-faire et des sensibilités qui sont réunis* »<sup>25</sup>. Cela permet de disposer de plus d'**informations** grâce à une mutualisation des données de chacun. Dans une démarche dont la première étape est le diagnostic, les données sur l'état de santé de la population doivent être facilement accessibles. Or de nombreux acteurs déplorent le manque de données ou leur éparpillement, ce qui freine largement leur action. Un travail coordonné pourrait favoriser le développement de la communication.

De plus le travail en partenariat permet d'optimiser **les financements**. Chaque partenaire est susceptible d'apporter une plus-value au niveau financier, ce qui permet une multiplication des partenaires et des crédits sollicités. C'est le raisonnement de la DRASS de Bretagne qui a toujours été attentive à ce que les programmes de l'Assurance Maladie dans la région apparaissent bien dans le PRSP. La lisibilité des financements sort renforcée de cette démarche partenariale.

Les trois acteurs régionaux prépondérants en matière de santé publique ont donc intérêt à bâtir leur relation sur une démarche de coopération. Cela revêt un caractère politique

---

<sup>25</sup> Michel Peltier, directeur régional des affaires sociales d'île de France en mars 2004

basé « *sur des capacités de management et de communication*<sup>26</sup> ». En Bretagne, ce partenariat a été symbolisé par la création d'un logo commun à tous les acteurs de l'action publique de santé. Ce logo qui porte le message « *Ensemble en Bretagne, faisons avancer la santé* », est utilisé pour tous les documents de santé publique de la région. Cet exemple local revêt un caractère symbolique mais montre surtout la volonté des grandes institutions de dire que même si le dispositif est compliqué, il existe bien une volonté de travailler ensemble.

## **2 Une affirmation du cadre régional pour répondre aux besoins de santé des populations.**

### **2.1 Une confirmation de la pertinence de l'échelon régional par la loi du 9 août 2004.**

#### **2.1.1 La pertinence de l'échelle régionale**

La loi relative à la politique de santé publique promulguée le 9 août 2004 confirme le niveau régional comme l'échelon territorial optimal pour la mise en oeuvre des politiques de santé publique. Le rapport de l'Assemblée Nationale du 23 mars 2005 relatif à la mise en application de cette loi souligne que c'est au niveau régional qu'il est primordial d'articuler les dispositifs de la nouvelle gouvernance de la santé.

En effet, l'espace régional semble combiner justement les intérêts de la proximité territoriale (adaptation aux besoins des populations), et les avantages de la taille critique (développement des complémentarités et rationalisation du système de santé). La parution simultanée des lois de santé publique du 9 août 2004, de l'Assurance Maladie du

---

<sup>26</sup> C Marchand et F. Schaezel , *Structuration des politiques régionales de santé*. ADSP, n° 46 mars 2004

13 août 2004 et de décentralisation le 13 août 2004 tend à démontrer que le législateur apparente désormais santé et région<sup>27</sup>.

A) La proximité gage de qualité : la région pour répondre aux besoins de la population.

Depuis une quinzaine d'années, une succession de rapports a fait de la région le cadre territorial optimal pour organiser l'amélioration de la qualité de l'offre de santé par la prise en compte de diverses réalités locales. Ainsi dès 1993, le rapport « *Santé 2010* » de R. Soubie préconisait une déconcentration administrative pour mieux prendre en compte les caractéristiques sanitaires des régions. Plus récemment le rapport de 2003 de l'IGAS<sup>28</sup> intitulé « *Evolution de l'organisation territoriale de l'Etat dans le domaine sanitaire et social* » venait réaffirmer la pertinence de l'échelle régionale comme lieu de diagnostic des besoins sanitaires de la population.

Selon ces rapports, la proximité permet de mieux corriger les disparités géographiques et sociales. En effet, les inégalités d'accès aux soins sont relativement peu corrigées par un système de santé centralisé. Celui-ci ne prend pas suffisamment en compte les déterminants locaux de santé des populations (inégalités d'accès aux soins, répartition des professionnels de santé sur le territoire...) Au contraire, à l'échelle régionale ont été développés méthodes, outils et compétences afin de fixer des objectifs d'amélioration du niveau de santé des populations sur la base de **diagnostics sanitaires et sociaux pertinents et géographiquement situés**. Le développement des Observatoires Régionaux de Santé (ORS) et des Conférences Régionales de Santé (CRS) a permis de bâtir les outils de diagnostic indispensables à l'appréhension d'une réalité sanitaire régionale (état des lieux et analyse des scénarios d'évolution).

De la même façon, on a vu se développer en région **des outils de mise en œuvre efficaces car adaptés aux réalités locales**. Le bilan des PRS ou des PRAPS dans certaines régions est très positif. Les ARH, pour leur part, coordonnent et répartissent l'offre de soins publique grâce à une connaissance fine des projets des établissements de santé. Le contrôle des investissements et des autorisations des nouveaux équipements est mis en rapport avec les annexes du SROS. Par ailleurs, la création des URML, grâce

---

<sup>27</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

<sup>28</sup> Rapport 2003 de l'IGAS, M.A Dumesnil Du Buisson, E. Géandet-Mengual

aux travaux des URCAM sur les soins de ville de 1996 a permis de limiter l'encombrement des urgences et a renforcé la permanence des soins.

La régionalisation parce qu'elle permet une plus grande proximité est donc gage d'efficacité. Elle permet également une plus grande cohérence et donc une réelle démocratie en matière sanitaire.

#### B) La cohérence gage d'équité et de démocratie.

L'échelon régional est le plus adapté pour articuler efficacement les priorités de santé publiques nationales (logique descendante) autant que les actions locales répondant aux besoins des populations (logique ascendante).

En adoptant une approche intermédiaire entre le niveau départemental et le niveau national, la **régulation se fait plus équitable** et l'utilisation des ressources plus efficace. L'adaptation régionale de l'action publique est d'autant plus impérative que les défis structurels du système de santé se déclinent différemment sur le territoire : les inégalités sociales et géographiques d'accès aux soins, le vieillissement de la population, les avancées techniques, l'augmentation du recours aux soins et l'évolution démographique des professionnels de santé présentent de fortes variations inter et intrarégionales. En parallèle, l'attribution de mise en œuvre des politiques nationales de santé publique aux régions confère à l'Etat un rôle de contrôle des résultats ainsi que la gestion d'un système de péréquation financière qui garantit l'équité d'accès des populations aux soins quelles que soient les disparités de ressources régionales. D'autre part, on peut noter que la régionalisation s'est accompagnée d'une **démocratisation du débat sanitaire** à l'intérieur des régions. Ainsi, les collectivités territoriales et les représentants des usagers trouvent petit à petit leur place dans les instances de concertation (CRS) et les structures de mises en œuvre des politiques de santé (GRSP).

#### **2.1.2 La régionalisation a permis l'émergence d'une culture et d'une démarche collective de santé publique.**

L'émergence d'une culture de « santé publique » en France est relativement récente. Longtemps le système sanitaire français a été organisé autour d'une dichotomie forte entre le secteur du soin et celui de la prévention et de l'éducation. Ce n'est que dans la deuxième moitié des années 90 qu'une vision plus globale de la santé a commencé à émerger. On peut penser que la régionalisation qui a débuté sensiblement à la même époque n'est pas étrangère à cette évolution.

En effet, la création des ARH en 1996 a été une première étape dans la mise en commun des compétences (des services de la DRASS, de la DDASS et celle des agences). La création des PRS a permis un rapprochement des méthodes de travail des services de l'Etat et des collectivités territoriales. Le dispositif législatif mis en place en 2004 est venu renforcer cette régionalisation et par conséquent ce processus d'émergence d'une culture de santé publique partagé par l'ensemble des acteurs du champ sanitaire (administratifs, politiques, médicaux, soignants) réunis régulièrement au sein de structures favorisant la collaboration.

Ces évolutions structurelles, fonctionnelles et culturelles ont donné l'habitude d'aborder les problèmes de santé de façon globale et régionale. Ceci a donné un sens collectif aux actions entreprises, de la cohésion et de la structuration dans les actions et les financements.

Les efforts d'affichage et de communication réalisés ont favorisé des prises de conscience sur certaines questions (suicides, accidents vasculaires cérébraux, maintien à domicile...). Cette volonté aide à plus de visibilité sur l'existant et pose les priorités.

La participation de tous les acteurs ainsi qu'une dynamique de travail partagé a permis de bâtir enfin une « **maison commune de la santé publique**<sup>29</sup> ».

C'est pourquoi à ce point de notre réflexion il est intéressant de soulever l'opportunité d'aller plus loin dans la territorialisation des politiques de santé.

## **2.2 Vers une régionalisation plus poussée : De la déconcentration à la décentralisation ?**

Comme le soulignait M. Hassenteuffel<sup>30</sup>, Professeur en science politique et spécialiste des politiques de la santé lors de notre entretien, le terme régionalisation est souvent utilisé pour désigner deux processus différents. D'une part un transfert de compétences à la région en tant que cadre de l'action administrative, ce qu'on désigne généralement par le terme de « déconcentration ». D'autre part, le transfert de compétences à l'autorité politique régionale, le Conseil Régional, ce qui relève alors d'un véritable mouvement de « décentralisation ».

La pertinence de l'échelle régionale en matière de santé publique incite à évaluer l'opportunité de s'engager davantage dans le processus de régionalisation afin de passer

---

<sup>29</sup> DGS, *santé publique 2004*, volume 16, n°4, pp 679-686

<sup>30</sup> Entretien avec Patrick Hassenteuffel, Professeur de sciences politiques, Universités de Rennes-I

d'une simple déconcentration administrative fixée par l'ordonnance de 1996 et les lois d'août 2004 à une véritable décentralisation au profit des exécutifs régionaux. Doit-on, comme le suggérait les parlementaires C. Hurriet et J.L Préel<sup>31</sup> en 2002, envisager une véritable décentralisation des problématiques de santé publique au profit de Conseils Régionaux dotés de pouvoirs de décisions réels ?

Pour répondre à cette interrogation, il est intéressant d'analyser les expériences étrangères en la matière afin de constater que les conditions nécessaires à une telle évolution ne sont pas réunies en France. Il est davantage souhaitable de voir évoluer le système français vers une décentralisation fonctionnelle fondée sur la création d'une Agence Régionale de Santé.

### **2.2.1 Des expériences étrangères difficilement transposables.**

#### A) Des partenaires européens largement décentralisés.

L'analyse des expériences étrangères de décentralisation des problématiques sanitaires chez nos voisins européens est intéressante parce qu'elle nous informe sur les outils utilisés et les résultats obtenus en la matière. Ainsi on constate que la décentralisation sanitaire est largement développée dans l'ensemble de l'Union Européenne.

**La Suède**, souvent qualifiée de « modèle social » par les médias français a très tôt confié aux régions des compétences en matière de santé publique. En effet, une loi de 1982 relative à la Santé et aux services médicaux confie l'essentiel du service public de la santé (fourniture des services sanitaires, promotion de la santé) aux autorités régionales.

De la même façon, en 2001 **l'Italie** a opté pour un modèle institutionnel fédéral. Les problématiques de santé ont alors trouvé leur ancrage dans les régions. Ainsi le 8 août 2001, le gouvernement italien a signé avec les régions un accord définissant une nouvelle répartition des compétences : le gouvernement fixe les prestations obligatoires sur l'ensemble du territoire tandis que les régions ont pleine autonomie en matière de gestion et d'organisation. Le système de santé est de fait totalement régionalisé.

**L'expérience espagnole**, conduite en une vingtaine d'années et achevée en 2001, est la plus intéressante parce qu'elle s'est accompagnée d'une amélioration spectaculaire de

---

<sup>31</sup> *Proposition de loi tendant à instaurer une régionalisation de la santé*, J.L Préel et les membres du groupe UDF, juillet 2002.



l'état de santé des espagnols. La Constitution de 1978 a permis les premiers transferts de compétences sanitaires au profit de certaines régions (Catalogne en 1981 et Andalousie en 1984). Deux mouvements distincts ont alors été concomitants : la constitution d'un service public national inspiré du NHS britannique, d'une part, et d'importants transferts de pouvoirs aux communautés autonomes d'autre part. Aujourd'hui l'Etat espagnol garde la responsabilité de la coordination générale, de l'édiction des normes de base et du régime de financement. Les communautés autonomes ont en charge tout le reste de l'organisation sanitaire. Difficile d'évaluer précisément l'impact de cette réforme sur l'état de santé général de la population. Reste qu'en vingt ans, l'espérance de vie en bonne santé des espagnols (70,9 ans) a rattrapé celle des français (71,3 ans) tout comme la part des richesses nationales consacrée à la Santé (9,5% du PIB français pour 8,1 % en 2001 pour l'Espagne).

La responsabilisation complète des autorités régionales en matière de santé publique prouve qu'il est possible d'aller très loin dans la décentralisation. Pour autant ce type de régionalisation ne semble par transposable en France.

#### B) Les obstacles à une décentralisation politique des compétences de santé.

Ni les caractéristiques des régions françaises, ni les impératifs d'équité ne plaident en faveur d'un transfert total des compétence de santé aux régions.

Le premier obstacle à un tel processus de régionalisation est lié à **la tradition centralisatrice du pouvoir en France**. Il n'est pas anodin de constater que toutes les expériences étrangères de décentralisation relatées plus haut se sont déroulées dans des pays qui ont fait le choix d'un système institutionnel largement décentralisé voire fédéral.

Le deuxième obstacle est lié à l'organisation française de l'Assurance Maladie, le principal financeur des politiques de santé publique. **La pluralité des régimes d'assurance maladie et leurs gestions paritaires** ne facilitent pas une décentralisation des problématiques de santé. En effet, dans les pays de tradition beveridgienne, la décentralisation a été rendue plus facile par l'existence préalable d'un système de santé étatique ou comme cela a été le cas en Espagne par une nationalisation de la gestion du système de santé. En France, on observe depuis peu un rôle croissant de l'Etat dans la gestion de l'assurance maladie mais celle-ci reste gérée par des partenaires sociaux.

Enfin, **les réticences des exécutifs régionaux** à s'impliquer davantage en matière de santé publique constituent un ultime obstacle à la décentralisation. Les Conseils Régionaux craignent de devoir supporter les risques financiers liés à des dépenses particulièrement évolutives aux vues des perspectives démographiques et donc d'en

assumer le coût politique devant les électeurs-contribuables. Ces éléments expliquent sans doute les réticences des régions à se saisir des opportunités ouvertes par la loi du 13 août 2004 relative aux responsabilités locales. Celle-ci prévoyait en effet que les Conseils Régionaux s'impliquent davantage dans le fonctionnement des instances sanitaires (ARH et par la suite ARS).

Difficile à mettre en œuvre en France, une telle décentralisation des politiques de santé publique est-elle même souhaitable ? En effet, le recours à une décentralisation politique traditionnelle présenterait le **danger majeur d'un accroissement des inégalités** entre régions en raison des disparités de ressources financières. Les expériences espagnole et italienne montrent que ce risque est bel et bien la contrepartie d'une forte décentralisation. On a pu observer dans ces pays que la dispersion interrégionale des dépenses de santé par habitant, loin d'être atténuée, aurait tendance à s'aggraver. A titre d'exemple, en 1998, les ressources budgétaires consacrées à la santé par la Catalogne, le Pays Basque et la Navarre étaient respectivement (par an et par habitant) de 19%, 21% et 59% supérieures à celles consacrées par l'Andalousie.

Dès lors, aux vues de ces éléments, il semble que les évolutions souhaitables de l'organisation de la Santé Publique en France s'inscrivent davantage dans le cadre d'une décentralisation fonctionnelle, fondée sur la large autonomie d'une autorité régionale spécifique, plutôt que dans celui d'une décentralisation politique traditionnelle.

## **2.2.2 L'ARS, une solution idéale pour optimiser l'action des acteurs régionaux.**

### A) L'ARS, une décentralisation fonctionnelle...

Fort des expériences étrangères et face au constat précité, le législateur a proposé la **création de l'Agence Régionale de Santé (ARS)**. Elle est évoquée depuis 1993<sup>32</sup>. Ses premiers contours se dessinent dans le rapport annexé à la loi de financement de la sécurité sociale 2003. La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie 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.

---

<sup>32</sup> Rapport du Commissariat au Plan, 1993, sur la régionalisation des politiques de santé

**L'objectif** est de fédérer les acteurs sanitaires (publics privés) au sein d'une entité juridique unique (GIP). Cette structure doit autoriser une meilleure articulation entre médecine de ville et hôpital, une meilleure association régionale entre professionnels et patients, un fonctionnement plus démocratique, une plus grande cohérence dans l'organisation du système de soins avec une meilleure lisibilité des politiques suivies. Les acteurs sociaux et médico-sociaux resteront attachés à l'échelon départemental mais leurs actions seront articulées avec celles des ARS.

L'ARS accroît ainsi l'autonomie de l'échelon régional par rapport au cadre national à travers des contractualisations entre ministères et régions. Elle évite l'écueil d'une décentralisation politique qui alimenterait les inégalités de traitement sanitaire.

**Les compétences de l'ARS** reprennent à peu de chose près celle de l'ARH pour la planification hospitalière. L'évolution principale tient à la régulation du secteur ambulatoire. Le dispositif donne à l'ARS une compétence de principe pour la régulation de l'ensemble de l'offre de soins (adoption d'un schéma d'organisation des soins recouvrant aussi bien les établissements de santé que l'offre libérale)<sup>33</sup>. La régulation de l'activité des médecins libéraux, sera quant à elle confiée à l'URCAM.

L'ARS possèdera également des compétences en matière de santé publique reposant sur les expériences et les initiatives des acteurs locaux.

**Le profil institutionnel de l'ARS** se décline comme une structure unique dotée d'un seul responsable. Elle regroupe des structures locales préexistantes. Elle fusionne les responsables du pôle hospitalier (ARH), des soins de ville (URCAM) et de la santé publique (GRSP).

Sur le plan structurel, **les pouvoirs publics ne tranche pas la question de la tutelle**. Deux projets antagonistes existaient initialement (Jean-Luc Prél proposait une ARS sous l'autorité du Conseil Régional alors que Claude Evin la voyait sous l'autorité de l'État). La loi ne précise pas les modalités de direction, et invite les Conseils Régionaux à participer à une expérimentation bâtie à partir des MRS. Ce silence du législateur explique **le retard pris dans la mise en oeuvre des expérimentations** (aucune à ce jour). Avant d'être candidate, les régions veulent connaître les conditions requises pour participer, qu'il s'agisse de leur place au sein de cette nouvelle structure ou bien des conditions financières à remplir. De même, l'Assurance Maladie souhaite connaître les modalités de déroulement de cette expérimentation et apparaît défavorable à toute solution qui intégrerait son réseau dans une structure régionale placée sous la seule autorité de l'État.

---

<sup>33</sup> Rapport ENA Promotion 2002-2004 Léopold Sédar Senghor sur la politique régionale de santé

La nécessité de regrouper les structures au sein d'une agence unique, accompagne une nécessaire redéfinition du **périmètre de compétences** des différentes structures qui coexisteront avec l'agence. Dans cette optique, ce périmètre reste à définir à partir des structures communes à l'État et à l'assurance maladie (ARH, GRSP) et s'accompagnera d'évaluations des compétences régionales afin de limiter les enchevêtrements.

L'option retenue par les pouvoirs publics avec la création des MRS est un premier pas. Ce cadre réunissant l'ARH et l'URCAM avec compétences complémentaires en matière d'offres de soins constitue le noyau de la future ARS.

B) ... Qui soulève certaines questions.

**Le regroupement au sein d'une seule structure** de questions relatives à la santé publique (qui relèvent du GRSP), et à l'offre de soins (partagées entre ARH et URCAM) interpelle<sup>34</sup>.

Bien que cela réponde à un besoin de rationalisation administrative, cette solution comporte un risque : sacrifier la santé publique (politique de prévention) au profit d'une politique d'organisation de l'offre de soins. Cette tentation peut être forte pour des raisons culturelles (les acteurs régionaux sont des gestionnaires auxquels les dimensions préventives et épidémiologiques échappent parfois) ou des raisons financières (les sommes consacrées à la gestion de l'offre de soins sont sans commune mesure avec celles destinées aux politiques régionales de santé publique).

**La place définie aux partenaires de l'État** explique le retard de mise en oeuvre de l'expérimentation des ARS plus d'un an après le vote de la loi<sup>35</sup>.

Le périmètre traditionnel des compétences de l'État (détermination des principes de santé et responsabilité de la sécurité sanitaire) ne sera pas transformé. Cependant, l'arrivée des **conseils régionaux** au sein des organes de direction des agences régionales risque de bousculer les modes de fonctionnement de la commission exécutive de l'agence. Les Conseils Régionaux deviennent un troisième partenaire au sein d'instances traditionnellement composées paritairement (représentants de l'État et de l'Assurance Maladie). Ceci influera les équilibres et les votes, et réduira la marge de manœuvre de l'agence.

---

<sup>34</sup> Rapport d'information du Sénat annexé au procès-verbal de la séance du 11 octobre 2005

<sup>35</sup> Rapport d'information du Sénat annexé au procès-verbal de la séance du 11 octobre 2005

**L'Assurance Maladie** quant à elle, principal bailleur de fonds et fournisseur d'un fort contingent de personnel, réclame des garanties : Le respect de son autonomie, une meilleure association à la répartition des enveloppes budgétaires régionales et un rôle conforté dans le contrôle des dépenses.

Ces préoccupations justifient les expérimentations prévues avant que ne soit trouvée la forme définitive des ARS. Des règles de participation feront l'objet d'une contractualisation entre les différentes parties et détermineront une programmation pluriannuelle ainsi qu'une répartition des moyens apportés au fonctionnement de l'agence.

La mise en oeuvre des ARS résulte d'un équilibre à déterminer entre rationalisation des structures régionales, détermination des attributions, clarification des compétences de chaque acteur, et juste représentation au sein des agences.

Malgré ces interrogations, l'ARS reste l'outil incontournable à l'émergence de politiques de santé publique coordonnées et efficaces.

# Conclusion

Les rôles réciproques du Préfet de région, de l'ARH et de l'URCAM dans la définition, le financement et la mise en œuvre des programmes de Santé Publique sont difficiles à définir clairement. Cela est dû à la complexité du dispositif juridique de répartition des compétences sanitaires au sein du cadre régional et à l'accumulation de structures et d'outils à la disposition de ces différents acteurs.

Néanmoins malgré le manque de lisibilité et les bouleversements induits par la loi de 2004 relative à la santé publique, les Préfets de région, les directeurs d'ARH et d'URCAM que nous avons rencontré semblent être dans une dynamique positive de collaboration et de partenariat.

Bien que complexe, la déconcentration des compétences sanitaires opérée depuis une dizaine d'années en France semble donc avoir été pertinente. Elle a été gage d'efficacité et d'équité tout en permettant l'émergence d'une culture et d'une démarche collective de santé publique.

Cependant aux vues de l'analyse des expériences étrangères en la matière, il n'apparaît pas souhaitable d'envisager comme prochaine étape du processus une décentralisation totale des compétences de santé au profit des collectivités territoriales. Trop d'obstacles à la fois structurels et culturels semblent s'opposer à une telle alternative. Il semble plus intéressant de poursuivre le processus de régionalisation par une décentralisation fonctionnelle à travers la mise en place d'une Agence Régionale de Santé. Gageons que les interrogations que cette dernière soulève n'obéreront en rien ses capacités futures à répondre aux besoins de santé des populations.

---

# Bibliographie

---

## RAPPORTS

- Commissariat au plan, rapport du groupe pôle, *Pour une régionalisation du système de santé en 2025, offres, régulation et acteurs : essai de prospective*, novembre 2005.
- Commissariat au plan, *rapport pour la mise en œuvre des agences régionales de santé* 1993.
- Rapport n°2706 déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, *Mise en application de la loi n°2004806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*, 23 novembre 2005.
- Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, *Réforme de l'assurance maladie : les nouveaux outils de la régulation*, 11 octobre 2005.
- Délégation interministérielle à la ville, *Bilan et perspectives des ateliers santé ville*, Les élus et les programmes territoriaux de santé publique, 27 janvier 2005.
- Direction Générale de la Santé, « *Le PRSP, un cadre de planification de la politique régionale en santé publique* », *santé publique* 2004, volume 16, n°4, pp 679-68.
- Ecole Nationale d'Administration, séminaire d'administration comparée de la promotion, « Léopold Sédar Senghor », *Les politiques de santé : la politique régionale de Santé*, juillet 2003.
- IGAS, *Evolution de l'organisation territoriale de l'Etat dans le domaine sanitaire et social*, M.A. Dumesnil du Buisson, E. Jeandet-Mengual, 2003.
- Inspection générale des affaires sociales (IGAS), *Rapport annuel 2002 : politiques sociales de l'Etat et territoires*, La documentation française, 2002.
- *Partenariat et régionalisation des politiques de santé*, Odile Marquestaut, 2001.
- Observatoire Régional de Santé de Bretagne, *La santé de la population en Bretagne – Etat des lieux préparatoire à la mise en place du programme régional de santé publique*, Contrat de plan Etat-Région, Décembre 2004.
- Rapport « Prél », *Proposition de loi tendant à instaurer une régionalisation de la santé*, 24 juillet 2002.
- Rapport d'information du Sénat annexé au procès-verbal de la séance du 11 octobre 2005 sur les politiques régionales de santé.

- *Santé 2010*, commissariat général au plan, groupe « prospective du système de santé », Soubie Raymond, documentation française, 1993.
- URCAM, *La santé en question : place et rôle de la région*, novembre 2002.

## TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Code de la Santé Publique Article L162-47.
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 *relative à la politique de santé publique*.
- Loi n°2004-809 du 13 août 2004 *relative aux libertés et responsabilités locales*.
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie*.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*.
- Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 *relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé*.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 *portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*.
- Décret n° 2005-1234 du 26 septembre 2005 *relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique*.
- Décret n° 2005-1539 du 8 décembre 2005 *relatif aux conférences régionales ou territoriales de santé et modifiant le code de la santé publique*.
- Circulaire DGS/SD1/2004/454 du 24 septembre 2004 *relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique*.
- Circulaire n°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 *relative à l'élaboration des SROS de troisième génération*.
- Circulaire DHOS/DGS/DGAS/DATAR n°2003-387 du 16 avril 2003 *relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement*.
- Circulaire DGS n° 24528 de juin 1985.
- Délibération n° 05.16.280 du conseil régional Rhône – Alpes.
- Convention constitutive du groupement de santé publique des Pays de Loire, Bernard Boulcault, 29 mars 2006.
- Plan régional de santé publique de Haute Normandie, synthèse, 24 mars 2005.



## OUVRAGES ET DOCUMENTS DIVERS

- Les cahiers hospitaliers, *Les URCAM ou comment fabriquer du consensus par la coopération ?*
- Alain Jourdain, *Planification, régulation, aide à la décision*, ENSP.
- Cathy SUAREZ et Donat DECISIER, *Synthèse et analyse critique du projet de loi relatif à la politique de santé publique*, CS/DD/bm, pp.1-8.
- Pierre Aballéa, *Les agences, les priorités et les programmes de santé*, adsp n° 37, décembre 2001.
- Direction générale de la santé, *Le PRSP, un cadre de planification de la politique régionale en santé publique*, santé publique 2004, volume 16, n°4, pp 679-686.
- Max Weber, cité par Duverger Maurice, *Sociologie de la politique*, 1973.
- Michel Crozier, *Le phénomène bureaucratique*, 1981.
- Claude Dubar, *L'acteur et le système*, 1977.
- A.C Marchand et F. Schaetzel, *Structuration des politiques régionales de santé*. ADSP, n°46.mars 2004.
- Jean-Marc Lorach, *Inégalités de santé et action territoriale : situation et perspectives offertes par les principes du développement durable*, Revue Développement Durable et territoire, 5 mars 2004.
- Pierre-Henri Bréchat, René Demeulemeester, *Politique et programmes régionaux de santé*, ADSP n° 46, mars 2004.
- Michel Peltier (DRASSIF), *La prévention, fondement des politiques régionales de santé*, ADSP, n°46 mars 2004.
- Jean-Louis Salomez, professeur de santé publique, *Regard critique et pistes pour demain*, Observatoire régional de la santé Nord Pas de Calais, 7 décembre 2004.
- Revue santé publique, numéro spécial, *Loi de santé publique*, décembre 2004.
- Jean-Claude Henrard, *Répartition des ressources et démarche stratégique en santé publique et Naissance et histoire des priorités et actions des politiques nationales de santé*, adsp n°50, mars 2005.
- Les Cahiers Hospitaliers, *La régionalisation vue par le Commissariat général au Plan : la « déconcentration »*, avril 2006.

## SITES INTERNET

- [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- [www.ensp.fr](http://www.ensp.fr)
- [www.senat.fr](http://www.senat.fr)
- [www.assembléenationale.fr](http://www.assembléenationale.fr)

---

## Liste des annexes

---

1. Entretien mené auprès de M. Jourdain, Professeur de santé publique ENSP
2. Entretien mené auprès de Mme Jeandet-Mengual, IGASS en Ile de France
3. Entretien mené auprès de M. Cormier, Maître de conférence IEP Rennes
4. Entretien mené auprès de M. Petitjean, Médecin de santé publique à la DRASS
5. Entretien mené auprès de Mme Schaetzel, Médecin Inspecteur de santé publique à la DRASS d'Alsace
6. Entretien mené auprès de Mme Loncle, Enseignant Chercheur à l'ENSP
7. Entretien mené auprès de M. Hassenteufel, Professeur science politique Rennes
8. Entretien mené auprès de M. Villeneuve, Directeur Juridique Conseil Régional Bretagne
9. Entretien mené auprès de M. Dupont, Directeur de la DDASS de la Sarthe
10. Entretien mené auprès de M. Guillerm, Directeur Adjoint ARH Bretagne
11. Entretien mené auprès de M. Humbert, Directeur URCAM Rennes

## Rencontre avec Alain JOURDAIN Professeur Santé Publique ENSP

Sociologue et démographe. Formateur ENSP en santé publique, référant en matière de planification.

Il n'existe pas de définition juridique du terme « programme de santé publique » bien qu'il soit repris dans la loi et les plans régionaux de santé publique. La naissance des plans date de 1994. Ils sont confortés en 1997 par les textes instaurant les conférences régionales de santé qui définissaient des priorités régionales indépendantes dans chaque région. Ces priorités s'appuyaient sur les 17 priorités du Haut Comité de 1994 et débouchaient sur les PRS programme régionaux de santé.

La planification à la française (différente de la tradition soviétique) est utilisée dans la littérature comme synonyme du programme, du plan ou du schéma. Pourtant il existe des différences.

**Un plan** (comme le PRSP ou le plan cancer) renvoie à la définition de la planification : « Méthode d'aide à la décision ». Il s'appuie sur des priorités dans les actions à mener et des ressources. Il apparaît comme l'expression d'une politique nationale ou régionale et renvoie à une organisation prédéfinie visant à l'amélioration de l'état de santé d'une population. Ceci se traduit dans les PRSP par une curiosité dans la mesure où le PRSP apparaît comme la déclaration de politique générale du Préfet après tractation avec l'ARH et l'assurance maladie dans lequel on retrouve des préoccupations plus ou moins prioritaires. Ceci se caractérise également parfois par l'absence d'effets résultants d'un plan, celui-ci revêtant un pur caractère d'annonce.

**Le programme** quant à lui a un profil plus finalisé, en lien avec des actions menées à bien et en vue d'atteindre des objectifs : ex le PRS suicide dont la population et les objectifs étaient clairement définis.

L'opposabilité d'un programme régional à un SROS n'apparaît pas clairement, aucune jurisprudence n'ayant été émise aujourd'hui.

**Le schéma** (parfois appelé brouillon) renvoie à la fonctionnalité, par exemple le SROS. Le schéma (comme le programme) se caractérise par une dimension plus dynamique que le plan. Il est en lien avec l'exécution si les financements l'autorisent. Il donne de grandes orientations qui vont être appliquées aux réalités locales et il débouche sur des

réalisations après contractualisation et à travers le régime des autorisations. On y retrouve l'idée de la concertation et de la territorialisation (ex : le GRSP). Les accords peuvent être plus ou moins forts en fonction des jeux de pouvoirs. Les schémas rendent compte des accords et de la bonne conduite des opérations de planification. Un programme qui fonctionne dépendra forcément du degré d'entente des décideurs au sein du GRSP. Il y a sous la houlette du préfet de vraies tentatives d'accords même si les antagonismes peuvent être marqués.

Reynald Pinaut épidémiologiste québécois distingue différents niveaux de planification : **La planification** stratégique d'une durée de 5 ans concerne l'échelon national, la planification tactique de 3 à 5 ans correspond au niveau régional, et la planification opérationnelle d'une durée d'1 à 3 ans concerne l'échelon local. Chaque échelon ne renvoie pas à un terme spécifique mais concerne indifféremment les plans, les programmes, les schémas, les projets, les actions.

Cette nouvelle configuration du paysage de la santé publique est un lieu d'expression de **la démocratie sanitaire** et divers acteurs (notamment les usagers) y convergent progressivement. La volonté de transversalité est nouvelle dans le l'environnement administratif français. Nous sommes dans une phase transitionnelle d'apprentissage du mode de fonctionnement qui s'affranchit du modèle traditionnellement vertical.

Néanmoins, il est vrai qu'au cours de grandes assemblées (comme le SROS Bretagne) lorsque l'ARH présente son projet, chacun reste sur ses positions. Cela apparaît parfois peu comme une grand messe qui n'a rien de démocratique.

**La définition des politiques régionales de santé publique**, malgré les 100 objectifs définis par la loi de santé publique reste néanmoins à la discrétion des régions à travers les conférences régionales de santé publique qui ont été des catalyseurs. Elles ont alimenté les discussions autour du panier de biens et de services, elles ont validé les programmes nationaux, par exemple pour le suicide. Le Directeur de l'ARH est lui-même très entouré dans la définition des priorités régionales ; ces décisions naissent d'un consensus.

La régionalisation peut avoir des conséquences néfastes dans la mesure où des régions peuvent investir dans la santé et d'autres pas. Cela peut mettre en danger **l'équité de traitement** et l'égalité d'accès à la santé. Pour autant, la loi du 9 août 2004 tente de résoudre les inégalités régionales qu'avait souligné le rapport du haut comité. Ce dernier considérait que les problèmes de santé des populations n'étaient pas en lien avec un manque de moyens mais une mauvaise répartition territoriale. Il fallait donc définir des

priorités et procéder à des rééquilibrages. Cela s'est traduit par la création des conférences régionales de santé qui ont défini des priorités régionales plus ou moins suivies de programmes régionaux de santé plus ou moins en lien avec les conclusions des CRS. Cette approche politique du bas vers le haut n'a pas été validée par le ministère car elle n'était pas vraiment probante. La loi de 2004 redonne le pouvoir décisionnel à l'Etat en définissant 100 objectifs nationaux. Les GRSP et PRSP s'inscrivent dans ce retour d'une décision centralisée de haut en bas.

Si les SROS sont orchestrés par le DARH, le PRSP est plutôt mené par le préfet, avec des partenaires différents. **Les MRS** apparaissent quant à elles comme une configuration plus large que l'ARH. Les MRS préfigurent un peu ce que seront demain **les ARS**. L'objectif est de trouver un degré de décentralisation en équilibre afin de donner une marge d'autonomie aux acteurs.

La situation actuelle est en phase de calage. Elle passe par le développement de conventions qui assureront la régulation, à travers le droit, la confiance et le contrat, ce qui permet aussi de trouver des financements. Le GRSP a structuré et permis un affichage du rôle des différents acteurs, et des projets d'avenir à 5 ans. Cette coopération peut déboucher sur un affinement des diagnostics régionaux et des constats communs.

Concernant **les financements**, une question reste en suspens : Chaque acteur financera-t-il indépendamment des autres et en fonction de ses moyens les programmes qu'il juge prioritaire ou bien chacun financera-t-il une partie des programmes définis en commun ?

Au plan national, la LOLF ventile les financements sur les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et tend à démontrer que la santé publique recouvre les champs sanitaires autant que sociaux.

# **Entretien avec Madame Emmanuèle JEANDET-MENGUAL**

## **IGAS ministère de la Santé**

### **Caractéristiques de l'entretien :**

L'entretien téléphonique s'est déroulé sur rendez-vous, le mercredi 17 mai, de 13h00 à 13h45

Le contact a été établi sur la base de l'intitulé de notre sujet et des publications de l'interviewée sur « l'organisation des services territoriaux de l'Etat dans le domaine sanitaire et social »<sup>3637</sup> ;

L'approche du sujet s'est voulue générale, claire et didactique 5Madame JEANDET-MENGUALE est une ex-directrice de l'ENSP) : pour elle la question est sur le plan réglementaire clairement tranchée depuis le dispositif d'août 2004 avec les 3 lois (relative à la décentralisation, la politique de santé Publique, l'assurance maladie). Le choix de la France se distingue nettement du choix fait par d'autres pays européens (Espagne, Allemagne...) : Le sujet de la Santé relève et relèvera encore un certain temps de la responsabilité de l'Etat. L'échelon régional est choisi comme niveau de la mise en œuvre de la politique de Santé et de l'organisation des soins. Il n'y a pas de décentralisation en ce qui concerne la santé, mais une déconcentration pour la réalisation de la politique nationale (Vote de l'ONDAM par le parlement, répartition et gestion par l'exécutif, détermination de priorités nationales en Santé Publiques...). Ce système d'Etat prend en compte prend en compte les structures héritées de l'organisation Sanitaire et Sociale et propose une articulation compliquée de dispositifs dont il faut comprendre les logiques principales.

### **1. DEUX LOIS POUR DEUX DOMAINES CONFIES A DEUX AUTORITES:**

**Deux lois (SP et AM) posent clairement en août 2004:**

- **le domaine de la Santé Publique est placé sous l'autorité du DRASS (par délégation du Préfet de Région) et s'organise à partir du PRSP**

---

<sup>36</sup> Rapport IGAS 2003-139 Octobre 2003 présenté par M-A du Mesnil du Buisson et E.Jeandet-Mengual

<sup>37</sup> L'organisation des services territoriaux de l'Etat dans le domaine sanitaire et social : une évolution nécessaire. Point de vue - M-A du Mesnil du Buisson et E.Jeandet-Mengual – Revue Française des Affaires Sociales N°4 oct-dec 2004 p61-83 La documentation Française

- **Le domaine de l'Organisation des soins hospitaliers est placé sous la coordination du DARH et s'organise à partir du SROS**

Ce qui importe c'est que ces deux autorités préparent ensemble et articulent leurs Plan et Schéma pour qu'ils soient cohérents entre eux et qu'ils répondent aux besoins régionaux. Chacun est à la tête d'un GIP et les participations sont croisées dans ces GIP pour que les responsables articulent leurs projets.

La région est le niveau où les actions de SP se réalisent et c'est l'Etat qui est en charge de la politique. Il parle de deux voix :

- le DARH
- Le Préfet de Région

Deux autorités de rang égal sur le plan de la légitimité (tous deux nommés en Conseil des Ministres) mais issues d'origines différentes :

- Administrateurs civils du Ministère, IGAS, Directeurs d'Hôpitaux, Médecins de SP ou PUPH pour les DARH (il n'y a plus de DARH qui viennent de l'extérieur du domaine sanitaire)
- Corps de la préfectoral pour les Préfets de Régions

## **2. CHACUN RESTE SUR SON PERIMETRE ET LE DOMAINE DE L'URCAM C'EST L'AMBULATOIRE (négociation des tarifs, contractualisation d'objectifs avec les libéraux, mise en œuvre de l'Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) médicales....)**

La loi sur l'AM prévoit deux dispositifs : les MSP sont à caractère obligatoire et les ARS sont envisagées à titre expérimental :

- **Les MSP sont conçues pour articuler les périmètres hospitaliers (ARH) et l'ambulatoire (URCAM)** et pour intervenir sur les questions qui demandent la double compétence, exemple : l'organisation de la permanence des soins.
- **Les ARS sont plutôt conçues comme des AROS** car elles n'ont vocation qu'à s'occuper d'organisation des soins (leur périmètre ne s'étend pas aux programmes de santé publique)

Dans l'esprit du législateur, il y a deux domaines bien distincts :

- l'organisation des soins
- la politique de santé publique

Cette séparation est certainement discutable car elle pose des problèmes de frontières, de redondances, de manques de coordination et de vision d'ensemble...Mais elle relève d'un calcul de risques relatifs : le choix du législateur repose sur l'idée qu'en l'absence de

séparation, la France courrait le risque de voir le domaine de la Santé Publique complètement envahi par l'augmentation des dépenses liées à l'organisation des soins (Forte prégnance en France du curatif sur le préventif)

### **3. LE GRSP, UN OUTIL POUR REUNIR LES MOYENS DE FINANCEMENT DE L'ETAT ET DE L'AM POUR REALISER LES PROGRAMMES DE SANTE PUBLIQUE AU NIVEAU DE LA REGION**

Il s'agit de réunir les fonds collectifs (impôts pour l'Etat, cotisations pour l'AM) pour réaliser les programmes sur lequel on est d'accord et qui répondent à la fois aux priorités SP nationales et aux besoins spécifiques de SP des populations.

La situation financière de l'Etat est plus difficile que celle de l'AM. Il y a plus de marge pour la participation de l'AM que pour celle de l'Etat : il peut y avoir des querelles de territoires ou de légitimités entre l'AM (démocratie sociale du paritarisme) et l'Etat (démocratie politique). Certains ne sont pas d'accord pour qu'une partie des cotisations soient gérés par le Préfet par exemple...Les GRSP ont pour le moment du mal à se mettre en place...On peut imaginer même que les querelles idéologiques compromettent même la mise en œuvre de l'idée...

En ce qui concerne la participation des Collectivités Locales au financement de la SP, le dispositif 2004 n'est pas facilitateur : L'Etat a toujours la majorité des voix et les fonds investis par les CL sont mélangés aux autres pour la réalisation des programmes. Difficile ensuite pour les élus d'expliquer à leurs électeurs le bon usage des impôts prélevés...Difficile aussi pour les CL de s'estimer compétentes en SP alors que l'Etat affirme dans une Loi que ce domaine relève de sa responsabilité ! Nous ne sommes pas dans un système de régionalisation avec une décentralisation au profit des CL et nous ne sommes pas prêt d'y venir : les élus régionaux ne le veulent pas de part l'ampleur des conséquences financières de l'évolution des dépenses de santé (impôts supplémentaires à prélever) !



## **Entretien réalisé auprès de Mr CORMIER Maître de conférence IEP Rennes**

- **Quelle serait votre définition d'un programme de santé publique ?**

Le programme de santé publique est la déclinaison à l'échelon régional des 100 priorités nationales. Cette déclinaison comporte quatre étapes :

Un état des lieux et un bilan de l'existant

La définition d'objectifs permettant l'évaluation des résultats.

Dans un programme il faut aussi prendre en compte le financement. Aujourd'hui on assiste à une généralisation et une institutionnalisation du dispositif.

- **Pertinence du dispositif**

OUI, sous réserve qu'on alloue les moyens dans la mise en œuvre du dispositif.

- **Y a-t-il selon vous une différence entre plan, programme, action et schéma ?**

Plan ou programme : même définition. On a longtemps parlé de plan en France car nous étions dans une doctrine suite à la deuxième guerre mondiale.

Le programme provient non pas de la santé publique mais des lois de programmation. Cela permet de dépasser le principe d'annualité budgétaire. Normalement, il permet de prioriser les actions d'autant qu'elles sont financées par étapes. Cependant au regard de la loi du 9 août 2004 on peut s'interroger sur les nombreuses priorités de santé publique ! Par ailleurs, je ne vois pas comment on peut privilégier tel ou tel choix.

Le plan se rapproche de l'ancien concept de loi de programmation. Le schéma, lui, est plus ciblé et donc plus cohérent contrairement au plan (modèle stratifié). Un schéma de santé publique suppose d'intégrer un certain nombre de matières impossible aujourd'hui compte tenu des trop nombreuses priorités.

Toutefois, la différence est avant tout un problème de sémantique.

- **Cohérence du dispositif**

Le résultat de la déconcentration et la décentralisation est responsable de l'incohérence du dispositif. C'est le résultat d'un certain désengagement de l'administration centrale et de l'Etat (réforme permanente). Même si l'on a retiré au conseil régional un certain nombre de prérogative d'autres acteurs sont apparus : l'assurance maladie, les professionnels de santé.

D'autant, qu'on on assiste depuis 1996, à une explosion législative et réglementaire. 95 % des articles et 85% des textes du code de santé publique ont été revus dans les dix dernières années, cela a créé une « insécurité juridique ».

- **La transparence du financement :**

Le financement n'est pas transparent. D'une part, les ministères vivent une révolution culturelle liée à la lof, part ailleurs nous sommes dans un contexte financier et budgétaire tendu. La loi de santé publique, en multipliant les priorités, implique un investissement plus important. Par autant, cette loi n'est pas financée au regard des ambitions affichées. L'Etat doit financer ces programmes, cependant ponctuellement l'assurance maladie y contribue. Les collectivités locales ne peuvent assurer un financement pérenne même dans le cadre de la loi de décentralisation II (charges trop importantes).

- **Rôle du préfet de région :**

#### Elaboration

Son rôle est de faire une synthèse d'une construction collective. Il arrête le programme de santé publique après avis de la CRS. D'ailleurs, la loi du 9 août 2004 a rénové la conférence de santé.

Le plan régional de santé publique est une œuvre collective. La loi du 9 août 2004 fait du préfet de région, l'acteur institutionnel majeur de la santé publique en France, même si on a créé une instance (MRS) où interviennent l'assurance maladie et l'ARH.

#### Financement

Le préfet de région redistribue les crédits alloués dans une programmation nationale en enveloppe régionale et ne possède pas de marge de manœuvre.

#### Mise en œuvre

Essentiellement, par les services déconcentrés de l'Etat : DRASS et DDASS. Depuis 2005, il possède un pouvoir hiérarchique sur les préfets de département.

### **Amorce d'une démocratie au même titre qu'une démocratie sanitaire ?**

La démocratie sanitaire relève de la sémantique et de l'affichage. Les usagers sont instrumentalisés. La participation directe à l'élaboration est très clairement artificielle.

- **Les ARH : une évolution de ses compétences**

Dans la mise en œuvre

Elles interviennent comme membres du conseil d'administration du MRS. Comme gage de cohérence, à l'échelon de la préparation, elles utilisent les mêmes services que le Préfet de région.

Elles déclinent le SROS qui recoupe le PRS ce qui renforce la cohérence entre les outils.

Le financement :

Aucune maîtrise au niveau régional car les enveloppes MIGAC ne permettent pas de financer les programmes de santé publique.

- **Rôle des URCAM**

Période transitoire de la réforme. L'URCAM est un des seuls partenaires à avoir un peu d'argent. Pas de recul pour permettre l'évaluation.

- **L'échelle régionale n'est pas aujourd'hui pertinente.** C'est un échelon à minima contrairement à l'interrégionalité.
- **Révolution des mentalités :** la LOLF (loi organique relative aux lois de finances)
- **Zone de superposition :** dans le cadre de la prévention, tous les acteurs interviennent.
- **Zone blanche** non financée et d'autre sur financée (plan cancer).

# **Entretien mené avec M. PETITJEAN**

## **Médecin de santé publique à la DRASS**

### LA MISSION DES DIFFERENTS ACTEURS

Il n'y a pas de flou mais des dispositifs compliqués. Chaque institution participe dans l'instance de concertation ou de décision de l'autre, ce qui peut donner un sentiment d'interconnexion, mais le « qui fait quoi » est assez clair. Là où on peut avoir des difficultés c'est dans l'interprétation de la loi de santé publique quand elle indique que le SROS doit prendre en compte le PRSP. Que met-on concrètement à l'intérieur ?

Depuis les ordonnances de santé publique, il y a des programmes régionaux de santé publique et récemment on nous a demandé de faire un plan, ensemble coordonné de programmes cohérents et articulés les uns aux autres. Ce qui est important c'est de définir des stratégies d'action qui soient les mêmes quelque soit le programme. Par exemple la mise en place d'une plate forme sanitaire et sociale va servir autant pour un programme sur le cancer que pour un programme sur le suicide. C'est en fait la plus-value qu'il y a dans ce plan.

Au début des années 90 la CRS définissait les priorités et après proposait au préfet les PRS. Ensuite un groupe se mettait en place sous l'égide en général de la DRASS qui réunissait des partenaires dont l'Assurance Maladie pour élaborer ce programme régional et puis derrière décider les missions qu'on mettait en place.

Avec le PRSP, on est dans un système un peu différent. En Bretagne le PRSP était fait avant que la CRS se réunisse. Mais quand on lui a présenté le plan, elle était en général d'accord avec ce qui avait été fait. La démarche est plutôt consensuelle car on est pas au début d'un processus. Ce qui était intéressant au début des années 90, c'était faire la programmation de santé publique. Il fallait que les acteurs s'approprient une façon de faire. Maintenant ils connaissent les problèmes de santé de la région.

On a donc écrit le PRSP avec un groupe de personnes, les principaux partenaires de la région et une représentation de l'Assurance Maladie. On a été attentif à ce que les programmes de l'Assurance Maladie dans la région apparaissent bien dans le plan.

Il s'agit donc d'un groupe de travail pour construire le PRSP mais le GRSP lui n'a pas été mis en place. Il doit l'être à l'automne.

Ensuite, le rôle de la DRASS et de la CRS c'est d'assurer le secrétariat. C'est important car on a un peu la maîtrise des ordres du jour, on propose les thèmes, la

méthode. Normalement ce n'est que du secrétariat. Mais sur certains programmes on a décidé de faire du co-pilotage. Le pilotage d'un programme c'est le secrétariat mais aussi l'animation des instances, les actions spécifiques qu'on met en place dans le cadre du programme. On souhaiterait qu'il y ait de plus en plus de co-pilotage. Pour le PRS suicide par exemple j'étais, avec un représentant de l'URCAM, le co-pilote. Le représentant de l'URCAM avait un peu le même rôle que moi mais ayant ici le secrétariat, j'étais un peu à l'initiative des choses. De façon régulière on se retrouvait à quatre pour discuter de l'avancement du programme. Ce représentant apportait l'appui de l'assurance maladie. Cela permet de s'assurer qu'il va y avoir un relais au niveau des caisses primaires, de la mutualité. Cela oblige un peu l'institution co-pilote à participer au financement du programme et à montrer que pour eux c'est un programme prioritaire.

## LA CONFERENCE REGIONALE DE SANTE PUBLIQUE

On espère qu'elle va avoir un rôle plus important. Depuis 1996 c'était une assemblée rassemblée chaque année dans laquelle on présentait une sorte de bilan et où il y avait des débats sur des thématiques de santé publique de la région. C'était un peu un événement qui permettait de faire de la communication autour de la santé publique dans la mesure où cela restait quelque chose de ponctuelle, une fois par an.

Le nouveau modèle est bien d'avoir une conférence un peu plus réduite, pas ouverte au public pour le moment, et avec des groupes de travail spécifiques dont l'un travaille sur le PRSP. Ce groupe de travail présente ensuite l'avancement des programmes.

Cela devrait mettre de la cohérence, permettre d'arriver à avoir une vision territoriale. Jusqu'à maintenant les appels à projet étaient un peu larges. Maintenant on sait mieux quel partenaire mobiliser. On peut faire un appel d'offre ciblé avec des cahiers des charges plus détaillés. C'est un besoin très important en terme de santé publique. Il y a besoin de rationaliser un peu.

Mais cela reste une instance consultative.

On espère qu'on va s'orienter plus vers une instance qui va produire des avis et qui va avoir du grain à moudre un peu en continu. Son rôle devrait se renforcer.

Elle peut aussi décider de faire du débat public

Il peut dans son sein y avoir des opinions divergentes voire conflictuelles. Il est important de ne pas rester dans du partenariat alibi.

## ACCUMULATION D'OUTILS

C'est sûr qu'on a été nombreux à espérer qu'il n'y ait plus qu'une instance qui soit chargée de la santé publique, avec des ARS qui prendrait en charge les problématiques à la fois de médecine ambulatoire, hospitalière et de santé publique dans la région. La CRS derrière garderait un rôle délibératif. Malheureusement il n'a manifestement pas été possible de se mettre d'accord sur ce schéma là. Il y a donc 3 GIP, l'ARH sur l'offre hospitalière, la MRS sur l'offre ambulatoire et les GRSP.

Le problème est d'articuler au mieux possible les réponses aux questions qui viennent du terrain. Quand on enquête sur les besoins en santé de la population, les gens évoquent les souffrances psychiques, auxquelles on peut tenter de répondre avec nos programmes régionaux, les problèmes de démographie médicale, ce qui est du domaine de la MRS ou l'hôpital qui ne fonctionne pas bien et là c'est l'ARH.

On peut dire que le GRSP, dans la mesure où il met en œuvre le PRSP, englobe tout le reste de la santé publique. Mais là où le GRSP va être légitime c'est dans le champ de la prévention.

Le DRASS et le directeur de l'URCAM font partie du GIP de l'ARH. Dans le CA du GRSP, il y aura l'ARH et l'Assurance Maladie. Et dans la MRS qui est co-présidée par l'ARH et l'URCAM, le DRASS fait partie du bureau. Tout le monde est dans la structure de l'autre mais chaque institution est quand même dans son champ. Après les gens s'entendent plus ou moins bien dans les régions pour travailler ensemble et en général ça fonctionne assez bien. Mais c'est vrai que cela ne facilite pas les choses qu'il y ait un dispositif complexe comme cela.

Cela dit la CRS, dans la mesure où l'ARH rend compte de son bilan d'activité et de son programme, que la MRS le fait aussi, peut être considérée comme ayant une vue d'ensemble sur le système.

En Bretagne est proposé un logo qui servirait pour tous les documents de santé publique de la région. Politique symbolique qui montre la volonté des grandes institutions de dire que même si le dispositif est compliqué, notre volonté est bien de travailler ensemble.

## LE ROLE DU PREFET

Le préfet a un réel pouvoir et pas que dans les textes. Si l'ARS ne s'est pas faite c'est peut être aussi parce qu'il allait falloir arbitrer entre le directeur de l'ARH, « préfet sanitaire », et le préfet de région. C'est une difficulté politique importante.

En Bretagne le préfet est très impliqué sur différents programmes comme l'alcoolisme.

Au niveau national on nous impose de décliner les 5 plans nationaux. La loi fixe le fonctionnement des instances au niveau régional, le PRSP, la CRS, le GRSP. Mais le contenu du plan est largement laissé à notre initiative. Les formes et contenus sont très différents entre les différents PRSP.

La loi ne dit pas non plus comment on fonctionne au niveau infra-national. Donc là encore on a une grande liberté.

## LES PROGRAMMES DE SANTE

### Hiérarchisation des priorités

En Bretagne on pose la question à des experts qui nous envoient des réponses pour avoir une production d'experts soumise aux membres de la CRS. Cela permet d'avoir l'avis de professionnels.

Ce qui est intéressant c'est de mobiliser des élus autour des questions de santé, par exemple sur un projet territorial de santé, ce qui n'est pas évident. Entre professionnels de santé on n'a pas tous les leviers pour agir. Par exemple pour le problème de l'isolement, on peut déboucher sur des actions sur les transports.

## COMPETITION

Chaque institution veut garder son identité, faire valoir ce qu'elle a produit comme résultat pour valoriser l'institution même mais aussi les membres de son réseau. Du coup il peut y avoir en terme de communication la volonté de passer devant l'autre, d'arriver à être le plus fort en communication. Mais ce sont plus des enjeux institutionnels qui peuvent être en concurrence que de la rivalité.

La DRASS en Bretagne essaie de travailler avec le Conseil Régional qui apporte un financement sur les programmes prioritaires de santé publique. On travaille sur des procédures communes, on fait des courriers conjoints, on essaie d'avoir une seule base de donnée. Le GRSP va formaliser ça un peu plus. Il s'agit de faire venir des gens qui font de la santé publique mais n'étaient pas dans l'appel à projet. On sera peut être un peu plus nombreux avec des financements mieux coordonnés et un peu plus de fonds. On travaille en ce moment avec le Conseil régional sur le suicide et les conduites addictives chez les jeunes. On voit donc un nouveau partenaire et un nouveau financement pour nous soutenir.

## **Entretien mené avec Mme Schaetzel, Médecin Inspecteur santé publique à la DRASS Alsace**

Les interactions peuvent être différentes selon les thèmes sur lesquels on travaille. Lorsqu'on est sur des politiques de santé, la façon dont ça dialogue entre les différents décideurs régionaux peut être différente que lorsqu'on est sur la planification hospitalière. Avec la planification hospitalière, les enjeux sont quand même bien plus importants en termes d'emploi et d'aménagement du territoire, sont plus visibles. Ils engendrent plus de rapports de force, explicites ou implicites.

Nord pas de calais, le CR était un des seuls en France à financer des politiques de santé et ceci de façon partenariale avec l'Etat. Avec des systèmes de co-décision. Effectivement la loi de santé publique a mis un frein.

Les gens du CR du nord pas de calais avait très vite exprimé leur mécontentement d'une loi de santé publique qui a priori n'entrevoient la notion partenariale que dans un rapport donnant à l'Etat le pouvoir de décision. Le préfet décide seul le PRSP, le GRSP n'arrête pas le PRSP mais est chargé de la mise en oeuvre du PRSP. De plus, dans le GRSP le préfet a la majorité.

Avant il y avait quand même une marge de manoeuvre qui était plus importante, dans certaines régions c'étaient vraiment des co-décisions, dans le nord pas de calais. Dans d'autres régions, c'était uniquement la décision du préfet.

Avant la loi de 2004, le paysage était très différent selon les régions. Il y a des régions qui étaient arrivées à effectivement développer un partenariat y compris avec les collectivités territoriales. Le partenariat avec l'AM était à peu près gagné partout. Plus de la moitié des régions avaient signé un contrat plan état région sur les politiques de santé avec l'Etat.

Dans la région x, le préfet ne s'occupe pas vraiment de la santé publique. C'est aussi une question de personnes, d'intérêt. Il y a des préfets qui tiennent à présider toutes les réunions où ça parle de santé publique.

Le DRASS, qui travaille sous les ordres du préfet, fait que la loi de santé publique soit appliquée. C'est quand même l'une des dernières attributions sur lesquelles une DRASS, qui du coup devient le président (ou directeur?) du GRSP, c'est une des dernières compétences où ils ont une marge de manoeuvre et c'est une thématique sur lesquels c'est eux qui ont la responsabilité. Donc, les DRASS s'intéressent beaucoup à la loi de



santé publique. Après ils peuvent être fortifiés ou affaiblis par l'intérêt que porte le préfet au sujet.

L'ARH n'a pas un intérêt débordant pour la loi de santé publique. 2 choses: 1) l'intérêt : dans la région x, 3 projets sur 6 font l'objet d'un volet du SROS. 2 priorités de santé publique qui n'étaient pas obligatoires ont été reprises par le DARH ce qui montre sa volonté d'articuler un programme de santé. 2) ce qui montre le peu d'intérêt: l'éducation du patient est quelque chose qui est de plus en plus développée. Mais le DARH dit que l'éducation du patient fait partie du PRSP que le PRSP se « démerde » avec ça.

L'URCAM: est également sur la prévention. Dans la région x, dans le cadre de la prévention, la DRASS travaille main dans la main avec l'URCAM. Il y a quelquefois plus de tensions au niveau politique entre le DURCAM et le DRASS, mais du point de vue technique, on fait tout ensemble. Ca dépend des personnalités des uns et des autres. On travaille en partenariat étroit, y compris sur les choix de financements d'action. Du point de vue politique, l'AM a assez mal vécu, semble-t-il, la mise en place du GRSP. Elle a perçu que l'Etat était en train de mettre la main sur l'argent de l'AM pour le mettre dans le GRSP sous la tutelle de l'Etat. Ils perdent une marge de manoeuvre. Donc – c'est une analyse personnelle- il y a eu des stratégies de la CNAM pour retrouver une marge de manoeuvre sur les questions de prévention, en sortant la prévention primaire des orientations de la CNAM disant que la prévention primaire, il fallait laisser ça au financement de l'Etat, et que la CNAM financerait en priorité de la prévention tertiaire, l'éducation du patient.

Les facteurs de la réussite d'un GRSP sont:

- 1) la marge de manoeuvre qu'a le niveau régional par rapport à la façon de mettre en oeuvre les priorités de santé. Les plan nationaux qui sortent actuellement du niveau national, ça dépend, avec des mesures extrêmement précises qui de fait, donnent l'impression que la région a peu de marges de manoeuvre pour s'adapter au contexte régional et qu'on lui demande de décliner automatiquement ces mesures qui ont été fait au niveau national.
- 2) l'Etat doit mettre de l'ordre et faire le nécessaire pour que les financements arrivent au GRSP. Il n'y a pas de cohérence des lignes budgétaires.
- 3) La façon dont les préfets et les directeurs de GRSP arriveront à lier des relations partenariales. Et là, je pense que ça va dépendre des personnalités. Est-ce que les DRASS, directeurs des GRSP vont d'abord être sur une position quasiment d'autorité de l'Etat et dans ce cas risquent de faire fuir les partenaires, qui n'ont pas le choix, qui

seront là mais qui joueront la politique de la chaise vide, ou est-ce que l'Etat sera modeste et sera d'abord dans une position partenariale et laissant de la visibilité aux autres.

Quelque soit le modèle, il faut qu'on aille vers une ARS. C'est un gâchis de temps, de compétences, un système paralysant que d'avoir en même temps un DARH, un DURCAM, et un DRASS. Donc il faut y aller. Ca demande du courage politique, peut-être. Ce n'est pas simple, il y a des jeux d'influence.

La compétition institutionnelle existait avant la loi de santé publique. Je ne suis pas sûre que cette loi augmente la compétition. En règle générale, les politiques de santé n'engendrent pas les enjeux les plus importants par rapport à la politique hospitalière et la médecine de ville. Donc ça n'entraîne pas plus de compétition institutionnelle. Au moins chez nous, la compétition se fait sur: qui a le pouvoir de la restructuration hospitalière, de la planification des soins, des choses comme ça. Ca ne se fait pas sur la prévention.

# **Entretien avec Madame Patricia LONCLE Enseignant-chercheur ENSP, Docteur en Sciences Politiques, domaine de l'analyse des politiques publiques**

## **Caractéristiques de l'entretien :**

L'entretien s'est déroulé mardi 16 mai de 15h45 à 16h30 dans son bureau à l'ENSP.

L'approche du sujet s'est voulue orientée sur l'analyse de notre sujet à travers l'étude des expériences réalisées avec Madame SCHAETZEL sur les programmes de SP du Nord Pas de Calais<sup>38</sup>

La grille d'entretien préparée visait à obtenir un discours qui mette en rapport les dispositifs réglementaires actuels avec ce qui s'était passé et ce qui se passait aujourd'hui sur le terrain en matière de santé publique.

## **LE MOUVEMENT DE « REGIONALISATION DE LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE » A ETE LANCE PAR LES ORDONNANCES JUPPE (24 AVRIL 1996) ET LES PRS (se systématisent vers 99-2000) ET SE TROUVE ATTENUÉ PAR LA LOI SP 2004:**

La Loi modifie la nature de la régionalisation en indiquant qu'il faut faire régionalement du national et plus seulement du spécifique de la région : « on va moins loin dans l'attention accordée aux spécificités régionales. Il y a un mouvement de balancier historique : en 96 on cherche à promouvoir nettement la prise en compte des spécificités régionales. Au bout de quelques années de mise en œuvre, on se dit : c'est bien mais il y a un risque d'éclatement. Et donc à partir de 2004 on cherche à uniformiser sur l'ensemble du territoire nationale la poursuite des priorités de santé ». C'est un processus de recherche d'équilibre par un double mouvement :

Avec une déconcentration au niveau régionale (mouvement descendant à partir des priorités d'une politique nationale)

et une forme de prise en compte des besoins spécifiques sur le territoire de la région (mouvement ascendant à partir des besoins des populations).

La loi SP août 2004 ne vient pas forcément apporter quelque chose aux régions qui avaient été novatrices au contraire : en consacrant la responsabilité de l'Etat, elle est

---

<sup>38</sup>La régionalisation des politiques de santé : le cas du Nord Pas de Calais, Article paru dans la Revue Pouvoirs Locaux, septembre 2001

plutôt dissuasive pour le partenariat avec les CL : les CL qui avaient choisies de s'engager nettement dans le domaine de la santé, comme par exemple dans le Nord Pas de Calais sont plutôt dissuadées par le dispositif mis en place depuis 2004 (le GRSP est conduit par le Préfet de Région qui a tjrs la majorité des voix)) ou cela à même casser les dynamiques régionales mises en place.

Je ne peux pas me prononcer sur les effets de la Loi 2004 pour l'évolution des relations partenariales entre l'Etat et l'Assurance Maladie par méconnaissance. Mais je peux imaginer que dans les régions peu avancées, le nouveau dispositif peut favoriser les collaborations.

« Les dispositifs c'est très bien, ils sont même assez sophistiqués, mais ce qu'il faudrait, c'est qu'il y ait un peu d'argent dedans ». « Il ne faut pas que parallèlement une LOLF réduise le nombre de fonctionnaires qui vont s'occuper de ça » « il y a une espèce de contradiction...le contexte va vers moins de crédits dans tous les domaines...et parallèlement de promouvoir une Loi sophistiquée et des priorités de plus en plus nombreuses... »

Je ne connais pas assez les MSR pour répondre à vos questions sur ce sujet.

#### **LA LOI SP 2004 POSE DES QUESTIONS DE LEADERSHIP :**

Ce qui est intéressant dans votre sujet ce sont les nouveaux rôles du Préfet aujourd'hui ? Avant 2004, il y avait des positions un peu égales entre le Préfet, le DRASS, DARH...Aujourd'hui c'est le Préfet qui a le dernier mot (il arrête le PRSP). Quelque part on revient sur le paritarisme car l'URCAM ne fait pas exactement jeu égal (avant on considérait l'AM comme un organisme paritaire qui n'était pas sous la tutelle de l'Etat).

Quels sont les liens entre le PRSP et le PADER ?

PASDER : Plan d'Action Stratégiques de l'Etat en Région

Le PASDER est l'instrument du Préfet, en charge de la mise en œuvre de la politique du gouvernement dans la région.

Le Préfet de Région veillera logiquement à ce que le PRSP soit en bonne cohérence avec le PASDER

Cela dépend aussi des relations idéologiques entre le Préfet et les CL

## **LE ROLE DES TROIS ACTEURS DANS LES PROGRAMMES DE SANTE PUBLIQUE SONT TRES VARIABLES SUIVANT LES THEMATIQUES DES PROGRAMMES :**

« Dans un programme « Diabète » monté par l'AM, l'URCAM va peser davantage sur les orientations et les décisions que dans une action orientée sur la « santé des enfants et des jeunes » pour laquelle les CL disposent de divers moyens d'actions pour intervenir... » « Dans un domaine de santé primaire, les CL qui ont une antériorité sur la thématique vont exercer un certain leadership »

Les rapports entre les acteurs varient en fonction des thématiques, des dispositifs existants et en fonction de la personnalité des animateurs de programmes (plus ou moins directifs ou participatifs). On peut noter une évolution de la culture des fonctionnaires déconcentrés vers plus de culture partenariale, plus de négociation...

Le CONTRAT PLAN ETAT-REGION peut modifier fortement les relations entre les acteurs de part la multiplicité des incidences de la politique de la ville par exemple.

### **« IL FAUDRAIT BIEN UNE AGENCE REGIONALE DE SANTE MAIS IL FAUDRAIT AUSSI ENLEVER TOUT LE RESTE: CE QUI POSE PROBLEME C'EST L'EMPILEMENT DES STRUCTURES »**

La multiplicité des structures fabrique la nécessité de multiples réunions de concertation...L'arrivée d'une nouvelle structure censée traiter une question génère à son tour d'autres problèmes à résoudre ...

En sciences politiques on parle de la « path dépendance » (les sentiers de dépendances) pour décrire ces situations d'embourbement desquelles on n'arrive pas à sortir...On est obligé d'attendre des « fenêtres d'opportunité » pour sortir de l'enlisement (situations exceptionnelles : élections, catastrophes...)<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Analyse des politiques publiques de P.MULLER et Y.SUREL Editions Montchrestien, EJA Paris 1998 pages 137-146

## **Entretien mené avec M. Patrick HASSENTEUFEL, Professeur de Sciences Politiques, Université de RENNES-1, Membre du groupe « Pôles »**

Caractéristiques de l'entretien :

L'entretien téléphonique s'est déroulé sur rendez-vous, le lundi 15 mai, de 9h30 à 10h45  
L'approche du sujet reste assez globale car les rôles réciproques des 3 acteurs ne sont pas connus précisément sur le plan juridique. Les propos sont des analyses de sciences politiques sur les problématiques de la régionalisation du système de santé en France. Sa contribution au sein du groupe concerne plus particulièrement la partie sur la régionalisation du système de conventionnement avec les professionnels de santé.

En ce qui concerne le coeur du sujet, il recommande la lecture du Rapport de l'IGAS 2003-139 « Evolution de l'organisation territoriale de l'Etat dans le domaine sanitaire et social de Madame Marie-Ange DUMESNIL DU BUISSON et de Madame Emmanuelle GEANDET-MENGUAL qui sont intervenues auprès du groupe « Pôles » pour donner les repères utiles à la réflexion prospective en ce qui concerne les enjeux institutionnels.

L'expérience du travail réalisée au sein du groupe « Pôle », les auditions des personnes réalisées en son sein, ont plutôt conforté Monsieur HASSENTEUFEL sur un point de vue plutôt favorable à la régionalisation, même si les obstacles sont nombreux et que peu d'évolutions argumentent en ce sens aujourd'hui.

### LES AMBIGUITES DE LA REGIONALISATION DU SYSTEME DE SANTE A LA FRANCAISE :

Les termes utilisés sont assez ambigus : 2 exemples avec « régionalisation » et « agences »

Le terme régionalisation est utilisé avec deux sens sensiblement différents :

la région comme échelon d'action administrative et de négociation des partenariats

la région comme niveau de représentation politique

Dans le plan « JUPPE » de 1996, il y a eu promotion de l'échelon régional avec création de structures au niveau régional (ARH, URCAM, URLM...) pour réaliser une décentralisation administrative. (Recommandations contenues dans le rapport de R.SOUBIE Santé 2010)

Le terme « agence » ne recoupe pas la réalité institutionnelle incarnée aux Etats-Unis depuis la fin du 19<sup>ème</sup> siècle : structures indépendantes du pouvoir, ayant la mission de réguler un marché. Les agences se sont développées en Europe dans les années 80 avec le mouvement de libéralisation des politiques publiques (En GB Réforme Thatcher).

En France, l'Agence est plutôt une administration de mission chargée de mettre en œuvre une politique (ex : ARH) ou une autorité normative produisant des références pour le secteur (ex : HAS). Les structures qui ont une indépendance qui approche celles des agences américaines portent d'autres appellations (ex : commission de l'audiovisuel)

Pour aborder la question du système de santé, il faut s'entendre sur les ambiguïtés des termes :

On parle de régionalisation mais il s'agit d'une déconcentration

On parle d'agences mais ce sont des structures de conduite au niveau régional d'une politique nationale

on parle d'une réforme globale mais trois Lois ayant des logiques assez différentes sont produites le même mois (août 2004) sur la décentralisation, sur la politique de santé et sur l'assurance maladie (les séparations structurelles, entre l'assurance maladie et la politique de santé, entre les tendances à la déconcentration administrative de la politique de Santé Publique et à la décentralisation au profit des responsabilités locales, restent assez fortes alors que l'idée de globalité imposerait de les articuler – Référence à consulter : Didier TABUTEAU, Professeur Sciences Politique Paris, Revue de DROIT SOCIAL, numéro de 2006, article sur les ambiguïtés de l'articulation Santé Publique Assurance maladie)).

### LES RETICENCES A LA REGIONALISATION DU SYSTEME DE SANTE :

L'Etat n'envisage pas de se dessaisir de cette responsabilité (son rôle est au contraire réaffirmé dans la Loi relative à la politique de Santé Publique)

Globalement les élus régionaux ne demandent pas à avoir des responsabilités en matière de santé : leurs réticences sont d'abord financières car ils veulent contenir l'évolution de la progression des impôts locaux. Pourtant ils commencent à être sensibles aux questions traitant de la territorialisation de la politique de santé : les problématiques de la démographie médicale, de la permanence des soins ont des impacts forts sur l'opinion publique. Ils conçoivent que les collectivités locales aient un rôle à jouer au niveau de l'offre de soins et s'inscrivent déjà dans des logiques de promotion de nouvelles structures (maisons de santé...) pour encadrer mieux la réponses aux besoins de la population.

Les transferts administratifs des personnels d'une fonction publique à l'autre sont générateurs de conflits sociaux : exemple le transfert d'une partie des agents de l'Education Nationale vers la Fonction Publique Territoriale. La FPH est un frein puissant à la régionalisation

## DES EVOLUTIONS RENDENT LE CHANGEMENT POSSIBLE

Evolution des démographies des professionnels de santé : la féminisation de la profession médicale change le rapport au travail et les attentes des nouveaux et futurs professionnels.

Les évolutions de la formation médicale mettent en avant le développement de passerelles entre les professions de santé (ouvrir des possibilités de transferts d'activité ou de réorientations professionnelles).

Les URML ont développé des regroupements régionaux et des réflexions médicales de santé publique. Elles sont en charge du développement de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles et peuvent favoriser une évolution de la culture et des pratiques médicales.

La sécurité sociale repose de moins en moins sur le paritarisme, et fonctionne de plus en plus par les interventions de l'Etat. On peut imaginer que cela favorise une organisation plus régionalisée des activités de négociation avec les professionnels de santé (les conflits et les possibilités de blocage seraient potentiellement moins forts au niveau régional en mettant en rapport des acteurs qui ont l'habitude d'être ensemble et proches des réalités et des actions).

La progression du suffrage universel pour les élections des élus régionaux les rend plus sensibles aux questions de santé de par leurs retentissements médiatiques.

L'échelon régional devient même porteur de légitimité politique pour la construction des carrières nationales (ex JP RAFFARIN, Ségolène ROYAL). Ce qui freine la régionalisation en France, c'est le poids politique des départements (importance de leurs représentation au Sénat) : collectivité territoriale régulièrement critiquée et toujours bénéficiaire de nouveaux transferts de responsabilités. Les promoteurs d'une réflexion sur les institutions d'une 6<sup>ème</sup> République sont aujourd'hui plus nombreux

## UNE EVOLUTION QUI RESTE MALGRE TOUT SOUHAITABLE A TERME :

Les inégalités de santé ont clairement des déterminants territoriaux

La territorialisation de la politique de santé publique est pertinente car un système de santé centralisé ne peut pas traiter l'inégalité d'accès aux soins : la région est un niveau de proximité qui permet de mieux prendre en compte les spécificités territoriales : enjeux de démographie médicale, de vieillissement de la population, des rapports régionaux actifs/inactifs, les enjeux de cohésion sociale et de lutte contre la pauvreté)

La régionalisation n'exclut pas la régulation inter-régionale par l'Etat par des mécanismes de péréquations financières pour ajuster l'allocation des ressources aux besoins. Elle



permet surtout de donner plus d'autonomie aux acteurs locaux et d'articuler mieux offre de soins et promotion de la santé sur un territoire.

La territorialisation des politiques de santé est portée par des évolutions politiques structurelles déterminantes :

la construction européenne modifie le rapport de l'Etat aux questions de santé (directives UE)

la mondialisation engendrent des délocalisations économiques et divers phénomènes sociaux qui ne sont plus gérables par l' »Etat providence » et qui doivent être traités en fonction des réalités locales

les problèmes sociaux réclament des approches intersectorielles qui concernent l'Education, la famille, le logement en même temps que la santé

Recommandations bibliographiques :

Revue « POUVOIRS LOCAUX » N°58 2003 : Décentralisation, le défi de la cohésion sociale

Revue « Politique et management public » N°3 Vol 16 sept 1998 : Politiques sociales et territoires

## 5 – LA REGIONALISATION PASSE PAR LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE ET LA CREATION D'UNE NOUVELLE STRUCTURE : LES ARS ?

L'enjeu c'est l'articulation de l'Offre de Soins, de la Politique de Santé et de l'Assurance Maladie.

Pour le moment aucun des trois acteurs principaux n'est en mesure de jouer pleinement ce rôle d'articulation :

Le Préfet de Région, a un rôle trop large de représentation du gouvernement et de mise en œuvre de la politique nationale. Un Rôle de coordination plus fin est nécessaire.

L'ARH est sectorialisée à l'Hospitalisation, même si elle recouvre le public et le privé et qu'elle représente l'essentiel des dépenses engagées.

Les URCAM sont coincées entre la CNAM qui est atteinte par une logique d'étatisation progressive avec l'effondrement du paritarisme social et les CPAM qui ont la légitimité du recouvrement des fonds et du versement des prestations

D'où l'intérêt du scénario « Agences Régionales de Santé » et des expérimentations qui seront montées pour construire une réelle territorialisation de la politique de santé / Encore faudrait-il qu'elles ne viennent pas se superposer aux structures existantes...

## **Rencontre avec M. Pierre VILLENEUVE, Directeur Affaires Juridiques Conseil Régional Bretagne**

Quels sont les rôles dans la définition, le financement et la mise en œuvre des politiques de santé publique du préfet, de l'ARH et de l'URCAM ?

La région apparaît traditionnellement impliquée dans la formation des étudiants. Transférer vers la région la gestion des IFSII est le 1<sup>o</sup> pas vers une politique de régionalisation de la santé (loi de SP du 9 août 2004 et décret du 30 mars 2006). De même et suite au rapport Berland, la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux prévoit une aide versée aux étudiants et aux médecins qui veulent s'installer dans les « déserts médicaux » ruraux.

A l'image du district prôné par l'OMS, la région apparaît comme l'échelon le plus pertinent pour la mise en œuvre des politiques de santé publique.

La définition reste du domaine de l'Etat qui à travers sa loi et ses 100 objectifs dessine les contours de la Santé Publique.

La régionalisation peut-elle générer des inégalités d'offre et d'accès aux soins ?

Les inégalités d'accès ont toujours existé. Les inégalités d'offre renvoient au rapport Valencien sur la fermeture des blocs opératoires ne totalisant pas un minimum d'actes annuels.

Combattre ce risque d'inégalité d'offre de soins nécessite au sein de la région une entente et une cohérence entre les acteurs notamment sur la question des financements. La région Nord Pas de Calais est à cet égard exemplaire. Elle participe à une expérimentation relative au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires (décret du 3 avril 2006)

Quels risques voyez vous à l'intervention du Conseil Régional dans la mise en œuvre de la politique de santé publique ?

Le risque est surtout en lien avec la distorsion de concurrence qui peut résulter des aides de l'Etat (subvention, avance remboursable, exonérations de taxes, prêt participatif,

cession de terrains, garanties d'emprunt...) et sur la nature des aides des collectivités territoriales.

Le PRSP est-il selon vous opposable comme le SROS ?

Rien n'empêche le PRSP d'être opposable au même titre que le SROS. Comme le SROS s'il ne l'était pas, il ne revêtirait qu'un caractère consultatif

Où en est-on aujourd'hui dans la mise en œuvre des ARS ?

A ma connaissance à ce jour aucune tentative n'a été produite bien que les MRS préfigurent déjà de ce que seront les ARS. Les raisons de l'absence d'expérimentation des ARS sont de plusieurs ordres :

Les URCAM ont peur d'y perdre leur autonomie

La confrontation des lois du 9 et du 13 août 2004 embolise toute velléité.

De surcroît, les ARS ne sont pas forcément la recette miracle. La complexité qui les entoure aurait justifié de revoir les structures organisationnelles, ce qui n'a pas été envisagé. Le risque lié à l'ARS réside dans le fait que la conjonction entre politiques d'offre de soin et de santé publique peut défavoriser la santé publique au profit d'une offre de soin qui phagocyte déjà 90% des budgets.

On parle parfois de déconcentration à l'égard des politiques de santé publiques, ce qui renvoie à la décentralisation et la déconcentration.

Les exemples étrangers sont-ils transposables à la France ?

La France construite sur un modèle centralisé ne peut aujourd'hui encore transposer des modèles étrangers. La culture administrative française reste trop spécifique (cf. Le retour de l'Etat Providence de François Ewalde)

## Rencontre avec Xavier Dupont, DDASS de la Sarthe

### LES ACTEURS EN PRESENCE :

#### **Les ARH (1996).**

L'objectif était de créer une agence spécialisée sur la problématique hospitalière et indépendante des contextes locaux. Ceci entraîne un transfert d'une partie des responsabilités des préfets aux ARH. (« On sort de la main du préfet les compétences hospitalières »). Cependant le transfert des responsabilités reste confus car par exemple la gestion des carrières des PH reste l'attribut des préfets par l'intermédiaire des DRASS et DDASS. Il s'agit d'une répartition à la hache.

L'ARH revêt une construction juridique assez particulière : c'est un GIP constitué de l'Assurance maladie et l'Etat, ce qui implique une reconnaissance de la part des DDASS et DRASS comme une autorité émanant de l'Etat. Le DDASS siège à la commission exécutive de l'ARH ; il a une voix délibérative et est lié aux décisions qu'elle prend.

**Le préfet de région** n'a pas les mêmes responsabilités que le préfet départemental en matière de santé publique. Il reste aux départements les missions de veille et d'alerte sanitaires, ainsi que les missions en lien avec la prévention quelque peu dévalorisées. « Les préfets de départements n'ont pas une vision très claire de ce que recoupe le concept de santé publique et n'ont pas le sentiment que leurs propres services sont des acteurs de santé publique. Au contraire, le préfet de région a quant à lui désormais l'obligation de se saisir d'outils de mise en œuvre : Le PRSP, le GRSP qui sont issus de la loi du 9 août 2004, et marquent la volonté de l'Etat de reprendre la main sur l'assurance maladie. Le GRSP permet le rapprochement des acteurs de santé que sont l'ARH, le Préfet, les URCAM, et les collectivités locales volontaires au sein d'un GIP. A ce jour une seule région l'a créé ; la région Pays de Loire.

**Les URCAM** ont un rôle difficile à définir car n'a aucune autorité sur les caisses primaires mais s'investit dans la permanence des soins. Un DDASS et un préfet ont finalement très peu de contacts avec les URCAM mis à part des problématiques spécifiques comme la permanence des soins. « La sécurité sociale et l'Etat, c'est encore deux mondes à part ! »

La loi du 9 août 2004 insiste sur le rôle de l'Etat dans la définition des objectifs de santé publique : « Ni les hôpitaux, ni l'assurance maladie, ni les médecins ne doivent assumer ce rôle mais c'est à l'Etat et donc au préfet de région de le faire. » C'est sans doute la raison pour laquelle la loi du 11 août 2004 sur la décentralisation a repris aux

départements des compétences en lien avec la vaccination pour les ré attribuer à l'Etat. L'objectif de réappropriation des politiques de santé publique par l'Etat est inhérent aux scandales passés qui ont touché la santé publique (SIDA, sang contaminé, ESB...) et aux difficultés de financement.

La décentralisation ne favorise pas pour autant et contrairement aux idées reçues des inégalités de traitements car la proximité crée une mobilisation et une appropriation des enjeux par les acteurs, car lorsque la population vous identifie comme le responsable elle vous fait sentir : vous lui devez des comptes.

### **LES LUTTES DE POUVOIR :**

« Il est vrai que certains préfets et services de l'Etat n'ont jamais vraiment digéré le fait que certaines compétences aient été retirés de leurs autorités. C'était aussi bien fait lorsque les préfets en avaient la charge. En spécialisant un sujet et en le confiant à une autorité unique, on se prive d'une vision globale, d'une approche transversale et de la possibilité d'opérer des transactions financières. Néanmoins, ces spécialisations s'inscrivent dans le théorème qui veut que spécialisation = qualité »

### **LE SUJET :**

Le sujet part du présupposé que l'Etat a consacré la région pour la mise en œuvre des politiques de santé publique. Néanmoins la répartition des compétences au sein de la région reste confuse (I), c'est la raison pour laquelle il faut envisager dans l'avenir une redéfinition des rôles des acteurs agissant pour la santé publique (II). La question pourrait être de réévaluer la pertinence de la région en matière de santé publique.

Une perspective d'évolution probante serait de transformer les actuelles ARH en agences plus transversales : les ARS qui auraient comme champ d'investigation le public, le privé dont la médecine de ville, le sanitaire comme le médico-social. Son rôle s'étendrait à la définition, au financement, et à la mise en œuvre.

## **Entretien mené avec M. Yvon GUILLERM, Directeur adjoint de L'ARH Bretagne**

Commentaire du dispositif

Grande lisibilité de la loi et missions clairement définies.

Malgré sa complexité, le dispositif présente des atouts notamment le principe d'une organisation régionale et la coordination de différents acteurs.

Toutefois, il semble encore insuffisant au regard du concept large de la santé publique.

Dans l'élaboration des deux outils majeurs : PRSP et SROS, Le préfet et le DARH font ensemble un diagnostic commun. Cependant, le champ du libéral n'est pas concerné.

Ce dispositif intègre autant l'action préventive que l'offre de soins dans le cadre d'un concept large de santé publique avec la prévention et les déterminants.

Cependant, les nombreuses actions de coordination que sous tend le dispositif est consommateur d'énergie et de temps.

SROS

L'ARH n'agit pas en tant que décideur isolé, les acteurs de terrain sont intégrés à la démarche. Le SROS et le PRSP sont articulés.

MRS

Elles ont été créées au regard d'une définition trop restreinte des missions de chacune : ARH et URCAM. C'est institution en charge de cohérence, d'affichage et d'efficacité pour l'ensemble des acteurs.

GRSP

Le GRSP est le parallèle de l'ARH, le statut juridique se ressemble mais les partenaires ne sont pas les mêmes. Il a permis un affichage des différents acteurs, un engagement de ceux-ci dans le cadre d'une politique régionale.

Le retard de mise en œuvre des GRSP est du au fait que deux orientations de financement s'opposent : soit chacun des acteurs finance les différentes actions dans son champ de compétence ou la coordination des actions entraîne la fongibilité des enveloppes.

.

Comment vous voyez la redéfinition des rapports depuis la loi de 2004 entre le Préfet, le DARH ou le directeur de l'URCAM ?

Le texte de loi affiche clairement le contenu et les objectifs avec des missions d'observation, surveillance, de sécurité sanitaire et de qualité de chacun des interlocuteurs.

Dans le cadre de notre pratique, nous avons dû nous interroger sur les modalités d'articulation entre les outils de base que sont les SROS et les PRSP.

Rôle du préfet dans l'articulation du SROS avec le PRSP

L'ARH Bretagne avait déjà engagé depuis 2 ans la démarche d'élaboration du SROS, quant la démarche du PRSP fut engagé.

Aussi nous avons convenu avec le Préfet, à propos des sept thématiques que le SROS comporte, que notre objectif serait : dès lors qu'on aborderait les aspects préventifs, le PRSP ne les traiterai pas et inversement.

Concernant l'élaboration du PRSP Bretagne., le diagnostic a été commun aux deux principaux acteurs : Préfet et ARH.

Nous avons défini une stratégie et une douzaine de programmes puis précisé la façon dont nous allions reprendre les axes dans les établissements de santé. Nous avons défini un cadre type de COM et un guide méthodologique afin d'identifier dans les annexes les priorités de santé publique et les actions que les établissements s'engageront à poursuivre, à développer et à mettre en œuvre.

Si la déclinaison de cette démarche restait régionale, elle serait insuffisante. L'objectif en est la territorialité. En Bretagne, l'approche de pays y répond.

Comment les territoires s'articulent-ils ? Les territoires sont des zones plus larges que les pays, infrarégional, aussi, nous avons mis au point des modalités de concertation. Pour nous, le PRSP sera défini au niveau des pays. Nous avons fait se rencontrer une démarche régionale et une démarche ascendant locale qui tient compte des spécificités des pays. Les représentants de ces pays siègent dans les conférences sanitaires qui se saisissent des propositions des pays et ainsi les établissements sont informés des points de vue des acteurs locaux au sujet des priorités.

La région Bretagne est très convaincue de l'approche territoriale.

La définition de la santé publique :

La santé publique est multidimensionnelle, centrée prioritairement sur l'observation, la veille, les actions sur les comportements et l'environnement et pas sur la dimension organisation de soins.

Il y a des ponts à établir car les établissements de santé ont aussi une action sur les comportements.

Les enjeux financiers :

Ils sont sans rapport, en effet les établissements de santé bénéficient d'un budget de deux milliards huit et pour les pays en matière de santé publique, les crédits d'Etat alloués sont de 5 à 6 millions.

Les répercussions de la loi de santé publique :

La loi de santé publique n'a pas bouleversé les collaborations existantes entre le Préfet et l'ARH. Les nouvelles structures mises en place ont légitimé un mode de fonctionnement qui était informel. Les mêmes personnes se retrouvent tous les mois au sein de l'ARH avec de multiples «casquettes ». Paradoxalement, nous sommes bien d'accord sur la complexité du système mais en même temps se n'est pas si simple de déterminer comment le système devrait fonctionner demain.

Avec la loi de 2004 on revient aux origines de la protection sociale : modulation et régulation es dépenses, rôle de définisseurs de l'offre de soin et du panier de soin.

Comment voyez vous l'ARS ?

Plusieurs pistes de réflexion :

Soit la structure sera décentralisée ou déconcentrée.

Dans l'approche déconcentrée, il peut y avoir deux sensibilités : soit un pilotage par l'assurance maladie soit un pilotage par l'Etat et l'assurance.

Dans le cadre de l'expérimentation des ARS, le champs de compétence de celle ci se situerait dans l'organisation des soins hospitaliers, l'allocation de ressources, la coordination de l'activité, l'évaluation et le contrôle : les quatre missions de l'ARH et au niveau de la MRS les problèmes de démographie, de gestion du risque, de mise en place de réseaux et du système d'information.

Le texte est clair pour autant une des missions actuelle de l'ARS interroge : est ce le rôle d'une structure d'organiser et de contrôler parallèlement ?

On pourrait imaginer de laisser un champs plus vaste à l'assurance maladie permettant la régulation des deux champs : ambulatoire et hospitalier. Cependant, par qui serait nommé le responsable de l'ARS : soit le ministère de la santé après avis de l'UNCAM soit nomination par l'UNCAM.

Si le texte législatif mentionne que l'ARS expérimentale est à la fois l'ARH et la MRS d'aujourd'hui cependant son mode d'organisation n'est pas défini et flou. Un projet de décret de mise en place des ARS est attendu.



# **Entretien avec Claude HUMBERT, Directeur de l'URCAM Bretagne**

## Fonctionnement/organisation de l'URCAM Bretagne :

L'URCAM à Rennes comprend 15 agents dont un qui s'occupe à temps plein de la santé publique.

La coopération entre l'URCAM et la DRASS est très étroite avec de nombreux contacts. Pendant certaines périodes de l'année, les contacts sont quasi quotidiens. Les cahiers des charges se font et sont gérés de manière conjointe avec la DRASS.

L'URCAM est pour la coopération. Elle est certes très coûteuse en temps et en énergie (les problèmes de calendrier et les impératifs de chacun des acteurs impliquent que les délais sont parfois longs) mais le partenariat est bénéfique.

## Le rôle de l'URCAM en terme de santé publique :

Mr Humbert confirme le rôle de l'URCAM et de l'assurance maladie comme des acteurs de santé publique. Il souhaite que son organisme participe à la totalité de la démarche, en estimant notamment que l'URCAM dispose de différentes compétences, moyens, savoir-faire qui peuvent être mis à la disposition de la santé publique. Cependant, les moyens proposés par la loi de santé publique sont parfois discutables même s'il est vrai que la démarche proposée dans son ensemble est cohérente.

## Le GRSP :

Le « noyau dur » du système reste le même avec aussi un empilement des intervenants. Il est favorable à la mise en place d'un tel type de groupement mais n'est pas favorable à son mode d'organisation. En Bretagne, ce système ne va cependant pas apporter de grands bouleversements à la politique de santé publique. La coopération Etat/assurance maladie/ARH est forte avec une forte antériorité de travail en commun. Le conseil régional participe lui aussi à ce système. Cependant, il veut être acteur du nouveau système, et réfute « l'instrumentalisation » de l'URCAM qui est un décideur, partenaire et non juste un financeur sans droit de regard. Les choix fondamentaux ne sont pas pour l'instant arrêtés, la situation est donc transitoire. Par ailleurs, le GRSP doit se positionner comme un financeur (GRSP = « club de financeurs »), un noyau dur avec des relations partenariales, partie prenante de toute la chaîne de la santé publique (instruction des dossiers, mise en

place de financements après avis du PRSP). Ce modèle se voudrait différent du fonctionnement de l'ARH. Un GRSP souple permettra donc à ce nouvel outil de fonctionner convenablement. La situation antérieure (sans GRSP) lui convenait et sans la présence obligatoire de l'URCAM, il n'est pas certains que l'assurance maladie aurait volontairement participé à ce groupement.

Par ailleurs, il ne souhaite pas que le GRSP fonctionne sous la forme de « pot commun ». Il est favorable à la priorisation de certains programmes (ex : programmes de prévention) mais ne souhaite pas que cela soit institutionnalisé.

De toute façon, si l'Etat souhaite que les acteurs coopèrent, il doit proposer quelque chose qui leur conviennent. Et l'Etat ne peut pas faire sans ces acteurs. L'URCAM souhaiterait bien négocier le fonctionnement du GRSP. L'IGAS semble être favorable à cette idée (6 régions ont été questionnées).

#### Programmes de santé :

L'URCAM Bretagne porte une attention tout particulière à l'évaluation des programmes de santé qu'elle gère. Cette évaluation se veut externe, donc réalisée par des prestataires extérieurs à l'organisme et donc indépendants. L'URCAM souhaite évoluer et accentuer sa présence dans les programmes en élaborant elle-même un cahier des charges des programmes qu'elle souhaite mettre en place et des résultats qu'elle en attend. Les promoteurs qui ne respecteraient pas ce cahier seraient alors exclus du programme et ne seraient plus financés.

Il a explicité la position de l'URCAM vis à vis notamment de la CNAM pour le financement des projets. L'URCAM propose pour les caisses régionales les projets présentés (« déconcentration » de l'étude du dossier de la caisse nationale sur l'union régionale ce qui permet de désengorger Paris et d'accélérer la décision) et la caisse nationale décide.

#### Le PRSP Bretagne :

Le PRSP actuel de Bretagne est assez proche de ce que l'URCAM aurait fait si elle l'avait décidé seule. Il tient compte des souhaits de l'assurance maladie.

#### L'ARS :

L'URCAM est contre l'instauration d'une ARS. Elle souhaiterait plutôt que l'Etat passe à l'AM la totalité de la gestion. L'Etat planifie, fixe les règles. L'AM prend la totalité de la gestion. De toute façon, l'AM joue un rôle primordial puisque: beaucoup d'outils partent de

la médecine de ville pour être intégrés à l'hôpital. Et puis, maintenant, avec la T2A, avec le paiement à l'activité réalisé, l'AM a tous les éléments.

Mise en place de la nouvelle organisation :

En 2006, la gestion se fera selon la procédure ancienne. Des améliorations successives seront apportées avec une montée en charge progressive.

Conclusion :

L'assurance maladie travaille en collaboration avec tous les partenaires de la santé publique de la région. Une forte collaboration existe. Elle s'exprime par la mise en place au niveau des pays d'animateurs territoriaux qui ont pour mission de participer à la promotion de la santé publique sur ces territoires. Le financement de ces postes est conjointement assuré par l'assurance maladie, l'Etat, les crédits des contrats de plan Etat/région et par le conseil régional.